

IMPULS

ISSN 1230-5901

Suplement do nr 3-4, WARSZAWA, grudzień 2020 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Położna jest pierwszą osobą, która wita na świecie nowe życie, a pielęgniarka towarzyszy człowiekowi od urodzenia aż do śmierci.

Pamiętajmy, że pielęgniarki i położne sprawują opiekę nad pacjentami o różnych wartościach, kulturach i religii. Żyjemy w czasach dużej różnorodności kulturowej. Nawet w naszym kraju zwyczaje, które przetrwały różnią się od siebie w zależności od regionów. Każdy region ma swoją subkulturę i własne wartości, które należy szanować i wspierać. Opieka nad pacjentem powinna w jak najwyższym stopniu uwzględniać wartości kulturowe, które są mu bliskie. Godność pacjenta oznacza również poszanowanie jego religii, kultury i wartości dotyczących życia i zdrowia.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, wskazując kierunki przemian we współczesnym pielęgniarstwie, zwraca uwagę, że istotnym kierunkiem rozwoju zawodowego jak i nauki XXI wieku będzie przejście na paradygmat pielęgniarstwa kulturowego. Pielęgniarki powinny być dobrze przygotowane na sprawowanie opieki nad pacjentami o różnych przekonaniach. Jak wiemy każda religia ma inne podejście do zdrowia, choroby i śmierci. Inne jest podejście do opieki nad noworodkiem, kobietą ciężarną i położnicą. Opieka nad pacjentem umierającym i po jego śmierci również napotyka na wiele rozbieżnych uwarunkowań kulturowych i religijnych, a pielęgniarka/położna powinny wsłuchać się w oczekiwania, tradycje i potrzeby duchowe. Należy uszanować każdego indywidualnie i pamiętać, że godność osoby ludzkiej leży u podstaw praw człowieka. Tym razem przekazujemy Państwu w streszczeniu zwyczaje i wartości kulturowe dotyczące religii prawosławnych i protestantów oraz przybliżymy kulturę Romów jako grupy etnicznej.

Pomimo różnorodności kultur i subkultur na świecie wraz z ich tradycjami świadczenia opieki, wyrażania przekonań i wierzeń dotyczących zdrowia i choroby czy też charakterystycznych wzorców zachowań z tym związanych prawdą jest, że:

„Jedno jest niebo dla wszystkich
I jedno słońce nad nami
A my jak dzieci, miłości pragniemy
Bez granic, bez granic”

Don Vasył – romski piosenkarz i kompozytor

Anna Dudzińska

Przewodnicząca Okręgowej Rady

Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Spis treści

Wprowadzenie do zagadnienia kompetencji międzykulturowej.....	4
Wprowadzenie do charakterystyki kolejnych religii świata – prawosławie, protestantyzm oraz grupy etnicznej Romów.....	17
Charakterystyka religii świata: PRAWOSŁAWIE	18
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi prawosławie	19
Charakterystyka religii świata: PROTESTANTYZM	24
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami	26
Opieka pielęgniarska nad pacjentem wyznania protestanckiego	28
Charakterystyka grupy etnicznej – ROMOWIE	30
Wprowadzenie do zagadnienia – Historia Romów	30
Uwarunkowania kulturowe opieki zdrowotnej nad Romami.....	36



Szanowni Państwo, Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Zapraszam do lektury kolejnej części z zakresu transkulturowości w pielęgniarstwie. Mam nadzieję, że ta wiedza będzie budować postawy otwartości i tolerancji, a nie wzmacniać uprzedzenia i stereotypy, które prowadzić mogą do dyskryminacji innych. Zachęcam do głębszego zapoznania się z tematyką **kompetencji kulturowych** (różnorodności kulturowej, wrażliwości kulturowej, inteligencji kulturowej) oraz charakterystyki kolejnych religii: prawosławia, protestantyzmu oraz Romów.

Barbara Kaliwoda

Wprowadzenie do zagadnienia kompetencji międzykulturowej

„Jeśli człowiek ma przetrwać, będzie musiał nauczyć się czerpać przyjemność z zasadniczych różnic między ludźmi i pomiędzy kulturami. Nauczy się, że różnice poglądów i postaw są przyjemnością, częścią fascynującej różnorodności życia, a nie czymś budzącym obawy”.

Gene Roddenberry

Unia Europejska jest domem dla 450 mln ludzi z różnych środowisk: etnicznych, kulturowych, językowych. W ciągu kilku lat przepływ osób między państwami członkowskimi znacznie się zwiększył i przewiduje się, że trend ten będzie trwał. Świat XXI wieku stoi pod znakiem globalizacji. Świat nie jest i długo nie będzie jednolitym organizmem. W rezultacie z odmiennością spotykamy się codziennie. By móc rozwiązywać palące problemy współczesności koniecznym jest, aby umieć odnaleźć się w wielokulturowym świecie. Jak w tak skomplikowanym świecie funkcjonować? Jak dogadywać się z ludźmi z innych kultur? Obecnie zrozumienie i kompetencje międzykulturowe są ważniejsze niż kiedykolwiek, pozwalają bowiem dostrzec i poznać przyczyny niektórych najbardziej uciążliwych problemów, nękających współczesne społeczeństwa. U podstaw takich zjawisk jak dyskryminacja, rasizm, mowa nienawiści leżą właśnie różnice kulturowe, społeczne kulturowe, etniczne i inne.



- **Kompetencje międzykulturowe często definiowane są jako zdolność do szybkiego zrozumienia i efektywnego działania w kulturze innej niż nasza.**

Kompetencja kulturowa jako zespół nabytych cech, zdolności umożliwiających swobodne uczestnictwo w kulturze zgodne z normami wartościami, jest to zdolność do rozpoznawania, uczenia się zmiany treści kultury. Nabywanie kompetencji międzykulturowych jest konieczne do pełnego uczestnictwa w życiu współczesnych społeczeństw. Kompetencje kulturowe określają predyspozycje jednostki do uczestnictwa w kulturze własnej oraz w kulturach obcych. Różnorodność kulturowa jest wpisana we wszystkie sfery naszego życia. Nabywanie kompetencji kulturowych nie musi zawsze odbywać się na drodze świadomego uczenia się, może bowiem polegać również na przyswajaniu pewnych wzorów zachowań przez obcowanie (poprzez naśladownictwo i bez pośrednictwa języka). Kultura istnieje w każdym człowieku. Stanowi swoisty filtr, przez który przechodzą wszelkie informacje i nadaje znaczenie otaczającemu nas światu.



- **Żyjąc w wielokulturowym społeczeństwie, należy być wrażliwym na różnorodność i odmiennność innych. Trzeba zważać na to, by swą postawą czy zachowaniem nie skrzywdzić innych tylko dlatego, że są inni.**

Spotykając **Innego**, powinniśmy mieć świadomość, że jest on nośnikiem odrębnej kultury stwarzającej odmienne interpretowanie tej samej rzeczywistości. Brak tej świadomości może prowadzić do szoku kulturowego.

Tolerancja staje się wyzwaniem współczesności. Nawołuje się dzisiaj zewsząd, aby żyć w zgodzie i wzajemnym poszanowaniu, bez uprzedzeń rasowych, religijnych, politycznych i wszelkiego innego rodzaju.

- **Kompetencje kulturowe zostały zdefiniowane jako: rozwijanie świadomości własnych przekonań, odczuć i myśli, w taki sposób, aby zniwelować ich niewłaściwy charakter i wpływ na osoby z innych środowisk; demonstrowanie wiedzy ze zrozumienia kultury klienta; akceptowanie i szanowanie różnic kulturowych.**

Wszyscy powinniśmy rozwijać kompetencje międzykulturowe i nabywać umiejętności porozumiewania się ponad podziałami kulturowymi, co jest podstawą funkcjonowania zróżnicowanych społeczeństw demokratycznych. **Kompetencje międzykulturowe** są potrzebne każdemu, powinno się je kształtować i rozwijać przez całe życie. W związku z przystąpieniem do UE, Polska stała się państwem bardziej

zróżnicowanym kulturowo. Ma to wpływ na wiele sfer życia społecznego, w tym na opiekę medyczną. Nasilające się procesy migracji ludności stawiają nowe wyzwania przed systemami opieki medycznej na całym świecie.

- **Pacjenci pochodzący z grup mniejszościowych stanowią wyzwanie dla środowiska medycznego ze względu na problemy językowe**
- **na występujące różnice kulturowe mające wpływ na proces leczenia i pielęgnowania.**

W krajach zachodnich już w latach 50-tych XX wieku wdrożono pierwsze działania mające na celu rozwój opieki medycznej wrażliwej kulturowo. Odbywało się to na wielu poziomach, a jednym z nich była edukacja studentów w zakresie kompetencji kulturowych. W Polsce dopiero od niedawna promuje się kształcenie studentów kierunków medycznych w tym zakresie. Należy przybliżać pojęcie kultury i kompetencji kulturowej i ich rozumienia w kontekście opieki medycznej, wskazując bariery komunikacyjne, jakie pojawiają się w przypadku kontaktu lekarza / pielęgniarki / położnej z pacjentem pochodzącym z grupy mniejszościowej.

Kompetencje kulturowe wymagane są od różnych grup pracowników, gdy mają oni w swojej pracy kontakt z osobami pochodzącymi z mniejszościowych grup etnicznych / narodowych i religijnych. Są to osoby urodzone i wychowane w Polsce, pochodzące z mniejszościowej grupy etnicznej, jak np. Romowie czy religijnej, jak protestanci czy prawosławni, ale również coraz liczniejsza grupa migrantów.

Kompetencje kulturowe to:

- **świadomość (wrażliwość)** własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń, punktu widzenia pacjenta, istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm i wzorów zachowań;
- **wiedza** – dostarczająca informacji specyficznych kulturowo;
- **umiejętności** – obejmujące wielokulturowe strategie interwencyjne.

Inteligencja kulturowa jest specyficzną formą inteligencji, skoncentrowanej na zdolności jednostki do rozumienia, poprawnego wnioskowania, funkcjonowania, zarządzania, radzenia sobie w sytuacjach charakterystycznych dla zróżnicowania kulturowego. Rozwijanie i doskonalenie inteligencji kulturowej w pielęgniarstwie jest niezbędnym, trudnym, rozciągniętym w czasie, ale mogącym przynieść satysfakcję procesem, ułatwiającym przełamywanie stereotypów. Posiadanie kompetencji kulturowych jest w pielęgniarstwie konieczne, pozwala bowiem na zmniejszanie potencjalnych negatywnych skutków różnic kulturowych, dotyczących artefaktów, wartości, norm, zachowań.

W Polsce coraz więcej cudzoziemców staje się klientami ochrony zdrowia. Personel medyczny, ze względu na barierę językową i niski poziom kompetencji kulturowych napotyka na trudności w opiece nad obcokrajowcami.

Przed zespołami interdyscyplinarnymi, liderami pielęgniarek czy zarządzającymi opieką nad pacjentami pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych pojawia się nowe wyzwanie – przygotowanie do zdobywania kompetencji kulturowych i rozwijanie inteligencji kulturowej.

Konieczne jest odpowiednie kształcenie pielęgniarek przed i podyplomowe, profesjonalnie przygotowujące do udzielania świadczeń zdrowotnych dostosowanych kulturowo, każdemu pacjentowi, niezależnie od jego narodowości, pochodzenia społecznego, kulturowego, przynależności do grupy etnicznej czy religijnej.

Kształtowanie kompetencji kulturowych jest potrzebne do poprawy dialogu międzykulturowego, obejmującego umiejętności językowe i społeczne, otwartość i wrażliwość na inne kultury oraz świadomość własnego dziedzictwa kulturowego oraz ich wpływu na komunikowanie międzykulturowe. Jest niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki i zadowolenia pacjentów pochodzących z odmiennych kręgów kulturowych, unikania nieporozumień, błędnego diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, edukowania, wspierania, komunikowania się.

Troskliwość kulturowa – esencją nowoczesnego pielęgniarstwa

„...kulturowe różnice i podobieństwa troskliwości pomiędzy tymi, którzy ją zapewniają w sposób profesjonalny a jej odbiorcami, występują we wszystkich kulturach świata”.

M. Leininger

Kompetencje kulturowe stały się ważną zaletą, pozwalają nie tylko lepiej radzić sobie w spotkaniu z tym, co w znacznym stopniu odbiega od naszej codzienności, ale także lepiej wykorzystać możliwości i potencjał tych kontaktów.

Nie wystarczy do tego znajomość języka obcego. Konieczna jest otwartość, wola porozumienia, chęć poznania postaw różniących się od naszych własnych zachowań – nie po to jednak, by je negować, ale aby je rozumieć i dawać im te same prawa. Dzięki kontaktom z odmiennymi kulturami poznajemy innych ludzi, jednocześnie odkrywając siebie samych. Dopiero w ramach współpracy i dialogu z reprezentantami innych kultur możemy uświadomić sobie własne granice, a także poznać nasze przekonania na temat innych. Mam nadzieję, że ta lektura będzie budować postawy otwartości i tolerancji, a nie wzmacniać uprzedzenia i stereotypy, które prowadzić mogą do dyskryminacji innych. Chcę zachęcić do głębszego zapoznania się z tematyką różnorodności kulturowych, zdobywania umiejętności i kształtowania kompetencji kulturowych. Zapewnienie kompetentnej kulturowo opieki pielęgniarstwa oznacza, że podczas planowania opieki uwzględnione zostały potrzeby jednostki, rodziny i różnych grup w społeczeństwie.

W opiece kompetentnej kulturowo należy kierować się zasadą: nie musimy, z pacjentem, mieć wspólnych „korzeni” kulturowych czy systemu wartości, aby sprawować nad nim kompetentną opiekę, musimy mieć natomiast skuteczne narzędzia w postaci procedur, wiedzy kulturowej oraz chęci pomocy.

Kompetencja w zakresie opieki zdrowotnej warunkowej kulturowo, to szanowanie odrębności kulturowej pacjenta, to otwartość na jego odmienny system wartości, wyznaczenie, język, tradycje.

Przychodzi nam żyć w społeczeństwie wielokulturowym i spotykać na co dzień, w tym także w placówkach opieki zdrowotnej, osoby będące wyznawcami różnych religii, które wymagają pomocy profesjonalistów. Pracownicy ochrony zdrowia są coraz bardziej świadomi: trudności napotykanych podczas świadczenia usług zdrowotnych populacji kulturowo i rasowo zróżnicowanej oraz konieczności poszerzania wiedzy i umiejętności, pozwalających na sprawowanie opieki kompetentnej kulturowo. Osiągnięcie wysokiej jakości świadczenia usług medycznych osobom pochodzącym z odmiennego kręgu kulturowego jest możliwe tylko wówczas, gdy członkowie zespołu terapeutycznego wykazują się posiadaniem podstawowych kompetencji kulturowych.

Wprowadzenie teorii pielęgniarstwa transkulturowego do praktyki jest koniecznością (Zahradniczek, 2003) i chociaż niemożliwe jest poznanie wszystkich kulturowych przekonań pacjentów związanych ze zdrowiem, możliwe jest opanowanie wiedzy i umiejętności dotyczących oceny kulturowej i poznanie niektórych kulturowych wymiarów opieki nad pacjentami. Pozwoli to: uniknąć bezdusznego ujednolicania, umocnić terapeutyczne związki między pielęgniarką a pacjentem, zwiększyć wrażliwość na potrzeby, wartości, wierzenia, przekonania i oczekiwania osób należących do innych kultur.

Wdrożenie do praktyki pielęgniarstwa w XXI wieku paradygmatu tranaskulturowego umożliwi rozwój pielęgniarstwa jako nauki i zawodu, wpłynie na poprawę jakości opieki nad pacjentem, zapewni pielęgniarsce skuteczną komunikację z osobami odmiennymi kulturowo i pomoże uniknąć stereotypizacji, uprzedzeń, konfliktów międzykulturowych, zjawiska „szoku kulturowego”, etnocentryzmu, egocentryzmu, stawiania błędnych diagnoz, udzielania błędnych porad i nieprofesjonalnej opieki z powodu braku wiedzy o danej kulturze, a pacjentowi uniknąć ostracyzmu i stygmatyzacji.

Bariery w świadczeniu opieki zdrowotnej uwarunkowanej kulturowo wynikają najczęściej z oparcia relacji na stereotypach, braku wzajemnego zaufania, podejrzliwości, negatywnych oczekiwań, obawy przed dyskryminacją, złego doświadczenia, lęku, braku wiedzy, niedostatecznej znajomości języka i zaburzonej komunikacji (szumów komunikacyjnych).

Komunikacja międzykulturowa to proces złożony, a konflikty wynikające z nieporozumień międzykulturowych wydają się nieuniknione.

Żeby przełamać swój etnocentryzm i stereotypowy sposób myślenia, należy kontrolować negatywne reakcje emocjonalne. Osoby, które umieją kontrolować lub regulować „złe” odczucia, nie mają problemów z nawiązaniem skutecznej komunikacji. Odrzucenie własnych filtrów kulturowych pozwala dostrzec potencjalne przyczyny rozbieżności i przyjąć inny punkt odniesienia w podejściu do ewentualnych problemów. Pracownicy opieki zdrowotnej, którzy w swej pracy zawodowej zetkną się z osobami pochodzącymi z różnych kultur i wyznającymi różne religie, bariery w komunikacji mogą pokonać przez komunikację terapeutyczną (ten temat przedstawiony zostanie w Impulsie nr 3).

„Uczestniczenie w świecie wielokulturowym wymaga silnego i dojrzałego poczucia tożsamości”

Ryszard Kapuściński

W dzisiejszym społeczeństwie zróżnicowanym pod względem takich cech, jak: wiek, rasa, płeć, stan zdrowia konieczne stało się przygotowanie pielęgniarek i położnych do bycia świadomymi i kompetentnymi kulturowo.

„Kompetencje kulturowe są zbiorem zbieżnych zachowań, postaw i polityk, które łączą się w system, grupy specjalistów i umożliwiają systemowi oraz specjalistom efektywne działanie w sytuacjach międzykulturowych” (Crossim, 1989).

„Bycie kulturowo kompetentnym oznacza posiadanie zdolności do skutecznego funkcjonowania w innych środowiskach kulturowych (King i in).

Głównym celem tego opracowania jest:

- przedstawienie komponentów kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej osób udzielających świadczeń zdrowotnych, głównie pielęgniarek oraz ich roli;
- przybliżenie szeregu praktycznych strategii dla pielęgniarek i położnych (zachowań, działań) aby zwiększyć ich kompetencje w zakresie rosnącego zróżnicowania kulturowego i językowego;
- podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych, opieki pielęgniarskiej świadczonych pacjentom z różnorodnych środowisk oraz wzrost zadowolenia pacjentów z tych usług.

Kompetencje międzykulturowe stały się ważną zaletą – pozwalają nie tylko lepiej radzić sobie w spotkaniu z tym, co w znacznym stopniu odbiega od naszej codzienności, ale także lepiej wykorzystać możliwości i potencjał tych kontaktów.

