IMPULS

ISSN 1230-5901 Suplement do nr 3-4 (311-312), WARSZAWA, grudzień 2021 r.



TRANSKULTUROWOŚĆ

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

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Zapraszam Was w podróż, aby przybliżyć i ubogacić podejście humanistyczne do człowieka „homo homini". Jesteśmy już krajem wielokulturowym i często zastanawiamy się czy na przestrzeni lat zatarciu uległy różnice kulturowe. Proces ujednolicenia posunął się daleko i w niektórych rejonach świata pod wpływem inwazji kultury masowej zmalały różnice. Uległy one ukryciu, ale dalej występują. Żyjemy w różnych zakątkach świata i wielokulturowość to przede wszystkim stan naszej świadomości, a następnie naszych ludzkich zachowań. Porównując nas z innymi kulturami rozszerzamy naszą wyobraźnię. Po wstąpieniu do Unii Europejskiej otworzyły się granice państw, zaczęliśmy podróżować i zwiedzać najróżniejsze zakątki naszej ziemi. Świat jest piękny i szkoda byłoby go nie zobaczyć. Pełen zupełnie nowych wrażeń, widoków, smaków i zapachów. Każde nowe miejsce jest zupełnie inne, pełne nowych doznań i inspiracji. Nasiliła się również migracja ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo również do naszego kraju. Wiedza na temat różnic kulturowych ludzi korzystających z naszych świadczeń zdrowotnych jest dla pracowników ochrony zdrowia niezbędna. Musimy postrzegać pacjentów nie tylko przez pryzmat ich potrzeb biologicznych, społecznych i zdrowotnych, ale również pod kątem wierzeń, wyznawanej religii. Przybliżenie pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym znaczenia wrażliwości kulturowej w opiece nad pacjentami jest jednym z wielu naszych zadań.

„Twoja praca wypełni dużą część Twojego życia i jedyny sposób na to, aby być prawdziwie spełnionym to robić to, co wierzysz, że jest świetną robotą. A jedyny sposób na robienie świetnej roboty to kochanie tego, co robisz. Jeśli jeszcze tego nie znalazłeś, szukaj dalej. Nie spoczywaj".

Steve Jobs

Anna Dudzińska
Przewodnicząca
Warszawskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Redakcja:

Wisława Ostręga
– przewodnicząca Kolegium Redakcyjnego

Kolegium Redakcyjne:
Nikoleta Broda
Danuta Mioduszewska
Monika Szydłowska
Bożena Pawłowska

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
Redakcja Biuletynu
ul. Żelazna 59, VII piętro,
00-848 Warszawa
e-mail: wostrega@interia.pl
http://www.woipip.pl
tel. 22 826-84-77

Godziny pracy biura:

poniedziałki, wtorki
i środy 8:00 – 16:00
czwartki 8:00 – 17:00
piątki 8:00 – 15:00

Spis treści

Komunikowanie się w pielęgniarstwie – zasady ogólne **5**
Różnice kulturowe w komunikowaniu się ludzi **9**
Komunikacja międzykulturowa – dialog wielokulturowy **16**
Pośrednik międzykulturowy 21
Model TOPOI. Systemowo-teoretyczne podejście do komunikacji międzykulturowej 22
Inny model pielęgniarstwa transkulturowego – model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare **24**
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi buddyzm **27**
Wprowadzenie do zagadnień buddyzmu 27
Buddyzm, a opieka medyczna 32
Stosunek buddyzmu do zdrowia, choroby i śmierci 33
Styl życia wyznawców buddyzmu 34
Zwyczaje żywieniowe – dieta w buddyzmie 35
Stosunek buddyzmu do transplantacji narządów i transfuzji krwi 35
Stosunek buddyzmu do antykoncepcji i planowania rodziny 36
Stosunek buddyzmu do sztucznego zapłodnienia 36
Stosunek buddyzmu do aborcji 36
Stosunek buddyzmu do eutanazji 37
Stosunek buddyzmu do kremacji i sekcji zwłok 37
Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą 37
Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem 38
Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem 39
Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci 39
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi hinduizm **40**
Wprowadzenie do zagadnień hinduizmu 41
Hinduizm, a opieka medyczna 50
Stosunek hinduizmu do zdrowia, choroby i śmierci 51
Styl życia wyznawców hinduizmu 51
Stosunek hinduizmu do transplantacji narządów i transfuzji krwi 54
Stosunek hinduizmu do sztucznego zapłodnienia 54
Stosunek hinduizmu do antykoncepcji i planowania rodziny 54
Stosunek hinduizmu do aborcji 55
Stosunek hinduizmu do kremacji i sekcji zwłok 55
Stosunek hinduizmu do eutanazji 55
Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą 56
Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem 56
Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem 57
Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci 58
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi katolicyzm **59**
Wprowadzenie do zagadnień katolicyzmu 59
Stosunek Kościoła katolickiego do zdrowia, choroby i śmierci 65
Styl życia wyznawców Kościoła katolickiego 66
Stosunek Kościoła katolickiego do transplantacji narządów i transfuzji krwi 68
Stosunek Kościoła katolickiego do sztucznego zapłodnienia 69
Stosunek Kościoła Katolickiego do antykoncepcji i planowania rodziny 69
Stosunek Kościoła katolickiego do aborcji 70
Stosunek Kościoła katolickiego do kremacji i sekcji zwłok 70
Stosunek Kościoła katolickiego do eutanazji 70
Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą 71
Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem 71
Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem 72
Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci 73
Podsumowanie **74**