Kompetencja jest wyuczoną, rozwijaną sprawnością niezbędną do radzenia sobie z zadaniami, zwłaszcza z nowymi i niepowtarzalnymi. „Wielokulturowe” odnosi się do kompetencji, które pomagają odnaleźć się w kontakcie z osobami o pochodzeniu kulturowym innym niż własne, dzięki którym nie tylko potrafimy funkcjonować obok siebie w zróżnicowanym środowisku, ale także zmierzać do wzajemnego zbliżenia i wytworzyć nową jakość. W cytowanej definicji podkreślamy dwie kwestie: wyuczalność (można ją nabyć, ćwiczyć, rozwijać) i adaptacyjny charakter (pomaga zaadaptować się do nowej często trudnej sytuacji).

Kompetencja składa się z:

- 1) **postawy – po co?** – wartości, motywacje, przekonania, cechy osobowości; postawa to: elastyczność, tolerancja, dwuznaczność, uważność, refleksyjność, opanowanie emocjonalne, odwaga;
- 2) **wiedzy – co i dlaczego?** – teorie i prawidłowości wyjaśniające rzeczywistość, płynące z własnego doświadczenia i przekazów społecznych; wiedza to: świadomość roli i wpływu kultury na codzienne funkcjonowanie;
- 3) **umiejętności – jak? w jaki sposób?** – zachowania, procedury; umiejętności w zakresie: radzenia sobie z trudnościami i stresem, umiejętności towarzyszenia, wspierania, wzmacniania.

Umiejętności i wiedza pozostają wtórne wobec postaw. To na ich bazie buduje się stosunek do drugiego człowieka, także (czy szczególnie) tego pochodzącego z innej kultury.

Postawy i przekonania kierują procesem myślowym – gotowością pogłębiania wiedzy czy selektywnością zapamiętywania faktów.

Od nas będzie też zależeć włączenie danych czynności (umiejętności) w repertuar naszych zachowań. Jeśli odnajdziemy w sobie elastyczność, tolerancję dwuznaczności, uważność, refleksyjność, opanowanie emocjonalne i odwagę, to będziemy na dobrej drodze do pobudzenia, rozwijania, wyuczenia i zdobycia kompetencji międzykulturowych.

Elastyczność i tolerancja dwuznaczności są kluczowe podczas zderzenia odmiennych norm i wartości. W wielokulturowym kontekście szybkie ocenianie i nadinterpretacja zaburzają relacje.

Do wykorzystania uważności i zarządzania dwuznacznością niezbędna jest refleksyjność, czyli zatrzymanie się, wzięcie oddechu, powstrzymanie się od pochopnego oceniania, by uzyskać wiedzę na temat tego, jak działam, co mną kieruje, jakie mam założenia.

Na samych chęciach i postawach kompetencje międzykulturowe jednak się nie kończą. Osoby pracujące w środowisku międzykulturowym powinny przede wszystkim mieć świadomość roli i wpływu kultury na codzienne funkcjonowanie. Przydatna jest zarówno wiedza o szeroko pojętej wielokulturowości (zagadnienia dotyczące mechanizmów ułatwiających lub utrudniających sprawne funkcjonowanie na styku kultur: etnocentryzm, stereotypy i uprzedzenia) kontra etnorelatywizm czy znajomość równego podejścia do czasu, przestrzeni, relacji, emocji, pracy i zadań, struktury i organizacji życia społecznego. W odniesieniu do poszczególnych kultur wiedzę należy rozszerzać o podstawowe fakty w zakresie historii, tradycji, normy, wartości i praktyki typowe dla danej kultury w różnych sferach życia.

Wiedza na temat specyfiki kulturowej i międzykulturowej pomaga w planowaniu i realizowaniu bardziej adekwatnych i skutecznych przedsięwzięć. Poza wiedzą są też umiejętności. Wśród umiejętności najważniejsze jest stosowanie zasad komunikacji międzykulturowej dotyczących zarówno komunikatów werbalnych, jak i niewerbalnych. Kompetentnie rozmawiając z przedstawicielami różnych kultur, możesz bowiem dowiedzieć się tak samo dużo albo czasem i więcej niż z bardzo mądrych książek. Nie da się ukryć, że przy wielokulturowych spotkaniach przydaje się umiejętność rozwiązywania konfliktów. Pomaga też rozwijanie w sobie twórczego podejścia do trudności i sytuacji stresowych, których nie brakuje w dwuznacznym i mało przewidywalnym kontakcie międzykulturowym. Kompetencje wielokulturowe to biegłość w rozumieniu i komunikowaniu się z osobami pochodzącymi z innych kultur. Na kompetencje wielokulturowe składają się: postawy, wiedza i umiejętności. Można je zdobywać i rozwijać poprzez studia, udział w szkoleniach lub warsztatach. Najważniejsze są jednak osobiste doświadczenia i kontakt z osobami pochodzącymi z innych kultur. Zazwyczaj posiadamy kompetencje umożliwiające nam poruszanie się w swojej własnej kulturze – kulturze naszego podwórka, miasta, regionu lub kraju. Znamy język, pisane lub niepisane reguły oraz normy. Kompetencje wielokulturowe to umiejętność poruszania się także w innych kulturach.

Kompetencje wielokulturowe nie są czymś, czego można się nauczyć z instrukcji i osiąść raz na zawsze. To ciągły proces uczenia, spotykania i komunikowania się z ludźmi z innych kultur oraz poszerzania własnej perspektywy.

Teorie i modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego zapewniają pielęgniarcom podstawy wiedzy naukowej wykorzystywanej podczas sprawowania opieki pielęgniarzkiej w społecznościach o zróżnicowanych oczekiwaniach kulturowych.

Modele teoretyczne są w ciągłym rozwoju i kierują praktyką pielęgniarzką na całym świecie. W literaturze pielęgniarzkiej uznane są podstawowe teorie i modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego:

1. Teoria pielęgniarstwa Madeleine Leininger;
2. Model kompetencji kulturowych Larry'ego Purnella;
3. Model kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej J.Campinha – Bacote;
4. Model oceny trans kulturowej Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare (przedstawiony będzie w Impulsie nr 3). Pierwsza teoria opieki trans kulturowej, opracowana przez **Madeleine M. Leininger** w modelu „**Wschodzącego słońca**” opisującym teorię cech uniwersalnych i różnic kulturowych w opiece pielęgniarzkiej, wskazującym drogi wiodące do zapewnienia kulturowo stosownej i kompetentnej opieki nad pacjentem, jego rodziną i grupą społeczną została przedstawiona w Impulsie Transkulturowość w pielęgniarstwie.

Model kompetencji kulturowych opracowany przez Larry'ego Purnella Model kompetencji kulturowych opracowany przez Larry'ego Purnella, może być wykorzystany przez multidyscyplinarny zespół profesjonalistów opieki zdrowotnej jako podstawa do planowania działania oraz oceny podjętych interwencji. Profesjoniści ci mogą użyć tego modelu także po to, aby zrozumieć własne kulturowe nastawienia, wyznawane wartości, stosowane praktyki i zachowania. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie wyznaczają kierunek inwestowania we własny rozwój, zarówno pielęgniarzek teoretyków jak i praktyków.

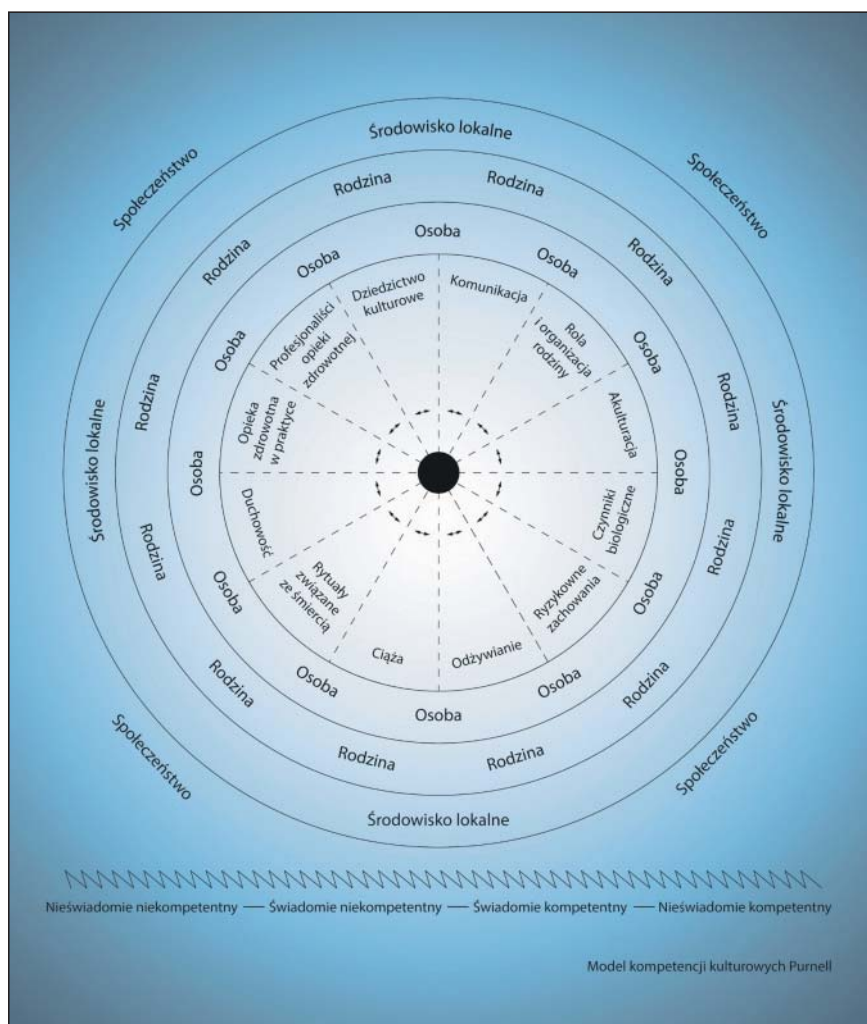
Model kompetencji kulturowych został zaproponowany przez **L. Prunell** jako **struktura organizacyjna**, mająca na celu m.in.: dostarczenie schematu, który łączy główne elementy kultury, promowanie sprawowania opieki wrażliwej, kompetentnej i zgodnej kulturowo, dostarczenie podstaw do analizowania różnic kulturowych, umożliwienie spojrzenia na osobę, rodzinę, grupę i środowisko przez pryzmat unikatowych etnicznych i kulturowych zachowań oraz wierzeń.

Założenia, na których został oparty model L. Prunell, są następujące:

- wszystkie profesje ochrony zdrowia potrzebują podobnych informacji o różnicach kulturowych;
- nie ma kultur lepszych czy gorszych;
- istnieją różnice między kulturami i w ich obrębie;
- czas zmienia kultury;
- kulturowa kompetencja zmniejsza uprzedzenia i stereotypy;
- opieka zdrowotna musi uwzględniać odmienne rozumienie wartości, wiary, postaw i dróg życia w różnych kulturach;
- opieka nad pacjentami należącymi do różnych kultur często wymaga adaptacji standardowych interwencji;
- świadomość kulturowa poprawia świadomość opiekuna;
- każda osoba ma prawo do poszanowania jej niepowtarzalności i dziedzictwa kulturowego;
- opiekunowie potrzebują zarówno kulturowego lidera, jak i określonych informacji, aby zapewnić kulturowo wrażliwą i kompetentną opiekę.

Graficzny model kompetencji kulturowych Purnell (patrz tylna okładka): koło z czterema obwodowo położonymi okręgami. Pierwszy okrąg reprezentuje społeczeństwo, drugi społeczność, trzeci rodzinę, czwarty osobę. Prunell uważa, że taki podział ma ogromne znaczenie dla globalnego i holistycznego widzenia problemu opieki. Wnętrze okręgu jest podzielone na 12 klinów przedstawiających dziedziny kulturowe, a ciemne centrum okręgu reprezentuje nieznaną dawcy opieki zjawiska, praktyki i cechy osoby lub grupy, której ma być świadczona opieka zdrowotna.

Centrum okręgu może się rozrastać albo kurczyć, w zależności od świadomości, wiedzy i umiejętności dawców opieki oraz ich doświadczeń w pracy z osobami pochodzącymi z różnych kultur. Pod okręgiem modelu znajduje się postrzępiona linia obrazująca nieliniowe pojęcie świadomości kulturowej, odnoszące się do stwierdzenia, że kompetencja kulturowa jest procesem, nie punktem końcowym. Postępuje on od nieświadomej niekompetencji, przez świadomą niekompetencję i świadomą kompetencję, aż do nieświad-



domowej kompetencji. Pierwszorzędne cechy kultury: wiek, pokolenie, narodowość, rasa, kolor skóry, płeć, religia. Drugorzędne cechy kultury: status społeczno – ekonomiczny, zawód, przekonania polityczne, miejsce zamieszkania, grupy narodowościowe, stan cywilny, stan rodzicielski, cechy fizyczne, orientacja seksualna, migracja.

L. Purnell utworzył schematyczną reprezentację zawierającą dwanaście kulturowych domen, które określają różnice w wartościach, przekonaniach i praktykach kulturowych jednostki (podstawa skali kompetencji budujących świadomość kulturową jednostki):

1. **Dziedzictwo** (pochodzenie, miejsce zamieszkania, ukształtowanie geograficzne terenu, ekonomia, polityka, edukacja i zawód).
2. **Komunikacja** (dominujący język, dialekty, czas, nazwy, dotyk, mimika, język ciała, praktyki dystansowania przestrzennego, głośność, ton, kontakt wzrokowy).
3. **Role rodzinne** i organizacja życia rodzinnego.
4. **Praca** (autonomia, separacja, integracja, marginalizacja, bariery językowe).
5. **Ekologia** biokulturowa (zmiany biologiczne, kolor skóry, dziedziczność, genetyka, ekonomia, metabolizm leków).
6. **Zachowania wysokiego ryzyka** (tytoń, alkohol, narkotyki, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo).
7. **Odżywianie** (jedzenie, rytuały żywieniowe, deficyty związane z odżywianiem, ograniczenia, promocja zdrowia).
8. **Ciąża i porody** (praktyki płodności, poglądy / przekonania dotyczące ciąży, narodziny, poród).
9. **Rytuały śmierci** (obrzędy związane z pochówkiem, żałobą).
10. **Duchowość** (praktyki religijne, stosowanie modlitwy, sens życia, duchowość a zdrowie).
11. **Praktyka w zakresie opieki zdrowotnej** (opieka zdrowotna, tradycyjne praktyki, przekonania religijne, odpowiedzialność za zdrowie, transplantacje, rehabilitacja, stosowanie leków na własną odpowiedzialność, zdrowie psychiczne i bariery).
12. **Pracownik ochrony zdrowia** (postrzeganie praktyków, opieka zdrowotna ze względu na płeć, status).

Model Purnella wyrasta z tradycyjnego metaparadygmatu, ma zastosowanie do zawodów medycznych.

Pionierki polskiego pielęgniarstwa: Teresa Kulczyńska i Hanna Chrzanowska, uważały, że pielęgnowanie powinno być zorientowane na sferę biopsychospołeczną, kulturową i duchową człowieka.

Brak kompetencji kulturowej u pracowników opieki zdrowotnej może prowadzić do kosztownych błędów, strat finansowych, ranienia uczuć innych osób, braku satysfakcji z jakości świadczonej opieki, a czasami także stawiania nieprawidłowych diagnoz, mających tragiczne lub niebezpieczne skutki.

W sytuacjach ekstremalnych etnocentryzm pracowników opieki zdrowotnej, rozumiany jako skłonność do postrzegania innych ludzi przez pryzmat własnych filtrów kulturowych, powoduje przedmiotowe traktowanie ludzi z odmiennych kultur i bezpodstawne diagnozowanie zaburzeń psychicznych, np. schizofrenii. Sprzyjać temu może postawa egocentryzmu, czyli koncentrowania się na sobie, nierozumienia innej osoby i jej punktu widzenia.

U pielęgniarki bez kompetencji kulturowych, która wchodzi w kontakt z nieznaną kulturą, nowe wartości, zasady zachowania mogą wywołać strach, dezorientację, dyskomfort i bezradność, stając się przyczyną „szoku kulturowego”. Pielęgniarka powinna być wyposażona w kompetencje kulturowe w dziedzinie:

- 1) **afektywnej** np. przezwyciężanie postawy etnocentrycznej i stereotypów jako uogólnionych wyobrażeń dotyczących innych osób, a zwłaszcza ich cech psychicznych i osobowościowych, które utrwalają uprzedzenia i dyskryminację, prowadzą do pochopnego i niesprawiedliwego oceniania innych na podstawie ich przynależności grupowej;
- 2) **kognitywnej** np. poznanie wpływu kultury na zdrowie i chorobę, styl życia, ubiór oraz przekonania związane z profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem chorób;
- 3) **behawioralnej** np. umiejętne komunikowanie się werbalne i pozawerbalne, uczestniczenie w zabiegach związanych z narodzinami i śmiercią, rytuałach i obrzędach.

E. Griffin (2002) uważa, że warunkiem skutecznej komunikacji między przedstawicielami różnych kultur jest posiadanie wiedzy kulturowej rozumianej jako świadomość różnic, refleksyjność, czyli patrzenie na to samo wydarzenie z różnych perspektyw, i umiejętność interakcji, czyli zdolność do dostosowania komunikacji do danej sytuacji.

M.M. Andrews i P. Herberg (1999) sugerują, iż do efektywnej komunikacji międzykulturowej należy wykorzystywać strategie afektywne, kognitywne i behawioralne.

- 1) W zakresie **strategii afektywnych** proponują respektowanie i uznawanie różnic kulturowych, uczenie się przez wymianę kulturową, obserwację zachowań bez osądzania oraz nieuwzględnianie własnych wartości, uprzedzeń, przekonań i wierzeń.
- 2) W zakresie **strategii poznawczych** kładą nacisk na wiedzę o różnych kulturach, umiejętność rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych i wiedzę o polityce socjalnej, respektującej np. kwestie leczenia mniejszości etnicznych.
- 3) W zakresie **strategii behawioralnych** wskazują na konieczność: bycia „advokatem” pacjenta, mówienia powoli i jasno, raczej bez używania żargonu medycznego, zachęcania do ekspresji, szczerego zainteresowania i empatii, obserwacji i interwencji.

Opieka kompetentna i wrażliwa kulturowo to taka opieka, która dostosowana jest do potrzeb różnych religii, a osoby ją sprawujące rozumieją i szanują historię, tradycję, wierzenia i systemy wartości innych kultur. Religia to, zdaniem socjologów, instytucja społeczna, pozwalająca ludziom na znalezienie swojego miejsca w świecie i uzyskanie odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące sensu ludzkiego istnienia oraz wyjaśnienie niepojętych zjawisk w przyrodzie i ludzkim doświadczeniu.

Dziś jednym z największych problemów naszego społeczeństwa jest dylemat, jak radzić sobie z różnicami? Jak powinniśmy dostrzegać i doceniać różnice kulturowe, a jednocześnie promować integrację kulturową? Każda kultura postrzega rzeczywistość w swoisty sposób. Aby rozwinąć w sobie „wrażliwość interkulturową” należy nauczyć się rozpoznawać i radzić sobie z podstawowymi różnicami w postrzeganiu świata przez różne kultury.

Bennett jest autorem tzw. skali Bennetta, która mierzy różne sposoby, w jaki ludzie reagują na różnice kulturowe. Zawiera sześć poziomów: zaprzeczanie różnicom, obrona przed różnicami, minimalizowanie ich znaczenia, akceptacja, adaptacja i integracja. Skala Milтона Bennetta nazywana jest „modelem rozwojowym wrażliwości międzykulturowej” i może być rozumiana jako model rozwoju kompetencji wielokulturowych.

Wrażliwość kulturowa to bardzo ważny element składowy element kompetencji kulturowych. Wrażliwość kulturowa to świadomość różnic międzykulturowych i wycucie ich w sytuacjach, gdy się ma z nimi do czynienia. To postawa zrozumienia, empatii, otwartości, ciekawości, elastyczności i braku uprzedzeń w relacjach międzykulturowych.

Kluczem do rozwoju jest w nim szacunek dla różnych sposobów myślenia, mówienia i życia oraz chęć uczenia się od innych. Milton Bennett stworzył model rozwoju wrażliwości międzykulturowej, który ma charakter procesu przechodzącego przez dwa etapy, od etnocentryzmu do etnorelatywizmu.

Bennett uważa, że człowiek zmieniając swoje nastawienie do obcości, reprezentuje dwa różne sposoby postrzegania rzeczywistości: etnocentryczny i etnorelatywistyczny. Etnocentryzm zakłada, że wszystkie zjawiska oceniamy przez pryzmat naszego własnego kodu kulturowego (My – Oni – obcy). Etnorelatywizm to coś kompletnie innego. Wiem, że większość zachowań jest uwarunkowana kulturowo. To do czego ja jestem przyzwyczajony, może szokować osoby z innej kultury.

Moja kultura nie jest wzorem uniwersalnym. Inne kultury też mają swoje wartościowe elementy, warte zapożyczenia. Tak rozumuje człowiek o myśleniu etnorelatywistycznym. Zmiana sposobu myślenia nie zachodzi w ciągu kilku minut. Jest to proces bardzo złożony i rozległy w czasie, uzależniony od konkretnych okoliczności.

Warto pamiętać, że źródłem kompetencji wielokulturowych jest szacunek do innych, a celem integracja i rozwój osobisty, a nie kompetencje same w sobie.

Kompetencje wielokulturowe nie są czymś, czego można się nauczyć z instrukcji i osiągnąć raz na zawsze. To ciągły proces uczenia się, spotykania i komunikowania się z ludźmi z innych kultur oraz poszerzania własnej perspektywy. Etapy rozwoju kompetencji wielokulturowych:

1. **Niekompetencja nieświadoma** (niedostrzeganie różnic międzykulturowych).
2. **Świadoma niekompetencja** (dostrzeganie różnic międzykulturowych i obawianie się ich).
3. **Świadoma kompetencja** (zrozumienie, że w różnych kulturach obowiązują różne zasady).
4. **Nieświadoma kompetencja** (umiejętność funkcjonowania w innej kulturze i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami różnych kultur).

Fazy skali Bennetta:

1. **Negacja** (niedostrzeganie różnic między kulturami).
2. **Obrona** (dostrzeganie różnic międzykulturowych i obawianie się ich). **Akceptacja** (zrozumienie, że w różnych kulturach obowiązują inne zasady).
3. **Integracja** (umiejętność funkcjonowania w innej kulturze i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami różnych kultur oraz możliwość postrzegania elementów tych kultur jako swoich własnych).

Na kompetencje wielokulturowe składają się: postawy, wiedza i umiejętności. Chociaż umiejętności i wiedza są niezbędne do osiągnięcia kompetencji wielokulturowych, są one drugorzędne w stosunku do postaw. Postawy są pomocne w rozwijaniu kompetencji wielokulturowych.

Samoświadomość to pierwszy krok do zdobycia kompetencji wielokulturowych. To świadomość własnego uwarunkowania kulturowego i wzorów reakcji na osoby, które inne. Samoświadomość oznacza poddanie refleksji własnych motywacji, potrzeb oraz celów. Oznacza również zauważenie własnych stereotypów i uprzedzeń i poddawanie ich analizie. **Uważność** wiąże się z samoświadomością. Uważność oznacza uświadomienie sobie tego, czego bezpośrednio doświadczasz – myśli, uczuć, doznań cielesnych, klisz obecnych w działaniu i myśleniu. Uważność oznacza, że dostrzegasz to, co inni mogą odczuwać i czego potrzebować.

Elastyczność to umiejętność dostosowania się do zmieniających się warunków i sytuacji. Elastyczna osoba jest otwarta na nowe pomysły i decyzje, potrafi ustalać priorytety i dostosowywać się do zmieniających okoliczności. Podczas kontaktów międzykulturowych ważne jest spojrzenie na sprawę z różnych punktów widzenia, nieocenianie w sposób nieprzemyślany oraz nieudzielanie zbyt szybkich odpowiedzi. Elastyczność to również umiejętność radzenia sobie z niepewnością i brakiem jednoznacznych odpowiedzi. Odwaga jest potrzebna do inicjowania działań wielokulturowych. Dzięki odwadze możesz stanąć po stronie mniejszości i nie zgadzać się z większością. Inne postawy to otwartość, ciekawość i empatia. Wszystkie postawy są zakorzenione w wartościach takich jak: godność, wrażliwość, otwartość, odpowiedzialność, sprawczość.

Wiedza jest pomocna w rozwijaniu kompetencji wielokulturowych w zakresie: rola kultury i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie, różnice kulturowe, etnocentryzm, relacje międzygrupowe.

Umiejętności są pomocne w rozwijaniu kompetencji wielokulturowych w zakresie: komunikacja międzykulturowa, umiejętność współpracy, elastyczność (umiejętność radzenia sobie z niepewnością), umiejętność radzenia sobie z trudnościami i stresem, umiejętność radzenia sobie z sytuacjami konfliktowymi, umiejętność słuchania (uwagne słuchanie innych osób, zachęcanie ich do wyrażania swoich potrzeb i opinii), krytyczne myślenie (oszukiwanie informacji z różnych źródeł).

Jak zdobyć kompetencje wielokulturowe?

Pomocna będzie cierpliwość – rozwijanie kompetencji kulturowych jest niekończącą się podróżą obejmującą krytyczną refleksję, uczenie się i rozumienie jak ludzie postrzegają świat. Możesz kształtować swoje postawy uczestnicząc w szkoleniach, warsztatach antydyskryminacyjnych i wielokulturowych, spotkaniach z osobami pochodzącymi z różnych kultur, oglądając filmy, słuchając reportaży czy czytając opracowania o tematyce wielokulturowej. Możesz poszerzać wiedzę poprzez przestudiowanie stworzonych materiałów edukacyjnych. Aby szlifować umiejętności należy nawiązywać i podtrzymywać kontakty z osobami należącymi do mniejszości, angażować się w projekty wielokulturowe oraz podróżować.

„W pewnym sensie wszyscy jesteśmy dwukulturowi – pod względem społecznych zainteresowań i ograniczeń. Nasza świadomość związków z innymi i stopień, w jakim chcemy wchodzić w te związki, nie są zawsze takie same”.

Richard E. Nisbett

Model kompetencji w zapewnianiu opieki zdrowotnej wg Campinha – Bacote

Proces budowania (rozwoju) kompetencji kulturowych. Model identyfikuje świadomość kulturową, wiedzę kulturową, umiejętności kulturowe, spotkania kulturowe i pragnienia kulturowe jako składowe kompetencji kulturowej.

1. **Świadomość (wrażliwość) kulturowa** – proces przeprowadzania samodzielnej oceny własnych uprzedzeń w kierunku innych kultur i dogłębnej eksploracji własnego środowiska kulturowego i zawodowego. Wiąże się również ze świadomością istnienia udokumentowanego rasizmu w dostarczaniu opieki zdrowotnej.
2. **Wiedza kulturowa** – proces, w którym pracownik ochrony zdrowia poszukuje i uzyskuje solidną bazę informacyjną dotyczącą światopoglądów różnych grup kulturowych i etnicznych oraz zmiennych biologicznych, chorób oraz różnic w metabolizmie leków wśród grup etnicznych.
3. **Umiejętność kulturowa** – proces osiągania zdolności do przeprowadzenia oceny kulturowej w celu zebrania odpowiednich danych kulturowych, a także dokładne przeprowadzenie oceny fizycznej opartej na podstawach kulturowych.
4. **Spotkania (kontakty) kulturowe** – proces, który zachęca profesjonalistów ochrony zdrowia do bezpośredniego zaangażowania w bezpośrednie interakcje kulturowe i inne rodzaje spotkań z klientami z różnych środowisk kulturowych w celu zmodyfikowania istniejących przekonań na temat grupy kulturowej i zapobieżenia ewentualnym stereotypom.
5. **Pragnienie kulturowe** – motywacja pracownika ochrony zdrowia, chęć, pragnienie zaangażowania się w proces, stania się kulturowo świadomym, kulturowo kompetentnym.

Model kompetencji kulturowych Campinha – Bacote jest wystarczająco obszerny, aby w oparciu o jego założenia prowadzić badania empiryczne i doskonalić proces edukacji transkulturowej.

Pięć składowych modelu:

- świadomość,
- wiedza,
- umiejętność,
- spotkania
- pragnienie kulturowe – można wykorzystać w kreowaniu i rozwijaniu kulturowych kompetencji pielęgniarek praktykujących, w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej.

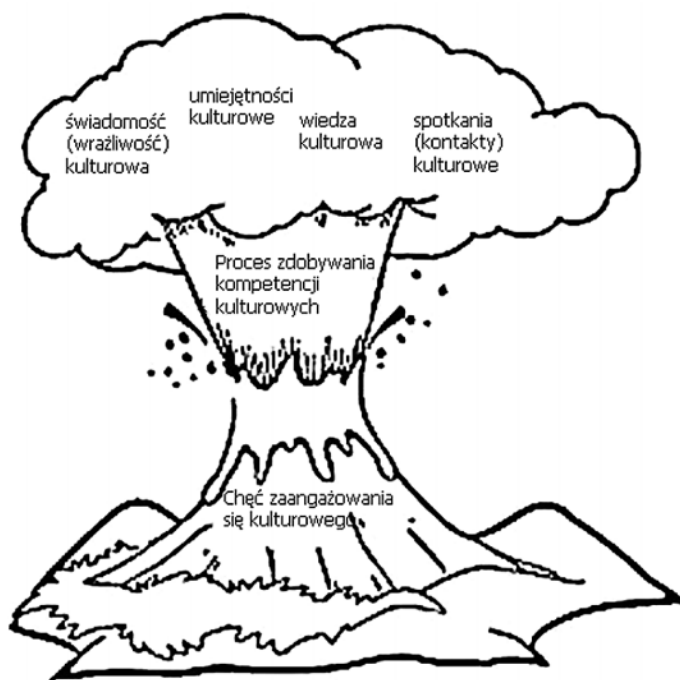
W tym modelu kompetencje kulturowe są postrzegane jako proces, a nie jako punkt końcowy, w którym stale dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy w kontekście osoby, rodziny lub społeczności z różnych środowisk kulturowo – etnicznych.

Dr Josepha Campinha – Bacote definiuje kompetencje kulturowe jako proces, w którym pielęgniarka ciągle stara się i dąży do skutecznej pracy z pacjentem, uwzględniając kontekst kulturowy pacjenta, jego rodziny i społeczności w której żyje, rozumiejąc kulturowy kontekst wielu przekazów werbalnych i pozawerbalnych.

Kompetencje obejmują kulturową świadomość (wrażliwość), wiedzę, umiejętności i doświadczenie kulturowych spotkań. Skuteczne nabywanie kompetencji kulturowych jest wynikiem „chęci” i własnych aspiracji, a nie konieczności i desperacji. Metaforą jest wulkan, z którego krateru po gwałtownym wybuchu / gwałtownej erupcji wydobywa się spokojnie lava, symbolizując proces budowania kompetencji kulturowych. Jeśli „eksploduje” chęć zaangażowania się kulturowego, to rozpoczyna się proces pokornego, powolnego stawiania się kulturowo fachowym profesjonalistą.

Wulkan – wybuch u podstawy wulkanu: chęć zaangażowania się kulturowego; wybuch: to proces zdobywania kompetencji kulturowych; w chmurze wulkanicznej: świadomość (wrażliwość) kulturowa, umiejętności kulturowe, wiedza kulturowa, spotkania (kontakty) kulturowe.

Kultura, w której wzrastamy wpływa na nasze zachowania, wyznawane wartości i normy, a te w kontakcie międzykulturowym w sytuacji konfrontacji z innością mogą być podważane, co może być źródłem frustracji, zniechęcenia do podtrzymywania kontaktu a także utrzymywania stereotypów i uprzedzeń.



Ryc. Proces rozwoju kompetencji kulturowych [Campinha-Bacote J. Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. The Online Journal of Issues in Nursing. 2003; 8(1), <http://www.nursingworld.org>]

biorąc pod uwagę wzrost migracji globalnej. Zapewnienie opieki dostosowanej do potrzeb kulturowych odbiorcy jest niezbędne we współczesnym pielęgniarstwie.

W Kodeksie Etycznym Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Deklaracji Praw Człowieka i Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zawarty jest zapis, że „...**każdy człowiek ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz przekonań m.in. religijnych**”.

Art. 9 TUE – zasada równości obywateli Unii Europejskiej (Traktat). Zasada równości i zasada niedyskryminacji w prawie UE (zakaz dyskryminacji bezpośredniej i pośredniej). Przepisy UE w zakresie zwalczania dyskryminacji ze względu na rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub przekonanie, niepełnosprawność, wiek i orientację seksualną zostały wdrożone do prawa krajowego we wszystkich państwach członkowskich. W Polsce dyrektywa została przyjęta w 2000 r.

Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997r. Art. 32 – Równość i zakaz dyskryminacji. Wszyscy wobec prawa są równi. **Art. 25 – Równouprawnienie kościołów i innych związków wyznaniowych.** 1. Kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione. 2. Władze publiczne a RP zachowują bezstronność w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych, zapewniając swobodę ich wyrażania w życiu publicznym. 3. Stosunki między państwem a kościołami i innymi związkami wyznaniowymi są kształtowane na zasadach poszanowania ich orientacji oraz wzajemnej niezależności każdego w swoim zakresie, jak również współdziałania dla dobra człowieka i dobra wspólnego. **Art. 51 Konstytucji RP –** Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w przyrzeczeniu zawiera zapis „nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice”, **w części szczegółowej rozdział I.** Pielęgniarka / położna a pacjent. **pkt. 2** „we współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia”, **pkt. 8** „położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu”, **w rozdziale V.** Pielęgniarka / położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa **pkt. 1** „pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej”.

Wśród pielęgniarek pojawia się konieczność zrozumienia, że różnice kulturowe występują: w stosunku do zdrowia, w zachowaniach zdrowotnych, w sposobach reagowania na narodziny, chorobę, śmierć.

Przedstawiciele różnych religii i kręgów kulturowych mają często te same potrzeby podczas choroby czy pobytu w szpitalu (np. jedzenia, czystości, wydalania, okazywania uczuć). Mogą mieć również różne oczekiwania wobec opieki medycznej: diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, edukowania, komunikowania, wsparcia. Różnice kulturowe znajdujące odzwierciedlenie w odmiennym sposobie komunikowania, podejściu do czasu, przestrzegania terminów, rozwiązywaniu problemów, podejmowaniu decyzji, nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji.

Potrzeba kompetentnej kulturowo opieki stała się międzynarodową troską,

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., z.p.z. Rozdział 6 Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta: **art. 20, art. 21, art. 22** oraz **Rozdział 10** Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej są zapisy w **art. 36, art. 37, art. 38**.

Kierownicy placówek medycznych mają prawny obowiązek zapewnienia chorym możliwości wykonywania praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielami swojego wyznania na terenie szpitala.

Zalety społeczeństwa wielokulturowego to przede wszystkim:

- wzrost kreatywności społecznej i tolerancji,
- dostęp do zróżnicowanej wiedzy i doświadczeń pracowników,
- możliwość poznawania innych kultur, lepszej integracji i lepszej komunikacji międzykulturowej,
- możliwość zdobywania nowych doświadczeń i poszerzania swoich horyzontów,
- możliwość wprowadzania innowacyjnych rozwiązań.

Życie w takiej społeczności uczy z pewnością tolerancji i otwarcia na drugiego człowieka. Zmusza nas (skłania) do krytycznej refleksji wobec samych siebie, a następnie do ewentualnej zmiany.

Zjawisko wielokulturowości to współlistnienie odmiennych wartości i tradycji.

- Wielokulturowość w Europie: Quo vadis?

Piśmiennictwo:

1. Anna Majda, Joanna Zalewska – Puchała, Beata Ogórek –Tęcza. **Pielęgniarstwo transkulturowe**. Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 16-26
2. Anna Zalewska – Puchała, Anna Majda. **Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej**. Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im Hanny Chrzanowskiej, Kraków 2014 s. 12; s. 21-29; s. 45 – 46
3. Elżbieta Krajewska – Kułak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora – Kornatowska. **Problemy wielokulturowości w medycynie**, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 76-79, s. 103-104, s. 166-167, s. 179, s. 231-235

Strony internetowe:

1. [www.kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie](#). Anna Majda i Joanna Zalewska – Puchała, UM Poznań, 2018
2. [www.kompetencje kulturowe i inteligencja w pielęgniarstwie](#). Wydział Nauk o Zdrowiu. UJ Kraków 2018
3. [www.kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie](#). Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda, Beata Dobrowolska, UM Lublin, 2017
4. [www.ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia](#). UM Szczecin 2013
5. [www.kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy conceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego](#). Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda, Beata Dobrowolska. UM Lublin 2017
6. [www.Prunell – wzór kompetencji kulturowych](#). Wikipedia
7. [www.kompetencje kulturowe Bennetta; model kompetencji Purnella; model kompetencji Campinha – Bacote;](#)
8. [www.tolerancja.pl;](#) [www.wielokulturowosc;](#)
9. [www.wielokulturowa.biblioteka;](#)

Wprowadzenie do charakterystyki kolejnych religii świata – prawosławia, protestantyzmu oraz grupy etnicznej Romów

Świadomość różnorodności kultur, religii i wynikających z nich zachowań, obyczajów, przyzwyczajzeń oraz sposobów patrzenia człowieka na problemy zdrowia, choroby, śmierci, opieki i pielęgnowania dała podstawę do wprowadzenia pojęcia pielęgniarstwa transkulturowego – kulturowej opieki pielęgniarstwiej, którego celem jest zdobycie szerokiej wiedzy naukowej i humanistycznej. Pozwoli sprawować specyficzną dla danej kultury oraz kulturowo uniwersalną opiekę. Istotne jest, aby opieka, jaką otrzymuje pacjent, była jak najbardziej zbliżona do jego wartości kulturowych.

Pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w taki sam sposób, jak oczekuje się, że będą rozumiane i respektowane jego fizyczne i psychiczne potrzeby.

Celem tak pojmowanego pielęgniarstwa jest zmiana tradycyjnych monokulturowych, zawodowych norm i praktyki w wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej i humanistycznej opieki zdrowotnej. **Opieka kompetentna i wrażliwa kulturowo, to taka opieka, która m.in. jest dostosowana do potrzeb różnych religii, a osoby ją sprawujące rozumieją i szanują historię, tradycję, wierzenia i systemy wartości innych kultur.**

Przemiany prowadzące do holistycznego i transkulturowego uczą nas nie tylko traktowania pacjenta jako całości bio – psycho – społecznej, lecz również uwzględnienie aspektu kulturowego i duchowego.

Trendy społeczne sygnalizują, że XXI wiek przyniesie zwiększone zapotrzebowanie na pielęgniarstwie przygotowanie do pracy z ludźmi reprezentującymi różne kultury, władającymi innymi językami, postępującymi wg innych zasad i norm, mającymi odmienne potrzeby zdrowotne.

Pod adresem pielęgniarstwa kierowane będą coraz większe oczekiwania i żądania zapewnienia pomocy w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych człowieka lub grup ludzi, która oparta będzie na ogólnoswiatowej wizji opieki medycznej i pielęgniarstwiej „ponad granicami”. Pielęgniarki powinny posiadać zatem kompetencje kulturowe w dziedzinie afektywnej, kognitywnej i behawioralnej. Niezbędne jest samokształcenie i doksztalcanie się, rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktów z przedstawicielami innych kultur i tolerancji w stosunku do pacjentów różnych narodowości i wyznań.

„Możesz opiekować się ludźmi, ale nie możesz dokonywać za nich wyboru...”

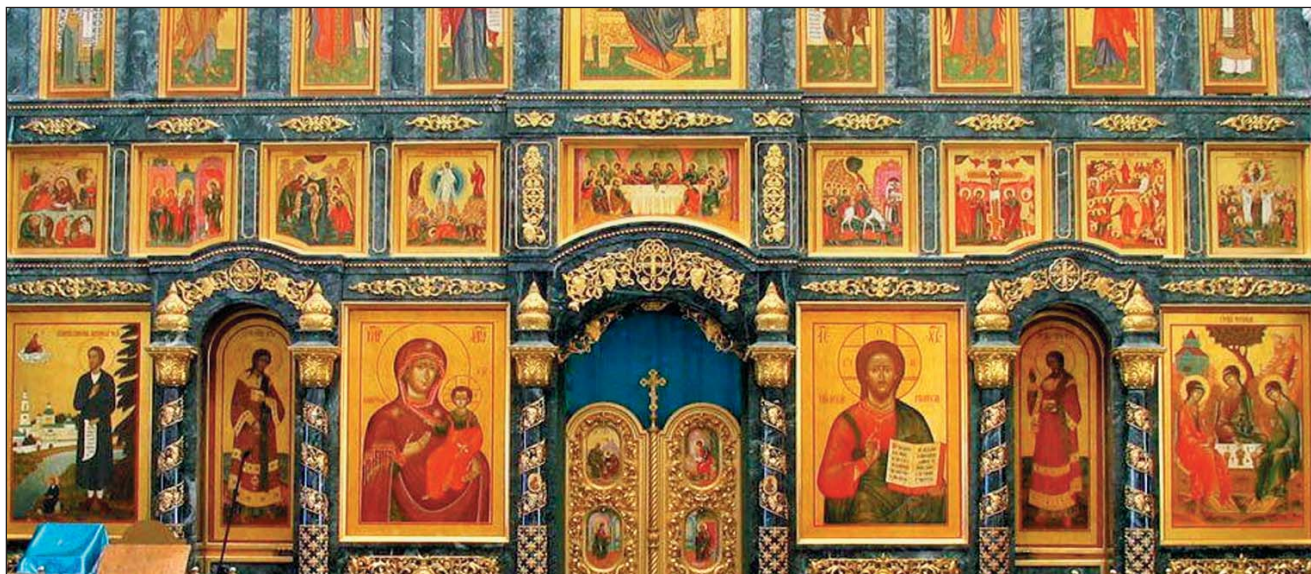
Horatio

Nowoczesna wizja opieki nad pacjentami to zapewnienie opieki holistycznej biorącej pod uwagę nie tylko potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne, ale także te które wynikają z uwarunkowań kulturowych i wyznaniowych.

Wyznawana religia jest czynnikiem, który wydaje się mieć silny wpływ na zachowania zdrowotne, zarówno prozdrowotne jak i zagrażające zdrowiu. Przedstawiciele różnych religii mają odmienne potrzeby podczas choroby oraz pobytu w szpitalu. Dlatego osoby zajmujące się opieką i leczeniem chorych powinny być przygotowane do udzielania im odpowiedniego wsparcia w tym okresie. Dzięki należytej wiedzy w tym zakresie, personel medyczny, zwłaszcza lekarze, pielęgniarki i położne mają możliwość uniknięcia urażenia uczuć religijnych, nieświadomego, ale przez to nie mniej bolesnego dla osób, których to dotyczy.

W kolejnym numerze Impulsu prezentujemy opis potrzeb i oczekiwań wyznawców prawosławia, protestantyzmu oraz Romów, zapoznając z ich zwyczajami, obyczajami, tradycją, przekonaniami i zachowaniami dotyczącymi zdrowia, choroby, śmierci.

Charakterystyka religii świata: PRAWOSŁAWIE



Wprowadzenie do zagadnień prawosławia

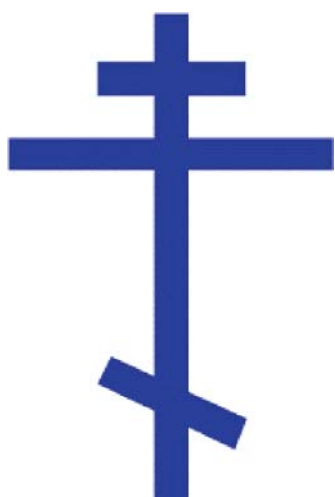
Prawosławie – jeden z głównych odłamów chrześcijaństwa. Termin oznacza: wiedzę, punkt widzenia, inaczej: prawdziwą wiarę, wierność dogmatowi religijnemu. Ogół zasad wiary i życia religijnego, do których odwołuje się Cerkiew prawosławia. Prawosławie ma swoje źródło w Bizancjum. Kościół bizantyjski stanowił ośrodek pomocy charytatywnej. Wspieranie ubogich, wdów i sierot było ewangelicznym obowiązkiem kościoła w IV wieku. Źródłem wiary i doktryny Kościoła prawosławnego jest Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu oraz Święta Tradycja. Pismo Święte stanowi podstawową księgę dla wierzących. Prawosławie strzeże i głosi prawdziwą wiarę w Boga. Świątynia w prawosławiu nosi nazwę „cerkiew”.

Cerkiew prawosławia, kościół prawosławny – trzecia co do wielkości chrześcijańska wspólnota wyznaniowa, zrzeszająca ponad 200 milionów chrześcijan, głosząca zasady wiary i życia określona mianem prawosławia. Największa część prawosławia zamieszkuje tereny Europy Wschodniej. Cerkiew prawosławna działa również we Francji, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, Brazylii, Japonii oraz w Chinach. Symbolem prawosławnej ewangelizacji są święci Cyryl i Metody, apostołowie Słowian. Organizacja Kościoła prawosławnego opiera się na autokefalii – samodzielności Kościołów krajowych.

Tworzą one Kościół Chrystusowy, a Patriarcha Konstantynopola ma prymat honorowy. Najważniejszym autorytetem jest sobór ekumeniczny. W prawosławiu celibat dotyczy jedynie biskupów, pozostali duchowni mogą wchodzić w związki małżeńskie. Pop (batuszka) kapłan, to duchowny prawosławny. Kościół Prawosławny uznał siedem sakramentów (chrzest, bierzmowanie, Eucharystia, kapłaństwo, małżeństwo i namaszczenie chorych).

Symbolem dla całego prawosławia jest krzyż prawosławny tj. ośmioramienny (połączenie krzyża greckiego, łacińskiego i krzyża Św. Andrzeja) – ośmiu końcach (trzech poziomych belkach).

Szczególne miejsce w życiu każdego prawosławnego zajmuje ikona (przedmiot kultu, miejsce obecności łaski i sakramentalny znak niewidzialnej obecności Boga). Tworzenie ikony jest modlitwą, stąd ikonę się „pisze”, a nie „maluje”. Ikony są częścią tradycji prawosławia na równi z Biblią. Nazywa się je objawieniem bożym przedstawionym za pomocą kreski i barwy. Kościół prawosławny uznaje je za pochodzące od Ducha Świętego. Ikona Matki Bożej Włodzimierskiej to jedna z najbardziej czczonych w prawosławiu



ikon Bogurodzicy, kult maryjny Matki Boga. Na świątyniach umieszczone są krzyże i kopuły symbolizujące niebo, Boga, świat anielski i świętych.

Prawosławie na ziemiach polskich sięga średniowiecza. Chrześcijanie obrządku wschodniego pojawili się w granicach Polski prawdopodobnie w czasach panowania Bolesława Chrobrego.

W Polsce istnieje sześć diecezji prawosławnych. Wyznawcy prawosławia zamieszkują głównie północno – wschodnie rejony kraju.

Największe sanktuarium prawosławne w Polsce znajduje się na Podlasiu w Grabarce – Góra Tysiąca Krzyży.

Obrzędy Kościoła prawosławnego: ruchome święto Wielkanocy, sakramenty święte: chrzest, bierzmowanie, Eucharystia, spowiedź, kapłaństwo, małżeństwo, namaszczenie olejem świętym oraz poświęcenie wody, chleba, świątyni, ikon i krzyży. Chrzest jest dokonywany przez trzykrotne zanurzenie w wodzie. Po wejściu do świątyni nie klęka się, tylko oddaje pokłon ikonie i zapala świeczkę.



Zgodnie z tradycją prawosławną kobiety uczestniczące w nabożeństwie powinny mieć głowę nakrytą chustą lub szalem. Eucharystię przyjmuje się na stojąco pod dwiema postaciami chleba i wina. Do sakramentu Eucharystii może przystąpić każdy ochrzczony, w tym również dzieci, bez obowiązku spowiedzi. Przed przyjęciem komunii należy przystąpić do sakramentu pokuty i zachować całkowity post przez co najmniej osiem godzin oraz odmówić modlitwy. W przypadku ciężkiej choroby prawosławny jest zwolniony z przygotowania się do sakramentu i postu. Posty w kościele prawosławnym są bardzo surowe. W ciągu Wielkiego Postu i Wielkiego Tygodnia nie spożywa się mięsa, ryb i wszystkich produktów pochodzenia zwierzęcego, w tym nabiału.

W kościele prawosławnym życie liturgiczne wyznaczone jest według dwóch różnych kalendarzy: juliańskiego tzw. „stary styl” i gregoriańskiego – „nowy styl”.

Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi prawosławia

Prawosławie a opieka medyczna

Podstawą stosunku prawosławnych do osób chorych i cierpiących powinien być fragment zapisany w Ewangelii św. Mateusza (25,31-46): „Pan sądzić nas będzie nie za naruszenie przykazań, a za stosunek wobec bliźniego”. Pomoc i posługa chorym traktowane są jako część drogi ku zbawieniu. W prawosławiu podczas udzielania pomocy medycznej dopuszczalne są wszystkie metody znane w nauce oprócz takich, w których pomoc choremu ma się odbywać kosztem innej osoby, np. pobranie od dawcy jedynej sprawnej nerki.

Chorym prawosławnym należy umożliwić dostęp do szpitalnej kaplicy bądź trzymanie przy łóżku ikony, krucyfiks, wody święconej, artosa (chleb poświęcony na Wielkanoc) lub prosfory (małej praśnej bułeczki używanej do komunii świętej). Osoby bliskie choremu, rodzina, przyjaciele bardzo często modlą się

za chorego nie tylko indywidualnie, w domu, ale także w świątyniach. Chorzy mogą również prosić o sakrament namaszczenia świętym olejem (sakrament chorych, soborowanie). Akt namaszczenia jako prośba o uzdrowienie ciała i duszy jest celebrowany na prośbę chorego bądź jego rodziny. Duchowny nie ma prawa odmówić przybycia do chorego, nawet jeśli odprawia mszę świętą. W sytuacji zagrożenia życia pacjenta jest zobligowany przerwać celebrowane w świątyni nabożeństwo, które kończy po powrocie od chorego.

W przypadku śmierci chorego jego rodzina dostarcza rzeczy potrzebne do pogrzebu: ikonę wkładaną w ręce zmarłego, krzyżyk na szyję itd. Przed pogrzebem ciało zmarłego jest myte i odświętnie ubierane.

W opiece nad chorymi należy brać pod uwagę fakt, iż wierni prawosławni dużą wagę przywiązują do przestrzegania postu. Post obowiązuje wiernych w każdą zwykłą środę i piątek. W tych dniach wstrzymują się od spożywania produktów mięsnych i rybnych. Największy z postów prawosławnych to Post Wielkanocny. Dwa tygodnie przed pierwszą niedzielą Wielkiego Postu wierni wstrzymują się od spożywania mięsa i ryb. Od następnej niedzieli przestają jeść sery, jajka i masło. Następuje po tym sześć tygodni postu trwającego do Paschy. Jeśli w tym okresie wypada jakieś znaczące święto, wierni mogą w tym dniu spożywać ryby. Taka sama zasada dotyczy śród i piątków, w których wypadają święta. Kolejnym postem jest post apostołów Piotra i Pawła oraz czterdziestodniowy post obowiązuje przed Bożym Narodzeniem. W wigilię można spożywać tylko postne potrawy (bez ryb). W ciągu roku jest wiele znaczących świąt w których obowiązują posty, w czasie których nie spożywa się mięsa, ryb, serów i masła. Podczas postów są okresy, w których nie udziela się ślubów cerkiewnych, jak również nie odprawia się mszy za zmarłych.

Stosunek prawosławia do zdrowia, choroby i śmierci

Jest podobny jak u wyznawców innych religii chrześcijańskich. Chorobę traktują jako dopust Boży, który może pomóc w zbliżeniu się człowieka do Boga i otrzymania szczególnej łaski pomagania innym ludziom. Chorem prawosławnym należy umożliwić dostęp do szpitalnej kaplicy bądź trzymanie przy łóżku ikony, krucyfiks, wody święconej, artosa (chleb poświęcony na Wielkanoc) lub prosfory (małej praśnej bułeczki używanej do komunii świętej). Osoby bliskie choremu (rodzina, przyjaciele) bardzo często modlą się za chorego nie tylko indywidualnie, w domu, ale także w świątyniach. Chorzy mogą również prosić o sakrament namaszczenia świętym olejem (sakrament chorych, soborowanie). Akt namaszczenia jako prośba o uzdrowienie ciała i duszy jest celebrowany na prośbę chorego bądź jego rodziny. Duchowny nie ma prawa odmówić przybycia do chorego, nawet jeśli odprawia mszę świętą. W sytuacji zagrożenia życia pacjenta jest zobligowany przerwać celebrowanie w świątyni nabożeństwo, które kończy po powrocie od chorego.

Udzielanie pomocy i wsparcia chorym jest uznawane przez prawosławnych za naturalny element ich życia. W przypadku śmierci chorego jego rodzina dostarcza rzeczy potrzebne do pogrzebu: ikonę wkładaną w ręce zmarłego, krzyżyk na szyję itd. Przed pogrzebem ciało zmarłego jest myte i odświętnie ubrane. Śmierć stanowi przejście do życia wiecznego. Kościół prawosławny stanowczo sprzeciwia się kremacji.

Styl życia wyznawców prawosławia

Bardzo istotny dla Kościoła prawosławnego jest duchowy rozwój rodziny. Rodzina jest podstawą właściwego wychowania przyszłego pokolenia (zachowanie wiary, języka, kultury i zwyczajów). W prawosławiu święta podzielone są na trzy grupy: wielkie, średnie i małe. Spośród wszystkich świąt dziewięć to święta nieruchome, natomiast trzy mają datę zmienną, uzależnioną od daty święta Zmartwychwstania Pańskiego. Święta Bożego Narodzenia u prawosławnych wypadają wg kalendarza



juliańskiego, 13 dni po świętach katolickich. Zgodnie z tradycją na stole pojawia się 12 postnych potraw, dodatkowe nakrycie oraz pod obrusem sianko. Najpierw zasiadają do wigilijnych stołów, później całą noc spędzą w cerkwi – nocne czuwanie. Przed kolacją składają sobie życzenia świąteczne, dzieląc się ze sobą prosforą czyli małym chlebkiem – prawosławnym opłatkiem.

Wigilię poprzedza 40 dniowy post. Bardzo ważnym elementem życia prawosławnych jest przestrzeganie postu nie tylko na czasowym powstrzymywaniu się od przyjmowania niektórych pokarmów ale powinien być równoległe postem duchowym. Kanony kościelne z postu zwalniają osoby chore i wyczerpane fizyczne. Post dotyczy również kobiet po porodzie i niemowląt w okresie karmienia oraz kobiet ciężarnych (szczegółowo postu prawosławny może konsultować z ojcem duchowym). W opiece nad chorymi należy brać pod uwagę fakt, iż wierni prawosławni dużą wagę przywiązują do przestrzegania postu. Post obowiązuje wiernych w każdą zwykłą środę i piątek. W tych dniach wstrzymują się od spożywania produktów mięsnych i rybnych. Największy z postów prawosławnych to Post Wielkanocny. Dwa tygodnie przed pierwszą niedzielą Wielkiego Postu wierni wstrzymują się od spożywania mięsa i ryb. Od następnej niedzieli przestają jeść sery, jajka



i masło. Następuje po tym sześć tygodni postu trwającego do Paschy. Jeśli w tym okresie wypada jakieś znaczące święto, wierni mogą w tym dniu spożywać ryby. Taka sama zasada dotyczy śród i piątków, w których wypadają święta. Kolejnym postem jest post apostołów Piotra i Pawła oraz czterdziestodniowy post obowiązuje przed Bożym Narodzeniem. W wigilię można spożywać tylko postne potrawy (bez ryb). W ciągu roku jest wiele znaczących świąt w których obowiązują posty, w czasie których nie spożywa się mięsa, ryb, serów i masła. Podczas postów są okresy, w których nie udziela się ślubów cerkiewnych, jak również nie odprawia się mszy za zmarłych. Niedopuszczalne jest nadużywanie alkoholu. Chrześcijanie powinni ograniczyć częstotliwość i obdarowywanie alkoholem. Na temat palenia papierosów również wypowiadają się negatywnie.

Stosunek prawosławia do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Kościół prawosławny nie sprzeciwia się oddawaniu narządów i tkanek człowieka po śmierci, jeśli są one wykorzystane w celu uzdrowienia innych ludzi czy też przeprowadzenia eksperymentu medycznego, który ma służyć poprawie skuteczności leczenia lub zapobiegania chorobom. Przeszczep nerki, skóry lub kości w szczególnych przypadkach może być dokonany. Przeszczep serca natomiast z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej wielu uznaje za niedopuszczalny.