Szanowni Państwo,
Szanowne Koleżanki i Koledzy,

To dla mnie wielka radość spotkać się ponownie z Państwem na łamach Impulsu i kontynuować opisywanie różnorodności kulturowej w opiece pielęgniarskiej. Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami przedstawiam wiedzę z zakresu komunikowania międzykulturowego oraz uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi: buddyzm, hinduizm oraz katolicyzm.

Mam nadzieję, że uda mi się w sposób jasny i zwięzły na podstawie fachowej literatury opisać odrębności kulturowe i wynikające z nich zapotrzebowanie na zróżnicowaną opiekę pielęgniarską oraz skuteczne komunikowanie międzykulturowe. Wierzę, że wzbogacę wiedzę Szanownych Koleżanek i Kolegów z tego trudnego i złożonego zagadnienia, co powinno przyczynić się do ułatwienia wykonywania codziennej pracy pielęgniarek.

Serdecznie Państwa pozdrawiam i zapraszam do lektury.

Z wyrazami szacunku i poważania.

Barbara Kaliwoda, pielęgniarka, magister socjologii



„Obywatele wszystkich istniejących dziś państw zamieszkują jedną kulę ziemską i możemy albo współpracować, albo wzajemnie się niszczyć. Z praktycznego punktu widzenia warto rozróżnić to, co wspólne, od tego, co odmienne".

Geert Hofstede, Kultury i organizacje

Komunikowanie się w pielęgniarstwie – zasady ogólne

Życie ludzkie to ciągły proces komunikacji. Każdy człowiek pragnie zrozumienia, ponieważ jest to niezwykle istotny aspekt ludzkiej egzystencji. Bycie zrozumiałym to uczucie komfortowe, to bliskość, bezpieczeństwo, poczucie wspólnoty. Ludzie porozumiewają się ze sobą po to, aby: wyrazić swoje myśli, przekonania, pragnienia, emocje, odczucia, wymienić posiadane informacje, uzgodnić poglądy, wydać polecenia, wykonać wspólne zadania, uzyskać pomoc i pomagać innym, uczyć się i nauczać, bawić się, kreować siebie i otoczenie.



Komunikowanie się ludzi jest dążeniem do dialogu, pełniejszej formy porozumiewania się. W dialogu nie ma jedynie dążenia do formułowania komunikatu, który ma „być zrozumiany", ale istnieje również chęć i otwartość „zrozumienia drugiego człowieka". Szczególne znaczenie ma dialog ludzi, którzy znaleźli się w specyficznych niecodziennych sytuacjach. Taka sytuacją jest spotkanie pielęgniarki z pacjentem.

Drugi człowiek jako Inny. Poznajemy Innego poprzez siebie. Dotarcie do człowieka jako osoby wymaga przede wszystkim swoistej zmiany nastawienia. Rozumienie Innego to przede wszystkim komunikowanie się. Komunikowanie interpersonalne jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Nawiązanie kontaktu z osobą chorą nie jest łatwe, dlatego zdolności komunikacyjne powinny być rozwijane już od pierwszego dnia studiów i pogłębiane w ciągu następnych lat nauki, a później w pracy zawodowej. **Studenci, pielęgniarki muszą posiąść niezbędne umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalne**. Z jednej strony zagwarantuje to choremu poczucie bezpieczeństwa i wyeliminuje negatywne emocje związane z trudnościami porozumienia się z personelem, a z drugiej pozwoli pielęgniarce na lepsze zrozumienie potrzeb pacjenta i większą satysfakcję z wykonywanej pracy. Relacja pielęgniarka – pacjent (spotkanie człowieka z człowiekiem) pozwala wchodzić w dialogiczną interakcję z drugim człowiekiem.

Pozbawienie relacji interpersonalnych dezintegruje proces pielęgnacji, a pacjent może nawet stracić cechy człowieczeństwa. Pielęgniarstwo jest to jeden z zawodów medycznych, których nieodłącznym elementem jest ciągły kontakt z drugim człowiekiem. Polega na nieustających relacjach miedzy ludzkich opartych na komunikowaniu.