Stosunek prawosławia do antykoncepcji i planowania rodziny

Na temat środków antykoncepcyjnych i innych sposobów kontroli urodzin w Kościele prawosławnym istnieją zróżnicowane opinie. Dawniej kontrola urodzin była zdecydowanie potępiana, ale obecnie wielu prawosławnych teologów i ojców duchowych uważa, że rozsądne użycie środków antykoncepcyjnych w małżeństwie nie jest samo w sobie grzeszne. O liczbie dzieci i o odstępach w jakich powinny przychodzić na świat decydują sami rodzice, kierując się głosem sumienia.

Stosunek prawosławia do aborcji

Religia prawosławna traktuje aborcję jako zabójstwo. Po jej dokonaniu obowiązuje zakaz причастия, przystąpienia do komunii świętej, przez co najmniej 20 lat.

Stosunek prawosławia do eutanazji

Zgodnie z decyzją teologów i wiernych Kościoła prawosławnego stosowanie eutanazji jest niedopuszczalne. Postawa ta jest oparta na założeniach, że dopuszczanie się eutanazji świadczy o lekceważeniu Dekalogu i przykazania „nie zabijaj”. Decyzja o śmierci człowieka należy do Boga, a nie ludzi.

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą

Wytyczne dotyczące przygotowania kobiety prawosławnej do porodu i opieki po porodzie nie różnią się od wytycznych innych wyznań. Dozwolone są wszelkie zabiegi ratujące życie i zapewniające powrót do pełnego zdrowia. Kobieta rodzi dziecko w szpitalu. Dziecko od urodzenia jest karmione piersią. Sprawując opiekę nad kobietą po porodzie, należy pamiętać, że obowiązuje ją post tak jak innych wyznawców prawosławia.

Zadania położnej są następujące:

- *poznanie i uwzględnienie zwyczajów związanych z religią w opiece nad ciężarną i położnicą;*
- *uwzględnienie życzeń kobiety co do przebiegu opieki w trakcie porodu oraz bezpośrednio po nim;*
- *umożliwienie kobiecie kontaktu z rodziną;*
- *przeprowadzenie kąpeli noworodka zgodnie z życzeniem kobiety;*
- *edukacja kobiety w zakresie pielęgnacji i karmienia noworodka;*
- *pomoc kobiecie w czasie karmienia i pielęgnacji noworodka;*
- *umożliwienie kobiecie odbywania postu zgodnie z nakazami religii;*
- *umożliwienie kobiecie kontaktu z duchownym;*
- *umożliwienie kobiecie korzystania z kaplicy szpitalnej;*
- *umożliwienie i zapewnienie odpowiednich warunków do przyjęcia sakramentów przez kobietę;*
- *sprawowanie profesjonalnej i troskliwej opieki pielęgniarskiej nad kobietą przed porodem i po porodzie.*

Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem

Nie istnieją specjalne wytyczne dotyczące pielęgnacji dziecka i opieki nad nim w czasie choroby. Opieka pielęgniarska nad dziećmi prawosławnymi nie różni się od opieki sprawowanej nad każdym innym dzieckiem w szpitalu czy w środowisku domowym.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- *poszanowanie zwyczajów religijnych zgodnie z życzeniem rodziców / opiekunów;*
- *pozyskanie wiedzy na temat przyzwyczajzeń dziecka;*
- *przeprowadzenie kąpeli noworodka zgodnie z życzeniem matki;*
- *udzielenie kobiecie pomocy w czasie karmienia i pielęgnacji noworodka;*
- *umożliwienie dziecku kontaktu z duchownym;*
- *umożliwienie i zapewnienie odpowiednich warunków do przyjęcia sakramentów przez dziecko;*
- *umożliwienie i stworzenie odpowiednich warunków do chrztu dziecka w przypadku zagrożenia jego życia;*
- *sprawowanie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w każdym wieku;*
- *otoczenie dziecka troskliwą i pełną serdeczności opieką;*
- *umożliwienie kontaktu z rodzicami, rodziną czy opiekunami;*
- *informowanie dziecka o wszystkich zabiegach i poszanowanie jego godności.*

Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem

Pomoc i posługa chorym są traktowane przez prawosławnych jako część ich drogi ku zbawieniu. W dostępnej literaturze brak wskazówek dotyczących opieki nad pacjentem dorosłym. Są one takie same jak

w przypadku chrześcijan innych wyznań i ateistów. W opiece nad dorosłym wyznawcą prawosławia należy pamiętać o uwzględnieniu niektórych nakazów religijnych, np. postu.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- *uzyskanie wiedzy na temat przyzwyczajzeń, upodobań i nakazów religijnych pacjenta, szczególnie jeśli jest to osoba duchowna;*
- *umożliwienie posiadania przy łóżku ikonki, krucyfiks, wody święconej lub prosfory (chleba używanego w celach eucharystycznych);*
- *umożliwienie pacjentowi przystąpienia do sakramentów świętych;*
- *zapewnienie pacjentowi odpowiednich warunków do odbycia modlitwy, spowiedzi czy przyjęcia komunii świętej;*
- *umożliwienie pacjentowi dostępu do kaplicy szpitalnej;*
- *umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną i duchownym;*
- *wykonanie wszystkich zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych z wyczuciem i poszanowaniem godności i woli pacjenta;*
- *umożliwienie wykonania czynności pielęgnacyjnych siostram lub braciom zakonnym wobec pacjenta wiodącego życie monastyczne;*
- *wspieranie pacjenta w czasie pobytu w szpitalu.*

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci

W przypadku, gdy dziecko znajduje się w sytuacji zagrożenia życia, a wcześniej nie zostało ochrzczone, udziela mu się tzw. chrztu nagłego. Jeżeli nie jest możliwe trzykrotne zanurzenie całego ciała w wodzie, można zastąpić polaniem wodą ciała lub czoła. Chrztu może udzielić każda osoba ochrzczone. Na chrzest muszą wyrazić zgodę rodzice. Fakt chrztu trzeba zgłosić duchownemu. W opiece nad chorym umierającym całą uwagę należy skupić na zapewnieniu mu wsparcia i obecności drugiej osoby, tak aby nie odczuwał samotności czy porzucenia. W celu uśmierzania bólu podaje się środki przeciwbólowe. Zmarłego żegna się pocałunkiem w czoło.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- *zapewnienie wsparcia choremu umierającemu i jego rodzinie;*
- *uwzględnienie zwyczajów związanych z religią w opiece nad chorym umierającym;*
- *umożliwienie choremu kontaktu z duchownym w celu przystąpienia przez niego do sakramentu, np. namaszczenia chorych, spowiedzi czy komunii świętej;*
- *zapewnienie umierającemu odpowiednich warunków do spotkania z duchownym, np. poproszenie chorych o opuszczenie sali;*
- *przeniesienie zmarłego do osobnej sali;*
- *wykonanie toalety pośmiertnej – okazanie szacunku wobec ciała zmarłego lub umożliwienie wykonania toalety członkom rodziny;*
- *umożliwienie rodzinie przebywania ze zmarłym;*
- *zapewnienie rodzinie odpowiednich warunków do modlitwy; zapalenie świecy;*
- *zapoznanie rodziny z zasadami obowiązującymi w szpitalu.*

Piśmiennictwo:

1. Anna Majda, Joanna Zalewska – Puchała, Beata Ogórek – Tęcza. **Pielęgniarstwo transkulturowe.** Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 44-54.
2. Elżbieta Krajewska – Kułak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora – Kornatowska. **Problemy wielokulturowości w medycynie,** Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 44-50; s. 293; s. 323.
3. Anna Zalewska – Puchała, Anna Majda. **Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej.** Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im Hanny Chrzanowskiej, Kraków 2014.

Charakterystyka religii świata: PROTESTANTYZM

Wprowadzenie do zagadnień protestantyzmu

Protestantyzm jest jednym z głównych, obok prawosławia i katolicyzmu, odłamów chrześcijaństwa. Protestantyzm nie jest dzisiaj monolitem, a przynajmniej nie jest jednolity w sensie administracyjnym. Nie ma jednego protestanckiego Kościoła, są wspólnoty religijne, które powstały pod wpływem reformacji Kościoła rzymskokatolickiego po ogłoszeniu 95 tez Marcina Lutra w XVI wieku. Główną cechą wyznań protestanckich jest uznanie Jezusa Chrystusa za jedynego pośrednika między Bogiem a ludźmi.

Na całym świecie jest obecnie ok. 800 milionów protestantów. Protestanci stanowią ok. 40 % wszystkich chrześcijan na świecie i mieszkają w Europie. Protestantyzm dzieli się na kilka wyznań: luteranizm, kalwinizm, anglikanizm, baptyzm, metodyzm, adwentyzm. To drugi po katolicyzmie, pod względem ilościowym, nurt chrześcijański. Jednocześnie jest to najdynamiczniej rozwijający się odłam chrześcijaństwa. Świątynie protestanckie są zwane zborami. Na czele zboru stoi zwykle proboszcz, pastor lub rada starszych. Kościół lub kaplica, dom modlitwy, jest miejscem kultu. Kościoły protestanckie blisko współpracują ze sobą, prowadzą wspólną działalność misyjną, edukacyjną i społeczną. Protestantyzm jest religią słowa. Zwyczajowo uznają swoje sakramenty, liturgie, zwyczaje.



Symbolem protestantyzmu jest krzyż łaciński i Róża Lutra. Jest ona godłem reformacji protestanckiej i logo większości ewangelickich kościołów w obrządku augsburskim. Jest to czarny krzyż na tle serca umieszczonego w środku białej róży. Mają symbolizować radość, pociechę i ukojenie w wierze. Podstawowe założenia doktrynalne teologii protestanckiej można ująć w pięciu zasadach, które przyjmowane są we wszystkich Kościołach. Wyrażone są w formie haseł:

1. Sola Scriptura – „Tylko pismo” Jedyne Pismo Święte stanowi autorytet w sprawach wiary i praktyki chrześcijańskiej, tylko Pismo Święte jest źródłem doktryny chrześcijańskiej, a Biblia jest przesłaniem Boga dla ludzi. Doktryny i praktyki przyjęte w Kościele przez ludzi powinny być zgodne z treścią Pisma Świętego. Biblia jest tym co umożliwia bezpośredni kontakt człowieka z Bogiem.

2. Solus Christus – „Tylko Chrystus”. Jedyne Jezus Chrystus, jako prawdziwy Bóg i prawdziwy człowiek, jest pośrednikiem między obojgiem. Usprawiedliwienie możliwe jest wyłącznie przez wiarę. Dobre uczynki nie są podstawą do usprawiedliwienia człowieka przed Bogiem, ale dobre uczynki są konieczne do autentycznej wiary.

3. Sola gratia – „Tylko łaska” Łaska Boża jest podstawą usprawiedliwienia grzesznika poprzez wiarę.

4. Sola fide – „Tylko wiara” Do zbawienia konieczna jest wiara w ofiarę Jezusa na krzyżu. Wiara pochodzi od Ducha Świętego.

5. Soli Deo gloria – „Tylko Bogu chwała” Jedyne Jezus Chrystus jest pośrednikiem między Bogiem a ludźmi, jedynie Bóg jest godzien oddania Jemu czci przez stworzenie.

Tych pięć zasad protestantyzmu pojawiło się w XVI wieku podczas reformacji i do dziś pozostają podstawą teologiczną protestantyzmu.

Uznanie 5 zasad jest podstawowym wyznacznikiem uznania danego wyznania chrześcijańskiego za protestanckie.

Na współczesny protestantyzm składa się wiele Kościołów, a „czynnikami sprzyjającym temu roz-





drobnieniu było rozpowszechnione wśród protestantów przekonanie, że prawdziwy Kościół Chrystusowy nie może być identyfikowany z jakimkolwiek Kościołem instytucjonalnym”.

Wśród Kościołów protestanckich, które mają najliczniejszą reprezentację w Polsce to: **Metodyzm**.

Metodyści wierzą, że Bóg oddziałuje na człowieka, kiedy ten modli się, pości, studiuje Pismo Święte, przyjmuje sakramenty oraz prowadzi z Bogiem duchowe rozmowy; w Polsce wyznawcy metodyzmu skupieni są w Kościele Ewangelicko-Methodystycznym w RP.

Baptyzm

Baptyści udzielają chrztu wyłącznie tym, którzy wrażliwi są na grzechy i wyznają wiarę w Chrystusa; akcentują autonomię poszczególnych zborów, są też zwolennikami rozdziału kościoła od państwa.

Ruch zielonoświątkowy

Powstał w Stanach Zjednoczonych, a do Europy dotarł w XX wieku; znamienity dla ruchu jest nacisk na świadome, pełne emocji nawrócenie, chrzest przyjmowany najczęściej w życiu dorosłym. Nie chrzci się niemowląt i małych dzieci, a jedynie ofiaruje się je Panu i błogosławi w akcie modlitwy; praktykowane są również: rozmowa duszpasterska, często z wyznaniem grzechów, namaszczeniem olejem ku uzdrowieniu. **Zielonoświątkowcy** praktykują post i starają się realizować stawiane sobie wysokie wymagania moralne, których naruszanie powoduje dyscyplinowanie wiernego, aż po wykluczenie ze wspólnoty.

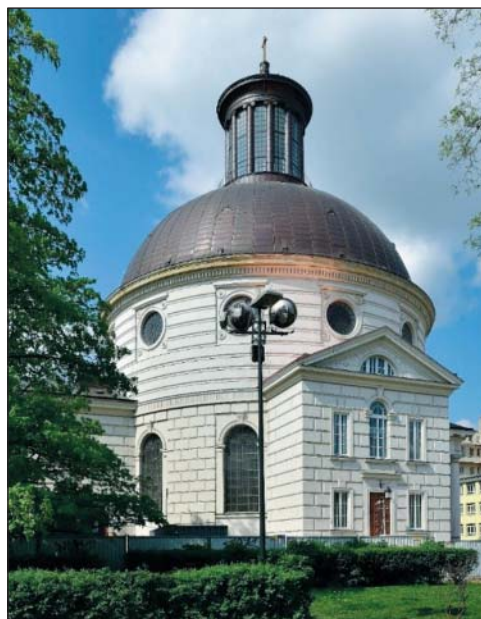
Kościół Adventystów Dnia Siódmego – dla adventystów najważniejszym dniem tygodnia jest sobota, kiedy to świętują biblijny sabat. Sprawują trzy tzw. ustanowienia: chrzest dorosłych przez zanurzenie, Wieczерę Pańską i umywanie nóg, jako obrządek pokory i służby. Adventyzm nie wyznaje nieśmiertelności duszy – człowiek umiera cały.

Protestanci modlą się w zborach. Ich najważniejsze święta: Wielki Piątek, Zmartwychwstanie Pańskie, Zesłanie Ducha Świętego. Protestanci odrzucają spowiedź ustną czyli wyznawanie grzechów spowiednikowi, bo uważają, że podważa to prawdę, że tylko Bóg może darować grzechy. Wyznawcy protestantyzmu uważają, że bez łaski Bożej człowiek nie jest w stanie czynić dobra. Protestanci nie uznają dogmatów maryjnych i nie oddają czci Matce Bożej. Odrzucają też kult aniołów i świętych, relikwii i wizerunków. Liturgia odprawiana jest wyłącznie w językach narodowych. W kościele protestanckim uznawane są tylko dwa sakramenty: chrzest i Eucharystia. Odrzucają sakrament bierzmowania, pokuty, namaszczenia chorych. Duchowni w protestantyzmie nie są zobowiązani do celibatu, a źródłem wiary jest Pismo święte.



Protestantyzm w Polsce stał się modny w XVI wieku. Można było nie płacić podatków na kościół, dopuszczane były rozwody. Największą grupę protestancką w naszym kraju stanowią luteranie. Wspólnoty protestanckie prowadzą wydawnictwa, organizacje, uczelnie wyższe, wydają czasopisma.

Na terenie Polski działa ponad 80 protestanckich związków wyznaniowych, znajduje się ponad 160 zborów. Liczba wyznawców kościołów protestanckich w Polsce to ok. 160 tys. Wśród nich znajdują się głównie: Luteranie, Kalwiniści, Metodysci, Baptysci, Adwentyści czy Zielonoświątkowcy.



Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami

Stosunek protestantyzmu do zdrowia, choroby i śmierci

Katolicy i protestanci pozostają pod wpływem treści biblijnych w kwestiach nakazów i zakazów odnoszących się do utrzymania zdrowia ciała i ducha. Codzienna opieka medyczna nad pacjentem chrześcijaninem nie wiąże się ze szczególnymi wymaganiami. Chrześcijanin nie ma specyficznych wymagań higienicznych, chyba że pacjentem jest osoba duchowna. Nie ma również odmiennych zaleceń żywieniowych. W przypadku ewangelików w praktykowaniu postu zwraca się przede wszystkim uwagę na odpowiednią postawę etyczną człowieka, rzadziej na rezygnację z określonych potraw i napojów. Choroba czy towarzyszące jej cierpienie mogą mieć ukryty dla człowieka sens, trudny do zrozumienia i najczęściej nieuświadomiony. Ten aspekt wiary pozwala często znieść cierpienie i ułatwia walkę



z chorobą. Chrześcijaństwo podkreśla duchowy wymiar człowieka. Nie przekreśla jednak znaczenia ciała ludzkiego. Nakłada wręcz obowiązek moralny dbania o ciało. Wśród wartości religii chrześcijańskiej znajduje się życie ludzkie, na człowieku ciąży obowiązek jego ochrony od poczęcia do śmierci. Zielonoświątkowcy zapoczątkowali nowe spojrzenie na przyczynę choroby i religijną możliwość jej przezwyciężenia. Odrzucili koncepcję Boga zsyłającego cierpienie. Zaakceptowali uzdrowieńczą moc Jezusa. Zielonoświątkowcy uważają, że współczesne chrześcijaństwo utraciło pierwotną wiarę

w autentyczną skuteczność wstawienniczej modlitwy o uzdrowienie. W kościołach protestanckich ostateczną decyzję w kwestii wyboru metod planowania rodziny np. stosowania antykoncepcji zostawia się kobietom.

Kościół protestancki akceptuje transplantację jako metodę leczenia. Zwraca przy tym uwagę na szacunek dla żyjącego biorcy i zmarłego dawcy oraz przestrzeganie wymogów prawnych w tym względzie. W sytuacji ciężkiej choroby akceptują podejmowane działania lecznicze i pielęgnacyjne. Istnieje zgoda na stosowanie środków przeciwbólowych, rozumieją także powody rezygnacji z terapii agresywnych, które nie przynoszą pozytywnych rezultatów i przyczyniają się do cierpienia chorego. Człowiek powinien być postrzegany jako osoba bez względu na stan zdrowia i zawsze należy mu się szacunek i stworzenie warunków godnej śmierci poprzez humanitarną opiekę terminalną. Procesowi umierania oraz samej śmierci towarzyszy określona symbolika i ceremoniał religijny. Wszelkie działania zadające człowiekowi śmierć (eutanazja) są wg doktryny chrześcijańskiej zakazane.

Styl życia wyznawców protestantyzmu

Styl życia wyznawców protestantyzmu, z wyjątkiem Adwentystów Dnia Siódmego, nie odbiega znacząco od stylu życia katolików. Do zdrowego stylu życia zachęcają liczne normy etyki chrześcijańskiej; obejmują one wszystkie aspekty życia i domagają się ascetycznych zachowań (zachowanie postu i wstrzemięźliwości pokarmowej). Kościół Adwentystów Dnia Siódmego jest największym Kościołem promującym dietę bezmięsną. Powstrzymywanie się od pokarmów mięsnych, zwane wstrzemięźliwością, polega na niespożywaniu pokarmów mięsnych w każdy piątek z wyjątkiem uroczystości. Zwolnione z przestrzegania postu są dzieci do 14 roku życia, osoby chore, osoby będące w podróży oraz korzystające z punktów zbiorowego żywienia. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego zaleca stosowanie diety wegetariańskiej, dozwolone jest tylko jedzenie mięsa zwierząt parzystokopytnych i przeżuwających. Nie można jeść mięsa świni, królika, zająca, można jeść ryby, kurczaki indyki. Obowiązuje powstrzymywanie się od używania alkoholu, tytoniu i narkotyków w tym też używek takich jak mocna kawa i herbata, zabronione jest spożywanie napojów fermentowanych.

Znamienne dla wyznawców niektórych Kościołów protestanckich jest praktykowanie egzorcyzmów, modlitwy o uzdrowienie fizyczne i psychiczne oraz modlitwy o uwolnienie z nałogów, np. palenia papierosów. Opieka nad chorymi nakazuje miłość bliźniego. Przejawem działalności protestantów w tym obszarze może być prowadzenie przez Adwentystów Dnia Siódmego licznych ośrodków zdrowia, szpitali, sanatoriów, przychodni, klinik i instytucji charytatywnych. Wyznawcy Kościoła Zielonoświątkowego prowadzą działalność w więzieniach wśród osób uzależnionych i bezdomnych oraz dzieci zagrożonych patologią. Stosunek protestantyzmu do pracy oraz form spędzania i wykorzystywania czasu wolnego jest nacechowany religijnym przesłaniem. Praca jest powołaniem i obowiązkiem człowieka, „a bezrobocie i bezczynność jest złem”. Radykalnie odrzuca się konsumpcyjnie zorientowany przemysł, mający na uwadze zagospodarowanie wolnego czasu, nadmierną konsumpcję medialną.



Stosunek protestantyzmu do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Wśród wyznawców protestantyzmu z powodu znacznej liczby istniejących wspólnot religijnych trudno jest ustalić jednolite stanowisko dotyczące transplantacji. **Luteranie** (Kościół ewangelicko – augsburski) są zdania, że pośmiertne oddanie organów jest częścią nakazu pomagania bliźnim, a dawstwo narządów stanowi wsparcie idei humanitaryzmu w społeczeństwie i jest wyrazem najwyższej miłości bliźniego. **Metodyści** (Kościół ewangelicko – metodystyczny) transplantację pojmują jako działanie charytatywne, a darowanie narządów jako czyn miłości i akt samo ofiarowania. **Adwentyści Dnia Siódmego** wspierają czynnie ideę transplantologii, prowadząc szpitale specjalizujące się w przeszczepianiu narządów. **Baptyści** oraz pozostałe wspólnoty chrześcijańskie również aprobują donacje organów i ich przeszczepianie. Wszyscy zwracają uwagę na to, że podjęcie decyzji transplantacji nie zwalnia od konieczności przestrzegania prawa dotyczącego np. orzeczenia o śmierci mózgu, szacunku dla ludzkiego ciała, poszanowania organów oraz oświadczenia woli lub zgłaszania do rejestru sprzeciwów. W kwestii transplantacji narządów, w tym transfuzji krwi Kościoły protestanckie podzielają stanowisko Kościoła rzymskokatolickiego. Wyraźnie akceptuje się transfuzję krwi i transplantację narządów jako wyraz miłości bliźniego i solidaryzowania się z chorymi i upośledzonymi. Kościoły katolickie i protestanckie we wspólnym dokumencie „zachęcają lekarzy do odważnego i odpowiedzialnego podążania drogą chirurgii transplantacyjnej, oraz wzywają ludzi do częstszego niż dotąd decydowania się na ofiarowanie swych organów bliźnim”.

Stosunek protestantyzmu do sztucznego zapłodnienia

Większość Kościołów protestanckich nie zaleca sztucznego zapłodnienia, ale nie wyklucza go. Kościół Zielonoświątkowy nie dopuszcza żadnej formy manipulacji materiałem genetycznym. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego dopuszcza sztuczne zapłodnienie jedynie pod warunkiem korzystania z materiału genetycznego męża i żony.

Stosunek protestantyzmu do planowania rodziny, antykoncepcji i aborcji

Większość Kościołów protestanckich wyraża pogląd, że człowiek ma prawo do świadomego i odpowiedzialnego kształtowania swego rodzicielstwa. Stosowanie aborcji jako środka regulacji urodzeń, a także stosowanie hormonalnych środków wczesnoporonnych i sterylizacji jest uznawane za niedopuszczalne.

Protestantyzm jako nurt chrześcijański uważa, że aborcja jest grzechem. W sprawie aborcji należy uszanować decyzję matki. W sytuacjach poważnego zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, poważnego obciążenia dziedzicznego oraz ciąży w wyniku gwałtu czy kazirodztwa, ostateczna decyzja co do przerwania ciąży lub jej utrzymania powinna być podjęta przez kobietę, po odpowiedniej konsultacji (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego). Aborcje, których przyczyną jest kontrola urodzin, dokonanie selekcji płciowej czy wygoda, nie są przez Kościół Adwentystów Dnia Siódmego usprawiedliwione. W Kościele Zielonoświątkowym zaleca się stosowanie metod naturalnej regulacji poczęć. Wyznawcy Ruchu Zielonoświątkowego uważają, że aborcja, podobnie jak stosowanie środków wczesnoporonnych, jest grzechem.

Stosunek protestantyzmu do kremacji i sekcji zwłok

Problem ten jest rozwiązywany w zgodzie z prawodawstwem poszczególnych państw.

Stosunek protestantyzmu do eutanazji

Stosunek protestantyzmu do eutanazji jest podobny jak w etyce Kościoła katolickiego i wynika z faktu, że etyka chrześcijańska stanowczo odrzuca eutanazję. Podtrzymujące życie czynności mogą zostać zaniechane lub należy ich zaprzestać, jeśli tylko dodają cierpień pacjentowi i niepotrzebnie przedłużają proces umierania. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego nie popiera praktykowania „miłosiernego zabijania” czy pomagania w popełnieniu samobójstwa, jest zdecydowanie przeciwny czynnej eutanazji, celowemu odbieraniu życia cierpiącej czy umierającej osobie. Podobnie podtrzymujące życie czynności mogą zostać zaniechane lub należy ich zaprzestać, jeśli tylko dodają cierpień pacjentowi i niepotrzebnie przedłużają proces umierania.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem wyznania protestanckiego

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną, położnicą, noworodkiem, chorym dzieckiem i pacjentem dorosłym wyznania protestanckiego nie wymaga podejmowania dodatkowych działań czy też interwencji pielęgniarskich wykraczających poza powszechnie przyjęte i praktykowane we współczesnym pielęgniarstwie.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- *zebranie dokładnego wywiadu, który zawiera informacje dotyczące wyznania pacjenta;*
- *uzyskanie informacji o woli pacjenta lub jego rodziców w przypadku chorego dziecka co do kontaktu z duchownym, spełniania obrzędów religijnych i przystąpienia do sakramentów (Eucharystii, namaszczenia chorych);*
- *w przypadku wiernych Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, na życzenie pacjenta, umożliwienie mu spożycia posiłków zgodnych ze zleconą dietą, a jednocześnie spełniających wymogi religijne.*

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci

Opieka pielęgniarska nad umierającym pacjentem wyznania protestanckiego powinna uwzględniać odrębności wynikające z przynależności do określonej wspólnoty wyznaniowej w obrębie Kościoła protestanckiego (dotyczy chrztu, nowonarodzonego dziecka, którego stan jest ciężki). Sakramentu chrztu udziela się dziecku za zgodą rodziców. Chrztu może udzielić każda osoba ochrzczona bez względu na wyznanie, także opiekująca się dzieckiem pielęgniarka, jeśli spełnia ten warunek. Chrztu udziela się przez trzykrotne zanurzenie. Z wyjątkiem sytuacji nagłych, personel medyczny ma obowiązek informować rodzinę umierającej osoby o podejmowanych interwencjach medycznych.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- uzyskanie informacji na temat wyznania pacjenta;
- poznanie woli pacjenta co do kontaktów z duchownym, członkami rodziny lub współwyznawcami;
- na życzenie pacjenta – umożliwienie mu kontaktu z tymi osobami;
- poznanie obrzędów religijnych dotyczących umierania i śmierci właściwych dla wyznań protestanckich;
- umożliwienie pacjentowi – jeśli pozwala na to jego stan, możliwości lokalowe szpitala itp. – sprawowania sakramentów i / lub obrzędów religijnych wynikających z jego wyznania;
- zachowywanie się w sposób godny, niewulczający uczuciom religijnym osoby zmarłej, jej rodziny i bliskich.

Piśmiennictwo:

1. Anna Majda, Joanna Zalewska – Puchała, Beata Ogórek – Tęcza. **Pielęgniarstwo transkulturowe.** Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 62 – 72.
2. Elżbieta Krajewska – Kułak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora – Kornatowska. **Problemy wielokulturowości w medycynie,** Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 25; s. 44-50; s. 151; s. 293; s. 331 – 332.
3. Anna Zalewska – Puchała, Anna Majda. **Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej.** Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im Hanny Chrzanowskiej, Kraków 2014.



Charakterystyka grupy etnicznej – ROMOWIE

Wprowadzenie do zagadnienia – Historia Romów

Romowie to grupa etniczna, pochodzenia indyjskiego, którego członkowie tworzą diasporę, rozproszone wśród innych narodów, zamieszkują większość państw świata. Romowie są jedynym narodem nieposiadającym własnego państwa ani nawet określonego terytorium, które mogliby uznać za swoje. Są jedną z najbardziej prześladowanych grup w historii. Świat nie szczędził im cierpienia. Nękanymi przez kolonizatorów, zabijani przez hitlerowców, osaczeni i eliminowani przez władze komunistyczne. Romowie byli ofiarami nazistowskich obozów koncentracyjnych. Szacuje się, iż od 500 tys. do 1,5 mln Romów straciło życie w obozie Auschwitz – Birkenau. Nadal toczą walkę. Jest to walka o tolerancję.

W wielu krajach Romowie są zmuszani ukrywać swą narodową tożsamość z powodu prześladowań lub panujących w społeczeństwie antycygańskich stereotypów. Romowie przez stulecia funkcjonowali na marginesie społeczeństw Europy. Współczesną populację Romów szacuje się na ok. 8-15 mln na świecie. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech społecznego zachowania Romów jest ich solidarność i tolerancja wewnątrzgrupowa. Romowie nie mają własnej religii i najczęściej wyznają religię ludności, wśród której żyją. Wynika to z faktu, że historia Romów wiodła przez terytoria, gdzie wymagano od nich identyfikowania się z konkretną religią, dominującą na danym terenie. Pod wpływem wędrówek oraz kontaktów z innymi kulturami, ludami, obyczajami, językami i religiami doszło do ich znacznego zróżnicowania. Wszystko, co wiązało się z ich historią, było przekazywane ustnie. Dlatego z każdą generacją tradycja uległa zmianom i modyfikacjom pod wpływem kultur terytoriów, na których aktualnie przebywali. Romowie czują się związani z krajami, w których żyją i których są obywatelami.

Obecnie przyjmuje się, że na świecie żyją cztery podstawowe grupy Romów: **Romowie** (grupa najbardziej liczna, rozproszona po całym świecie); **Manusze** (Francja, Włochy, Niemcy i Ameryka Północna); **Sinti** (Niemcy, Austria, Szwajcaria, Włochy, tereny przygraniczne Francji); **Kale**, zwani też Gitanos (Hiszpania, Portugalia, południowo – zachodnia Francja). Współcześnie używany zwrot „Romowie” został wprowadzony w drugiej połowie XX wieku w oparciu o romską nazwę własną Roma. Przyczyną wprowadzenia nowej nazwy były związane z dotychczasowymi określeniami liczne negatywne skojarzenia, bazujące na stereotypach antycygańskich, które narosły przez wieki. Użycie terminu „Romowie” jest zatem wg większości organizacji romskich poprawne politycznie. Określenie „Cyganie”



niesie większy ładunek emocjonalny niż „**Romowie**” (niezależnie czy jest on negatywny czy nie). W postrzeganiu Romów – Cyganów zderzają się dwa stereotypy: malowniczo – folklorystyczny i degradująco – kryminalny. Pierwszy z nich charakteryzuje Romów – Cyganów jako naród ludzi wolnych, przyzwyczajonych do wiecznej wędrówki, kochających muzykę i śpiew.

Kultura romska otoczona jest tajemnicą ze względu na niezrozumiały język, wróżbiarstwo i czynienie uroków. Drugi stereotyp wiąże tę mniejszość etniczną z jej społeczną marginalizacją: ubóstwo, żebractwo, niechęć do edukacji i działalnością przestępczą (oszustwa, kradzieże, przesady o porywaniu dzieci). Słowo „Cygan” oznacza oszusta lub złodzieja. Sposób bycia, silna integracja wewnątrz grupy wpływają na powstawanie negatywnych stereotypów dotyczących tej grupy etnicznej. Są one często przyczyną dyskryminacji i zamykania się na daną grupę. Przełamywanie barier kulturowych staje się problemem całej Europy ze względu na romską migrację.

Symbole narodowe: flaga i hymn. Romska flaga została przyjęta w 1971 roku podczas I Światowego Kongresu Romów w Londynie, zaprezentowano hymn, a także zalecano używanie w językach narodowych określenia „Rom” w miejsce „Cygan”.



Flaga Romów jest niebiesko-zielona (symbole nieba i ziemi z głównym motywem w postaci czerwonego koła symbolizującego indyjską czakrę o 16 promieniach, odwołującą się do ich wieloletniej tradycji wędrownego trybu życia, jak też i nawiązującego do flagi Indii historycznego miejsca pochodzenia wszystkich Romów). Dolna część flagi symbolizuje zielen łąk, lasów, pastwisk, a górna bezkres bezchmurnego nieba. To połączenie odnosi się tak do mitycznej wręcz wolności wędrownych Romów i ich związków z naturą. Granica oddzielenia nieba od ziemi, wyraźna granica dzielących na wielu płaszczyznach świat i jego elementy, zgodnie z zasadami Romanipen.

Hymn – drugi obok flagi symbol narodowy Romów, uznany przez większość grup romskich, a także organizacje międzynarodowe (ONZ). Hymn Cyganów / Romów powstał na motywach tradycyjnej ludowej pieśni bałkańskiej. Autorem romskiego hymnu jest Žarko Jovanović Jagdino: Golem, Golem (Dzelem, Dzelem): Idę, Idę.

Co kilka lat w różnych krajach świata organizowany jest Światowy Kongres Romów. Pierwszy, na którym został zaprezentowany hymn i flaga romska, odbył się w 1971 roku w Londynie. Drugi w 1978 r. w Genewie, gdzie powołano do życia Międzynarodową Unię Romów. W roku 1990 miał miejsce Czwarty Światowy Kongres Romów w Polsce w Jadwisinie k/ Warszawy. W 1993 r. Międzynarodowa Unia Romów przyjęta została do ONZ w charakterze członka obserwatora. Wraz z przyjęciem nowych krajów do Unii Europejskiej do Wspólnoty weszło 2/3 populacji europejskich Romów, tj. około 8 mln członków tej społeczności. W 2000 r. w Pradze miał miejsce V Kongres, na którym utworzono Romski Parlament, uchwalono kartę IRU.

Romowie stanowią społeczność wysoce zróżnicowaną pod względem językowym i kulturowym. Nie mają oficjalnej religii. Obok Romów katolików, protestantów i prawosławnych istnieją Romowie muzułmańscy. Rom jest wychowywany w duchu poszanowania tradycji i przestrzegania kodeksu obyczajowego, szacunku dla starszych członków społeczności i daleko idącego posłuszeństwa wobec ich decyzji, także dotyczących najbardziej intymnych i prywatnych spraw.

Romską tradycję określają zasady zwane „romanipen”, które dotyczą odnoszenia się do siebie w społeczności romskiej. Romanipen „romskość” – ogół tradycji romskiej, niepisany kodeks postępowania oraz wzajemnych relacji w tradycyjnej społeczności romskiej. Składają się nań wszystkie zwyczajowe prawa, tabu oraz sankcje grożące za ich złamanie.

Rom musi żyć zgodnie z zasadami Romanipen – romskiego prawa zwyczajowego. Reguluje on wszystkie sfery życia – normy zachowania, ubioru, jedzenia, doboru małżonków i ich wzajemne relacje. Prawo obyczajowe (Romanipen) jest wykładnią tradycji cygańskich. Nakłada na Cyganów nakaz manifestowania cygańskości, jako wartości najwyższej, posługiwania się językiem Romów w środowisku własnym i w stosunku do innych Cyganów.

W Polsce Romowie pojawili się na początku XV wieku. Od ponad 600 lat na ziemiach polskich zamieszkuje niezbyt liczna, ale zróżnicowana grupa etniczna Romów, czyli Cyganów.

W Polsce Romowie w większości są katolikami, ale też są wiernymi Kościoła prawosławnego. Patronką Romów jest św. Sara. Wielkość społeczności polskich Romów jest niezwykle trudno oszacować. Podczas ostatniego spisu powszechnego część Romów deklarowała narodowość polską, a nie romską.

Romowie urodzeni w Polsce to obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. Są odrębni kulturowo, lecz mają te same prawa i obowiązki, co każdy obywatel RP. Posiadają status mniejszości etnicznej. Podstawowym elementem struktury społecznej Romów jest rodzina. Tradycyjna zbiorowość romska ma charakter wybitnie patriarchalny – głową rodziny jest mężczyzna – ojciec, podlegający z kolei przywódcy całego rodu



i starszyźnie. Najważniejszy głos w społecznościach romskich należy do osób starszych, bez względu na płeć. Organizacja społeczna Romów nigdy nie była jednolita, a charakter przywództwa zmienia się w zależności od grupy. Istotne znaczenie ma prowadzony przez nich tryb życia, rodzaj wykonywanych zawodów i teren, który zamieszkują. Tradycyjne profesje: rzemiosło (patelnie), handel (konie) rozrywka (taniec, śpiew, muzyka, wędrowni – tabor, wolność – las).

„Ziemio moja i leśna, jestem córką twoją. Lasy śpiewają, ziemia śpiewa pięknie. Śpiewanie rzeka i ja składowy w jedną cygańską piosenkę.