„Spotkanie takie jest czymś więcej, niż samo współistnienie ludzi, czymś więcej niż ich współobecność „obok siebie", jak np. w tłumie. W spotkaniu tego rodzaju ludzie stają „naprzeciw siebie". Do spotkania człowieka z człowiekiem dochodzi wówczas, gdy każda z jego stron reaguje na drugą stronę i gdy jest źródłem aktywności zorientowanej na drugą stronę".

Węgrzycki 1992, s.91



„Człowiek rozumny jest rządcą swego języka. Bez jego woli słowo z ust się nie wymyka"

z Saadiego, Gulistan

Współczesna pielęgniarka nie może być prawdziwą profesjonalistką bez umiejętności właściwego przekazywania swojej wiedzy, poglądów, emocji, uczuć oraz odpowiedniej interpretacji wiadomości przesyłanych jej przez pacjenta. **Celem komunikacji pielęgniarki z ludźmi objętymi jej troską jest wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji, udzielanie skutecznej pomocy.** Człowiek jest istotą społeczną. Jest fizycznie, psychicznie i kulturowo zależny od drugiego człowieka. Dla prawidłowego przebiegu komunikacji miedzy pielęgniarką a pacjentem istotne jest, aby wartości obydwu stron nie były ze sobą w konflikcie, np. zdrowie pacjenta jest wartością dla pielęgniarki, dla pacjenta, który nie ma woli życia, nie stanowi ono wartości.

Zadaniem pielęgniarki w procesie komunikowania powinno być **uzyskanie porozumienia i aktywności osoby objętej opieką w realizacji wspólnie określonych celów**: potęgowania, ochrony, naprawy zdrowia oraz przyjęcia za nie odpowiedzialności. Tak przebiegające interakcje oparte są na współpracy, kooperacji i udzielaniu różnych form wsparcia. Sposoby komunikowania się mogą być modyfikowane przez uczestników interakcji w zależności od oczekiwanych rezultatów. Zdolność nawiązywania kontaktów jest czynnikiem opiniotwórczym akcentowanym przez pacjentów i ich bliskich: pacjenci oceniają swych lekarzy i pielęgniarki nie tylko pod względem ich fachowości, ale przede wszystkim od strony ich człowieczeństwa. Subiektywnym wskaźnikiem skuteczności działań terapeutycznych i opiekuńczych personelu medycznego jest zadowolenie pacjenta ze świadczonych usług. Stopień zadowolenia ze sposobów leczenia i pielęgnowania (jeden z mierników jakości usług medycznych) uzależniają oni od jakości komunikacji interpersonalnej. Pacjenci oczekują szacunku, indywidualnego traktowania, zainteresowania ich osobą, odczuciami, wahaniami w procesie podejmowania decyzji, zwracają uwagę na terapeutyczne znaczenie dotyku i serdeczności w pielęgnowaniu. Prawidłowe komunikowanie jest bardzo ważne w rozbudzaniu nadziei i zainteresowania pacjenta możliwościami uczestniczenia w leczeniu, samo opiece i samo pielęgnacji, pokonywaniu bezradności, pobudzaniu do aktywnego uczestniczenia w przejmowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie.

Taki rodzaj komunikacji interpersonalnej śmiało można określić terapeutyczną. Służy temu umiejętność odczytywania komunikatów, prowadzenia rozmowy, przekonywania, słuchania, budzenia zaufania i zapewnienia atmosfery poufności, udzielania wsparcia (informacyjno-emocjonalnego lub psychoterapeutycznego).

Aby sprostać oczekiwaniom pacjentów i ich rodzin oraz zrealizować zadanie zawodowe, jakim jest kształtowanie terapeutycznych relacji z pacjentem, pielęgniarka powinna: charakteryzować się szczególnymi cechami osobowości, humanistyczną postawą, głębokim zainteresowaniem człowiekiem i troską o jego dobro, poszanowaniem godności i praw człowieka, opartą na empatii, gotowością świadczenia opieki i pomocy; posiadać wiedzę o człowieku, zdrowiu, chorobie, czynnikach na nie wpływających; znać i rozumieć siebie; znać swoich podopiecznych i traktować ich indywidualnie; dobierać formy i metody przekazu tak, by stał się dla odbiorcy jasny i czytelny; odczytywać i interpretować otrzymane od podopiecznych komunikaty; tworzyć więzi z osobami; dawać wsparcie.