Romowie zamieszkujący Polskę najogólniej dzielą się na dwie grupy. Pierwsza z nich to Romowie osiadli, nazywani Bergitka Roma lub Romami Karpackimi, Górskimi bądź Wyżynnymi zamieszkujący południową część Polski. Romowie ci zachowali język romani i niektóre romskie tradycje rodzinne. Drugą grupę stanowią Romowie wędrowni, byli koczownicy, osiedleni w efekcie akcji administracyjnej rządu polskiego, którzy dzielą się na kilka grup.



Należą do nich: Polska Roma, Kełderaszowie i Lowarowie (Romowie węgierscy) oraz dwie mniejsze społeczności: Chaładytka Roma (Romowie rosyjscy) i Sasytka Roma (Romowie niemieccy). Grupy te zamieszkują środkową i północną część Polski. Romowie Karpaccy ze względu na nieprzestrzeganie zasad romanipen (prawo zwyczajowe Romów) nie są akceptowani przez wcześniej wymienione grupy Romów z powodu domniemanego braku czystości rytualnej. U Kełderaszów i Lowarów wszystkie problemy i spory rozwiązuje rada starszych, czyli Romano Kris. Jest to rodzaj sądu, który zasądza kary, rozstrzyga spory, nakłada skalanie i wyznacza terminy oczyszczenia winowajcy.

Zwierzchnikiem Polskiej Romy jest **Szero Rom**, nazywany często „królem”. Pełni on podobną rolę jak Romano Kris. Polska Roma, Chaładytka Roma i Sasytka Roma uznają zwierzchnictwo Szero Roma i posługują się zbliżonym dialektem, a małżeństwa zawierane między przedstawicielami tych grup są czyste. Natomiast Kełderaszowie i Lowarowie są w Polsce uznawani za cudzoziemców, mimo, że wielu z nich urodziło się już na terenach Polski. Różnią się od przedstawicieli Polskiej Romy dialektem, zwyczajami, obrzędowością rodzinną i organizacją społeczną. **Szero Rom** zajmuje się tylko sprawami „ważnymi”, które mają znaczenie dla całej społeczności; wyjaśnia sytuacje związane ze skalaniem,

konfliktami rodzinnymi, obwinianiem o krzywdy, gwałtami itp., w sposób, który pozwala uniknąć kontaktu z władzami nieromskimi. Jego decyzje są w zasadzie nieodwołalne. W przeszłości powoływał on i odwoływał wójta, którzy obecnie sami wyłaniają się ze społeczności romskiej i mają za zadanie kontrolować lokalną społeczność, reprezentować jej interesy w urzędach państwowych i rozstrzygać drobne spory. W trudnych sprawach wójt ma obowiązek radzić się Szero Roma i tylko za jego zgodą może nałożyć karę wydalenia poza społeczność romską. Posługują się zbliżonym dialektem, a małżeństwa zawierane są między przedstawicielami tych grup. Organizacja społeczna Romów nigdy nie była jednolita, a charakter przywództwa zmienia się w zależności od grupy. Istotne znaczenie ma prowadzony tryb życia, rodzaj wykonywanych zawodów i teren, który zamieszkują.



Kultura romska otoczona jest tajemnicą ze względu na niezrozumiały język, wróżbiarstwo i czynienie uroków. W kulturze Romów centralną rolę odgrywa pojęcie „skalania”, które stoi w opozycji do „czystości”. Przekroczenie zasad powoduje skalanie i stan rytualnej nieczystości, a najgorszą karą jest wydalenie z własnej społeczności. Kodeks ten określa najistotniejsze wzorce postępowania, normy współżycia, nakazuje samorządność i samowystarczalność prawno-obyczajową w środowisku Romów. Zabrania bycia lekarzem, pielęgniarką i hydraulikiem, ponieważ zawody te wymagają kontaktu z dolnymi partiami ciała, z umarłymi i nieczystościami. „Nieczystość” nie dotyczy starszych kobiet i dziewcząt przed dojrzewaniem.

Nieczystość ciała dotyczy szczególnie kobiet w wieku rozrodczym. Nieczyste jest ciało kobiety od pasa w dół oraz wszystko, co się z tym ciałem bezpośrednio styka, czyli buty i bielizna. Dotykanie kobiecego ciała od pasa w dół usprawiedliwia tylko potrzeba prokreacji, mężczyźni nie wolno także dotykać jej bielizny, ubrania i obuwia. Nie wolno także prać ubrań męskich i kobiecych razem. Mężczyźni nie mogą używać tych samych misek, których używają kobiety. Kobiety noszą na sobie kilka spódnic, aby nie dopuścić do skalania pożywienia lub przedmiotów.

Dla Romów bardzo ważny jest obrzęd zaślubin. Romskie małżeństwo zawierane jest bardzo wcześnie (dziewczyna ma 13-14 lat, chłopak – 16 lat), niż zezwala na to prawo cywilne i kanoniczne, dlatego rzadko bywają legalizowane. Małżeństwo u Romów jest ważnym aktem, regulowanym wewnętrznym zwyczajem, zawierany wg tradycyjnego rytuału.

Dotkliwym problemem społecznym Romów w Polsce jest niski poziom oświaty wynikający z małego uczestnictwa Romów w systemie edukacji oraz duże bezrobocie. Nie pomaga fakt, że często dzieci romskie

są w szkołach dyskryminowane. Dla dużej grupy Polaków obcość językowa, kulturowa, rasowa, a także mentalna okazują się barierą niemożliwą do pokonania.

Stowarzyszenie Romów w Polsce założone w 1992 roku prowadzi działalność edukacyjną, kulturalną i wydawniczą. Celem Stowarzyszenia jest: pielęgnowanie tradycji, popularyzowania, rozwijania i nauczania języka romskiego, szerzenie wiedzy o historii i kulturze narodu romskiego, działania na rzecz równego dostępu obywateli romskich do informacji, edukacji i kultury, mobilizowanie dzieci i młodzieży do bardziej intensywniej nauki w szkołach polskich, do korzystania z kursów, pomoc finansowa i materialna, opieka psychosocjalna i medyczna dla Romów, profilaktyki i promocji zdrowia, aktywizacja zawodowa Romów, działalność na rzecz powstawania nowych miejsc pracy; walka z dyskryminacją na rynku pracy. Don Vasył jest Prezesem Europejskiego Towarzystwa Edukacji i Kultury Romów z siedzibą w Ciechocinku.

W Polsce jest zarejestrowanych ponad 100 organizacji pozarządowych skupiających mniejszość romską. Podstawowym zadaniem jest działanie na rzecz tworzenia warunków pełnego uczestnictwa Romów w życiu narodu polskiego.

Wielowiekowe stereotypy utrwały w społeczeństwie negatywny obraz Romów. Dlatego też prowadzą aktywną wielokierunkową działalność, zmierzającą do upamiętnienia eksterminacji i Holokaustu Romów. 8 kwietnia społeczność romska w Polsce i na świecie obchodzi Międzynarodowy Dzień Romów. Dzień ten obchodzony jest przez społeczność międzynarodową w rocznicę I Światowego Kongresu Romów, który odbył się w 1971 w Londynie, jako wyraz solidarności z Narodem Romskim, a także z przejawami





dyskryminacji, stygmatyzacji i nietolerancji przejawiającymi się w stosunku do Niego. Obchody są okazją do poszerzania przez społeczeństwo większościowe wiedzy o społeczności, kulturze i problemach społeczności romskiej. To doskonała okazja do przypomnienia o obecności narodu romskiego w społeczeństwach większości krajów świata. „Pomimo, iż mieszkamy w Polsce od początków XV wieku, często spotykamy stygmatyzowanie naszej mniejszości”. Związek Romów Polskich – organizacja powstała w 2000 roku, organizuje pomoc dla ludności romskiej zamieszkałej w kraju i za granicą.

„Jedno jest niebo dla wszystkich
I jedno słońce nad nami
A my jak dzieci, miłości pragniemy
Bez granic, bez granic”

Uwarunkowania kulturowe opieki zdrowotnej nad Romami

Romowie a opieka medyczna

Ważnym aspektem kultury romskiej jest czystość. Ludzkie ciało podzielone jest na: górną część powyżej pępka – czysta, dolna część: genitalia, nogi i stopy – nieczyste. W warunkach szpitalnych przekonania Romów dotyczące czystości i nieczystości mogą powodować problemy. Personel medyczny powinien zaakceptować znaczenie utrzymania czystości ciała dla Roma i zaopatrzenia pacjenta w dwie kostki mydła i 2 gąbki, długie szlafroki lub piżamy. Poród jest aktem nieczystym, podczas którego mogą towarzyszyć kobiecie tylko wybrane akuszerki spoza społeczności cygańskiej. Cyganki chętnie rodzą w szpitalu, gdyż traktują go jako miejsce odosobnienia. Zgodnie z romską tradycją członkowie rodziny

pragną uczestniczyć w tym wydarzeniu, stąd pracownicy ochrony zdrowia mogą zachęcać ojców do odwiedzania swoich żon i nowonarodzonych dzieci po okresie izolacji, w trakcie której dokonywane jest oczyszczenie. Restrykcyjne poglądy Romów dotyczące m.in. używania tylko wody bieżącej do mycia powodują, że pracownicy ochrony zdrowia powinni zwrócić uwagę na sprawy związane z zachowaniem higieny u tych pacjentów. Zmiana rękawiczek lub umycie rąk po dotknięciu dolnych części ciała Roma przed dotknięciem górnych części jest konieczne.

Romowie mają specyficzne poglądy na temat zdrowia i opieki medycznej. Unikają wizyt w przychodniach i szpitalach. Dobry stan zdrowia utożsamiany jest przez nich ze szczęściem. Romowie wierzą, że im więcej ktoś waży, tym więcej ma szczęścia i jest zdrowszy. Zadaniem pielęgniarki i lekarza jest edukacja na temat szkodliwego wpływu nadwagi na organizm z zachowaniem szacunku dla ich poglądów. Rodzinom pacjentów przebywających w szpitalu należy pozwolić na przygotowywanie właściwych posiłków, podając wytyczne diety odpowiedniej dla chorego. Romowie oddzielają produkty mięsne od mlecznych, używają osobnych naczyń i sztućców do jedzenia mięsa i produktów mlecznych.

Badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization) wykazują wysokie wskaźniki zachorowalności na odrę i polio wśród Romów. Według raportu Europejskiego Centrum Praw Romów jest to jedna z konsekwencji długotrwałego zaniedbywania potrzeb zdrowotnych Romów. Pewna część Romów nie wierzy w sens szczepienia dzieci i pokłada wiarę w medycynę ludową. Sytuacja kobiety w społeczności romskiej jest daleka od obecnego w kulturze europejskiej równouprawnienia kobiet i mężczyzn. Surowe normy obyczajowe wiążą się z okresem menstruacji, ciąży, porodu. Powodują one izolację kobiety (uznana za nieczystą) od społeczności. Romowie unikają zabiegów chirurgicznych, gdyż uważają, że znieczulenie powoduje „małą śmierć”. Strach Romów przed zabiegiem operacyjnym nakłada na pracowników ochrony zdrowia obowiązek udzielenia dokładnych informacji na temat samego zabiegu i potrzeby bądź konieczności jej przeprowadzenia. Romowie dbają o to, aby umierający nie pozostawał ani na chwilę sam. Zarówno w szpitalu jak i w domu zawsze ktoś przy nim czuwa. Romowie nie uznają przeprowadzania autopsji lub możliwości zostania dawcą narządów czy tkanek po śmierci człowieka. Prośba personelu obraziłaby rodzinę będącą w żałobie. Żałobę wyrażają w rytualnych czynnościach, które mogą obejmować krzyki, wyrwanie włosów lub rzucanie się na ścianę lub podłogę. Przy zmarłym gromadzi się cała rodzina, która prosi go o wybaczenie popełnionych błędów. Za rozbudowaną obrzędowością pogrzebową stoi wiara Romów w istnienie duszy i życie pozagrobowe. Znajomość odmiennych kulturowo poglądów Romów na zdrowie ma istotne znaczenie dla zapewnienia im ochrony zdrowia.

Stosunek Romów do zdrowia, choroby i śmierci – styl życia Romów

O wszystkich aspektach życia społeczności romskiej decyduje *mageripen*, niepisany kodeks praw i zakazów obyczajowych, który wyrósł z tradycji i wielowiekowego doświadczenia. Określane są w nim najistotniejsze wzorce postępowania, normy i zasady współżycia, co pozwala zachować społeczną spójność w obrębie jednorodnej obyczajowo grupy. Nieprzestrzeganie zawartych w nim zasad skutkuje skalaniem. Bycie w stanie skalania nie jest prywatną sprawą jednej osoby, a każdy kontakt z nią skutkuje „zanieczyszczeniem”. Osoba na którą nałożono skalanie, ma obowiązek poinformować o tym każdego Roma, z którym się spotyka. **Skalania** są dzielone na wielkie (**bare mageripena**) i małe (**tykne mageripena**). Podlegają one tylko orzecznictwu cygańskiemu. Za przewinienia **bare mageripena** grozi kara dożywotniego wydalenia ze społeczności romskiej; kara ta nie podlega amnestii. Sytuacja nałożenia skalania porównywalna jest do obrad sądu, kiedy to należy udowodnić swoje racje. Decyzje o wielkim skalaniu podejmuje Szero Rom (Król). On też wskazuje sposób zadośćuczynienia osobie poszkodowanej, wyznacza kary i zawiesza skalania. Pojęcie skalania kategoryzuje zachowania, przedmioty, osoby, czas i przestrzeń na dwie grupy: „czyste” i „nieczyste”. To proste rozgraniczenie pozwala społeczności romskiej na efektywne funkcjonowanie w społeczności nie romskiej przy zachowaniu własnej tożsamości. W grupie Polska Roma to, co „czyste” i „nieczyste”, wyznacza **romanipen** (prawo zwyczajowe Romów) i **mageripen**. Jeśli chodzi o ciało, to granica ta przebiega w talii. Każda część powyżej talii jest uznawana za „czystą”, a poniżej talii – za „nieczystą”. Kobiety używają oddzielnego mydła oraz ręczników do górnych i dolnych

części ciała i zawsze przechowują je osobno. Należy zwrócić uwagę na znamieny u Romów status rąk. Wymaga się umycia rąk przed dotknięciem górnych części ciała, jeśli wcześniej dotykało się dolnych partii ciała. Ręce muszą być umyte przed sporządzaniem posiłków i przed ich spożyciem. Jeśli ktoś zaniedba te zasady w życiu codziennym, może to skutkować, według wierzeń Romów, poważnymi chorobami. Kodeks mageripen dotyczy także zachowań w stosunkach między Romem a „obcym” (gadźo), który nie może skałać Roma, jego talerzy i pożywienia, chyba że swoimi wydzielinami.

Zakazany jest kontakt z niektórymi „obcymi”, np. osobami trudniącymi się nieczystymi zajęciami, takimi jak rzeźnicy (mogą zabijać konie), hycle (mogą być posądzeni o zjadanie psiego mięsa), lekarze i pielęgniarki (stykają się ze zwłokami i badają kobiety), położne (biorą udział w porodzie) oraz śmieciarze, grabarze i sprzątacze (stykają się z brudem fizycznym). Z tych samych powodów próżno szukać wykonujących te profesje Romów.

Dzieci nie podlegają zagrożeniu skalaniem, ponieważ uznaje się je za „nowe” i „czyste”, aż do osiągnięcia dojrzałości płciowej. Podobnie jest z osobami w wieku podeszłym, gdyż uważa się, że są oni już bliżej „świata duchów”, który wzbudza szacunek i lęk.

Sprawą pierwszoplanową dla Roma jest rodzina i wychowanie dzieci w poszanowaniu tradycji. Dzieci cygańskie w domu posługują się językiem romskim. Język polski jest ich drugim lub trzecim językiem, którego zaczynają się uczyć dopiero po pójściu do szkoły.

Rodzina romska opiera się na monogamicznym małżeństwie i jest to rodzina patrylokalna (małżeństwo mieszka z rodziną męża lub w jej pobliżu) oraz patriarchalna – decydem w rodzinie jest mężczyzna – ojciec). Rom nie może istnieć poza rodziną i rodem.

Członkowie rodziny mają obowiązek udzielania sobie pomocy; jest to najczęściej pomoc materialna (w opłacaniu kosztów: pogrzebu, stypy, utrzymania osieroconej rodziny, opieki lekarskiej lub pobytu w szpitalu). Cechą stylu życia części Romów wciąż są podróże, odbywane już nie wozami konnymi, ale samochodami.



Romowie trudnią się handlem, inwestują w sklepy, nieruchomości, stacje benzynowe, restauracje. W związku z coraz większą asymilacją ze środowiskiem nieromskim, Romów spotyka się na budowach i w hutach, co daje im możliwość stałego zarobkowania i środki na utrzymanie rodziny. Jednak większość Romów żyje z dnia na dzień, bez stałego zatrudnienia, utrzymując się z zajęć dorywczych. Zazwyczaj pracują „na czarno”, czasami zebrzą, także przy pomocy dzieci. Korzystają z usług szpitali w przypadku porodu, choroby i śmierci, chociaż uważają je za miejsca „nieczyste”. Wiąże się to z potrzebą ograniczenia czasu izolacji po porodzie oraz kontaktu z rzeczami „nieczystymi”, takimi jak gaziki, krew, łożysko i prześcieradła.



Romowie korzystają z publicznej służby zdrowia tylko w sytuacjach kryzysowych, kiedy pojawiają się nagłe, nierozwiązywalne problemy zdrowotne. Opierają się długoterminowej hospitalizacji, a zabiegi operacyjne postrzegają jako bardzo groźne dla integralności „ciała i ducha”. Leczeniem od wieków zajmowały się starsze kobiety, a ich wiedza, przekazywana z pokolenia na pokolenie, jest oparta na ziołolecznictwie połączonym z wiarą chrześcijańską i wierzeniami tradycyjnymi. W kulturach romskich istnieje wiara w silny związek między „zdrowiem” i „szczęśliwym losem”, w której elementy duchowe łączą się z religijnymi. Panuje przekonanie, że każdy do pewnego stopnia może wpływać na swoje szczęście, co oznacza, że pewne działania mogą wpływać na ludzkie zdrowie. Romowie wierzą np., że im człowiek większy, tym bardziej szczęśliwy i zdrowszy. Osoba otyła uchodzi za zdrową i szczęśliwą, a osobie chudej współczuje się, jako chorej lub zbyt biednej. Cygańska kuchnia ma pewne cechy charakterystyczne, chociaż często nie wyróżnia się niczym od kuchni regionów, które zamieszkują Romowie.

Niedozwolone jest spożywanie mięsa końskiego przez Romów. Posiłki są przygotowywane przez kobiety, i jest to czynność, w trakcie której Romki szczególnie dbają o higienę. Przed rozpoczęciem pracy w kuchni dokładnie myją ręce i zakładają chustę na głowę. Mięso myją i płuczą kilkakrotnie. Ściśle przestrzegają segregacji naczyń na te używane do przygotowywania posiłków i te wykorzystywane do innych czynności. Do stołu kobiety nie mają prawa zasiadać wraz z mężczyznami. Jedzą osobno w innym pomieszczeniu, ale gdy mężczyźni skończą posiłek. Wszystkie te nakazy są spotykane jeszcze w tradycyjnych grupach, ale nie dotyczą wszystkich Romów. U Romów Karpaccy wszystkie posiłki spożywa się w gronie rodzinnym.

Stosunek Romów do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Transplantacja narządów nie jest przez Romów akceptowana. Zdarzają się przypadki przeszczepów rodzinnych (Bergitka Roma – Romowie Karpaccy). W grupie tej dopuszczalna jest też transfuzja krwi w celu ratowania zdrowia. Informacje pochodzą z ustnych przekazów Romów.

Stosunek Romów do sztucznego zapłodnienia

Wśród Romów nie jest dopuszczalne sztuczne zapłodnienie. Niepłodność dla Romów to temat tabu. Brak jest jednak jakichkolwiek doniesień na ten temat w dostępnej literaturze, a informacje pochodzą jedynie z ustnych przekazów Romów.

Stosunek Romów do antykoncepcji i planowania rodziny

Według stanowiska Stowarzyszenia Kobiet Romskich w Polsce „kobiety i dziewczęta romskie są zainteresowane stosowaniem antykoncepcji i oczekują na łatwiejszy dostęp do wiedzy w tym zakresie, do konsultacji lekarskich, do środków antykoncepcyjnych. Młode dziewczęta zachodzące w ciążę wykazują się niekiedy zupełną niewiedzą w odniesieniu do zapobiegania niepożądaney ciąży. Konieczna jest szeroko zakrojona akcja edukacyjna, w pierwszym rzędzie adresowana do naturalnych liderów środowisk romskich, do których często inne kobiety i dziewczęta romskie zwracają się po porady, niekiedy istotne jest, by lekarzem była kobieta”. Antykoncepcja jest tematem tabu i Romowie nie chcą o tym rozmawiać, dlatego podejmowanie rozmów o antykoncepcji i planowaniu rodziny może napotkać opór ze strony pacjenta.

Stosunek Romów do aborcji

Ważnym zakazem łączącym aspekty społeczne, obyczajowe, wierzeniowe i etyczne jest bezwzględny zakaz przerywania ciąży. Aborcja jest rozumiana przez Roma jako celowe zabicie Roma – dziecka, które jest gwarantem kontynuowania tradycji oraz najważniejszym celem i sensem istnienia rodziny. Ponadto jest to ciężki grzech. Nad losem poczętego dziecka czuwa rodzina z obu stron. Jeżeli doszłoby do aborcji, obydwie rodziny uległyby skalaniu.

Stosunek Romów do kremacji i sekcji zwłok

Romowie, przywiązani do tradycji związanych z pogrzebem i okresem żałoby, nie biorą pod uwagę kremacji zwłok. Sekcja zwłok jest akceptowana, jeśli jest to niezbędne dla wyjaśnienia przyczyny zgonu, np. zgonu w wyniku przestępstwa.

Stosunek Romów do eutanazji

Romowie, zapytani o eutanazję, wykluczają możliwość ingerowania w życie ludzkie, pozostawiając to naturze. Pozwolenie na zabicie Roma, a tak jest przez nich rozumiana eutanazja, skutkuje skalaniem.

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą

Narodziny pierwszego dziecka są szczególnie oczekiwane w rodzinie romskiej. Brak potomstwa może być odczytywany jako kara za grzechy czy też naganne życie prowadzone w danej społeczności. Bezpłodność u Romów prowadzi często do tzw. wewnętrznej adopcji, która polega na tym, że wielodzietne małżeństwo oddaje swojego kolejnego noworodka bezdzietnej parze i ta od tej pory staje się jego nową rodziną. Posiadania nieślubnych dzieci przez Romów jest bardzo rzadkie. Nie spotyka się sierot, ponieważ dzieci te są automatycznie adoptowane przez członków rodziny i traktowane na równi z własnymi, biologicznymi dziećmi. Pozostawienie dziewczyny w ciąży jest u Romów przestępstwem, wiąże się z utratą czci i honoru oraz może doprowadzić do sporu między rodzinami. Dla ochrony ciężarnej Romki stosuje się dwa rodzaje izolacji: izolacja terytorialna (to zakaz przebywania z osobami starszymi, mężczyznami i osobami spoza rodziny dotyczy to zwłaszcza grupy Polska Roma; u Romów Karpaccich kobieta ciężarna opuszcza towarzystwo, gdy pojawia się obca osoba), izolacja funkcjonalna (to zakaz wykonywania niektórych czynności, które mogłyby wpłynąć niekorzystnie na ciążę lub poród albo w czasie wykonywania których



kobieta mogłaby swoje właściwości kalające przenieść na jakiś przedmiot przez dotyk; u niektórych Romów ciężarna nie może podawać do stołu, obowiązek ten przejmuje zwykle matka, siostra lub teściowa). Obecnie jednak większość zakazów dotyczących ciężarnych nie do końca jest respektowana w życiu codziennym. Niektóre sytuacje wymuszają wykonywanie pewnych czynności domowych przez przyszłą matkę, zwłaszcza gdy nie może ona liczyć na pomoc innych kobiet. Ciężarne Romki uwzględniają też zakazy i nakazy natury zdrowotnej – nie mogą wykonywać gwałtownych ruchów, przemęczać się i nosić ciężkich rzeczy. Podczas porodu i po nim położnica jest największym źródłem skalania dla osób i miejsc w których przebywa, oraz przedmiotów, których dotyka. Obecnie porody odbywają się w szpitalu. Hospitalizacja pomaga odizolować w tym okresie kobietę od społeczności romskiej. Romki starają się wybierać te oddziały położnicze, na których mogą przebywać w osobnych pokojach. Wolą być obsługiwane przez personel żeński. Przy porodzie nigdy nie ma ojca dziecka. Mógłby on ulec skalaniu przez samo przebywanie w miejscu, w którym są rodzące i położnice. Po porodzie, maksymalnie do pół roku, kobieta ma szczególne „właściwości kalające”. Miejsmem izolacji jest mieszkanie. Odosobnienie ma charakter funkcjonalny i dotyczy wypełniania takich obowiązków domowych jak pranie, sprzątanie i gotowanie. Przejmuje je zwykle matka lub teściowa. Młoda matka nie może podawać do stołu czy też używać tych samych rzeczy co inni członkowie rodziny (talerze, kubki, sztućce, ścierki, ręczniki itp.). Kontaktuje się z kobietą która jej pomaga. Po zakończeniu okresu izolacji wszystkie rzeczy używane przez kobietę zostają wyrzucone. W społeczności romskiej również noworodek ma właściwości kalające i z tego też powodu w początkowym okresie kontakt ojca z dzieckiem jest ograniczony, a dziadek często nie dotyka wnuka czy wnuczki nawet przez 3 miesiące od urodzenia. Jednak, gdy małżonkowie pozostają sami i nikt z rodziny tego nie widzi, ojciec może przytulać i całować dziecko. Zdarza się, że w razie konieczności pielęgnuje dziecko, karmi je z butelki, robi zakupy i przygotowuje posiłki dla rodziny. Dzieje się tak zazwyczaj w społecznościach romskich, które w dużym stopniu zasymilowały się ze społeczeństwem nie romskim. Natomiast w grupie Romów koczowniczych mężczyzna nie wykonuje tych czynności, aby nie wchodzić w role kobiece i nie stracić wizerunku prawdziwego mężczyzny. W grupie Polska Roma chrzest dziecka ma istotne znaczenie, gdyż zmienia jego status. Dziecko przestaje się uznawać za skalane i wita się jako nowego członka społeczności.

Zadania pielęgniarki/położnej są następujące:

- uzyskanie wiedzy na temat nakazów obyczajowych obowiązujących pacjentkę oraz jej przyzwyczajień i upodobań;
- upewnienie się, że przekazywane informacje pacjentce (rodzinie) są przez nią (nich) prawidłowo rozumiane i akceptowane;
- umycie rąk, wręcz ostentacyjnie, przez pielęgniarkę na sali chorych, tak aby pacjentka widziała, że czynność ta została wykonana bardzo dokładnie;
- zapewnienie pacjentce warunków intymności i, jeśli to możliwe, umieszczenie jej w osobnym pokoju;
- umożliwienie przeprowadzenia badania lekarskiego pacjentki przez personel żeński i w obecności drugiej kobiety – Romki, np. matki, teściowej, siostry, córki lub babki pacjentki;
- umożliwienie pacjentce odbycia porodu w obecności personelu żeńskiego;
- używanie, jeśli to możliwe, sprzętu jednorazowego użytku (misek, basenu, miski nerkowatej, prześcieradeł);
- używanie osobnych ręczników, mydła i misek do wykonywania toalety górnej i dolnej partii ciała oraz przechowywanie ich na osobnych półkach;
- nieukładanie na jednym miejscu poduszek razem ze spodnią pościelą (prześcieradłem, podkładem, kocem); nieukładanie koca i prześcieradła częścią, która do tej pory spoczywała w okolicy nóg, przy twarzy czy pod głową pacjenta, ze względu na segregację „brudne – czyste”;
- umożliwienie pacjentce korzystania z rzeczy osobistego użytku, np. sztućców, kubków, talerzy i, jeśli to możliwe, także bielizny osobistej i pościeli;
- w wypadku gdy położnicy należy dostarczyć dodatkowy sprzęt czy wyposażenie, poproszenie o to kobiety z rodziny pacjentki;
- przekazywanie informacji dotyczących pielęgnacji i sposobu odżywiania podczas porodu kobiecie o największym autorytecie w rodzinie, w obecności pacjentki; najlepszą formą jest omówienie ich i przekazanie w formie pisemnej;
- jeżeli rodzina przynosi położnicy do szpitala pokarmy sporządzone w domu – omówienie ich składu i sposobu przyrządzenia.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci

Śmierć (meriben) dla Roma jest zjawiskiem związanym ze szczególną aktywnością sił nadprzyrodzonych, a wiara w te siły jest powszechna we wszystkich grupach romskich. Romowie zamieszkujący tereny Polski podlegają polskiemu ustawodawstwu i z tego powodu wszelkie formalności dotyczące pochówku są jednakowe dla Romów i Polaków. Zachowały się specyficzne tradycyjne rytuały i obrzędy dotyczące samego zmarłego i pogrzebu oraz okresu po pogrzebie. Kiedy Rom staje w obliczu śmierci, informacja o tym dociera do całej rodziny. Wszyscy pojawiają się obok umierającego, chcąc w ten sposób okazać szacunek i przywiązanie oraz uzyskać przebaczenie za wyrządzone w przeszłości szkody osobie umierającej, a także oczekując błogosławieństwa dla siebie, rodziny i zgromadzonych bliskich. W chwili śmierci zapala się świecę. Nagła śmierć młodej osoby może wywołać u krewnych taki wstrząs, że są skłonni do niekontrolowanych zachowań. Romów obowiązuje ścisła żałoba; w tym okresie nie wykonuje się żadnych czynności, nawet prania, zmywania, gotowania, golenia czy mycia. Zwyczaj ten jest ściśle przestrzegany w grupie Polska Roma. W domu zakrywa się lustra, a z naczyń wylewa wodę. Dotykanie osoby zmarłej może grozić skalaniem, dlatego osobę tę obmywa się i ubiera tuż po śmierci lub wzywa się pracowników zakładu pogrzebowego, którzy wykonują te wszystkie czynności. Pozostałe po zmarłym rzeczy są palone lub wyrzucane. Dotyczy to odzieży i naczyń oraz rzeczy osobistych. Coraz częściej wyprzedaje się rzeczy zmarłego, lecz nie innym Romom (skalanie). W grupie Bergitka Roma istnieje zwyczaj zabierania sobie na pamiątkę po zmarłym jakiejś drobnej rzeczy, np. zegarka lub lusterka.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- umieszczenie umierającego, jeśli warunki na to pozwalają, w osobnej sali; ważne, aby pacjent nie leżał na sali koedukacyjnej; problem ten może pojawić się przede wszystkim na oddziałach intensywnej terapii;

- *jak najszybsze powiadomienie rodziny o stanie chorego;*
- *umycie rąk przez pielęgniarkę na sali chorych;*
- *udzielenie informacji o działaniach pielęgnacyjnych osobie o największym autorytecie w rodzinie: ojcu, synowi, wujowi lub dziadkowi; jeżeli pacjentem jest kobieta, informacji zwykle udziela się najstarszej kobiecie w rodzinie: babce, matce lub teściowej;*
- *umożliwienie przebywania rodzinie przy osobie umierającej, nawet jeżeli to będzie liczna grupa;*
- *ograniczenie do minimum wchodzenia na salę chorych w chwili, gdy rodzina uzyskuje błogosławieństwo od umierającego, gdy żegna się z chorym lub modli wraz z duchownym;*
- *umożliwienie pacjentowi kontaktu z dziećmi w przypadku grupy Bergitka Roma (Romowie Karpaccy), mimo, że przepisy szpitalne zwykle nie pozwalają na odwiedziny dzieciom poniżej 14 roku życia; jest to bardzo ważne dla obu stron: pacjenta i dziecka, gdyż służy uzyskaniu błogosławieństwa przez dziecko;*
- *wykonywanie wszystkich czynności przy chorym bez angażowania w pomoc rodziny – w przypadku grupy Polska Roma kontakt fizyczny z chorym i jego rzeczami osobistymi może dla nich skutkować skalaniem; Romowie z grupy Bergitka są skłonni do pomocy przy chorym;*
- *umożliwienie osobom czuwającym przy umierającym zapalenia świecy;*
- *wykonanie toalety pośmiertnej tuż po stwierdzeniu zgonu;*
- *umożliwienie osobom czuwającym przy umierającym umycia rąk przed wyjściem z oddziału;*
- *zapoznanie rodziny z obowiązującymi w szpitalu przepisami dotyczącymi przeprowadzenia sekcji zwłok.*

Społeczności romskie są bardzo zróżnicowane, co wynika z oddziaływania kultur, języków i religii krajów, w których dłużej żyli, dlatego też opisanych zwyczajów i norm postępowania nie należy uważać za standardowe, a każdy przypadek rozpatrywać indywidualnie.

Piśmiennictwo:

1. Anna Majda, Joanna Zalewska – Puchała, Beata Ogórek – Tęcza. **Pielęgniarstwo trans kulturowe.** Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2016 s. 150 – 173.
2. Elżbieta Krajewska – Kułak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora – Kornatowska. **Problemy wielokulturowości w medycynie.** Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 51- 56; s. 172; s. 211, s. 334-335; s. 348.
3. Joanna Zalewska – Puchała, Anna Majda. **Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej.** Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej. Kraków 2014.

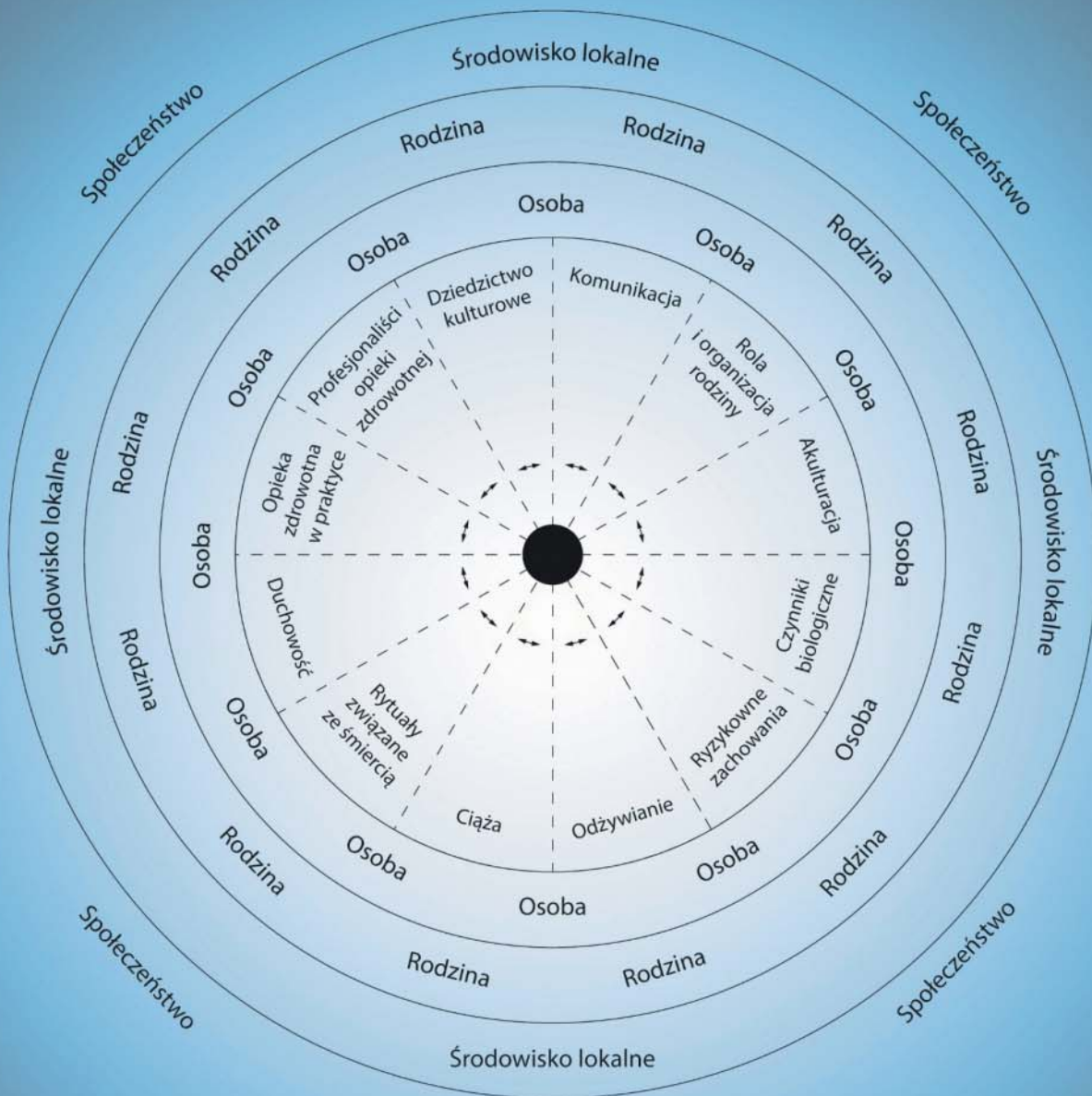
Szanowne koleżanki i koledzy,

W następnym Impulsie przedstawię zagadnienie komunikowania międzykulturowego, m.in. model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizara oraz charakterystykę religii świata: buddyzm, hinduizm, katolicyzm.

Serdecznie pozdrawiam i życzę dużo zdrowia.

Barbara Kaliwoda







 Nieświadomie niekompetentny — Świadomie niekompetentny — Świadomie kompetentny — Nieświadomie kompetentny

Model kompetencji kulturowych Purnell