Dla tworzenia relacji miedzy pielęgniarką a podopiecznym istotny jest wybór stylu komunikowania. W praktyce pielęgniarskiej spotyka się zarówno partnerski, jak i nie–partnerski sposób komunikowania. Pielęgniarki dosyć często stosują zakazy i nakazy, narzucają swoje poglądy i wolę,

przyjmują role decydentów lub doradców, znających sposoby rozwiązywania wszystkich problemów pacjenta (wiedzą najlepiej, co jest dla pacjenta najlepsze), lub stosują zachowania uległe, nie licząc się z własnymi potrzebami, godząc się by je lekceważono, słuchano nieuważnie, zmieniają zdanie, a nawet przekonania, podporządkowują się pacjentowi w imię rzekomego poświęcenia na rzecz innych. Znacznie częstszym stylem akceptowanym w praktyce pielęgniarskiej jest **komunikowanie się partnerskie**, w którym pielęgniarka i jej podopieczny wzajemnie się akceptują i szanują, uznają własne potrzeby i oczekiwania partnera za tak samo ważne. Partnerski styl komunikowania się to uważne, aktywne słuchanie drugiej osoby, odczytywanie metakomunikatów, staranie się o czytelność przekazywanych komunikatów. W ten sposób łatwiej jest uzyskać informacje zwrotne zachęcające do dialogu. Pielęgniarka, której naprawdę zależy na skutecznym porozumiewaniu się z pacjentem i jego rodziną, powinna swoim zachowaniem dawać do zrozumienia, że ich sprawy rzeczywiście ja interesują: powinna nauczyć się słuchać, rozmawiać z nimi, rozwiązywać konflikty, nawiązywać i prowadzić otwarty dialog, udziec wsparcia. Komunikowanie się pielęgniarki z obiektem jej troski i opieki powinno być świadome, zamierzone, celowe, partnerskie, oparte na wiedzy i umiejętnościach skutecznego porozumiewania się i tworzenia prawidłowych relacji interpersonalnych.

Współczesne pielęgniarstwo, musi doskonalić międzyosobową wrażliwość i wyobraźnię dialogiczną. Sama sprawność komunikacji, choćby doskonała pod względem technicznym, nie zastąpi właściwej osobowej więzi z pacjentem. Wiedza teoretyczna, mimo iż stanowi warunek konieczny bycia pielęgniarką wykształconą i technicznie biegłą, nie oznacza warunku wystarczającego do bycia pielęgniarką dobą, a przede wszystkim mądrą i refleksyjną w dialogicznej interakcji z pacjentem.

Do dialogicznej relacji konieczne jest poznanie drugiego człowieka. Dialog pielęgniarki z pacjentem musi być prowadzony umiejętnie, bez pośpiechu i w pełnym zaufaniu obu stron. **Tym co powinno współtworzyć dialogiczną wieź pielęgniarki z pacjentem oraz przesadzać o jej wzajemności jest, między innymi, świadomość niezbywalności doświadczenia przez nią fenomenu samotności** (samotność wartością należącą do istoty osobowości człowieka), **ascetyzmu** (wyćwiczona wartość etyczna – humanistyczna wrażliwość dialogu), **milczenia** (niezbędne dla dialogu tło), **ciszy** (specyficzna relacja, duchowe doświadczenie – szczególna forma komunikacji), **otwartości** (postawa – wyraz akceptacji), **rozporządzalności** (forma troski, obdarowywania wzajemnego) i **nastroju dobra agatologicznego** (powściągliwość, łagodność, spokój, akceptacja, intymność, autonomia). Bez realizacji powyżej opisanych warunków, w dialogicznej relacji pielęgniarka – pacjent, pielęgniarce towarzyszyć będzie



„Każdy dialog zakłada istnienie wspólnego języka, albo lepiej kształtuje go".

H. G. Gadamer

„Dialog oznacza, że ludzie wyszli z kryjówek, zbliżyli się do siebie, rozpoczęli wymianę zdań. (…) Nikt nie zamyka się w kryjówce dobrowolnie, widocznie ma jakiś powód. Trzeba ten powód uznać. W pierwszym słowie dialogu kryje się wyznanie:… z pewnością masz trochę racji. Z tym idzie w parze drugie, nie mniej ważne: … z pewnością ja nie całkiem mam rację. Wyznaniami tymi obydwie strony wznoszą się, jakby ponad siebie, dążąc ku wspólnocie jednego i tego samego punktu widzenia na sprawy i rzeczy (…). ***Dialog to budowanie wzajemności".***

Ks. prof. Józef Tischner, Etyka solidarności.



lęk. Negatywny skutek takiego lęku, może wykluczyć możliwość wzajemnego porozumienia się – **upadek dialogu**. Wówczas dominującym odczuciem jest świadomość własnej bezradności i opuszczenia, które bezpośrednio prowadzi do wewnętrznej pustki. Dopiero umiejętne połączenie relacji do siebie samego z relacją wobec rzeczywistości zewnętrznej może sprawić, że pielęgniarka rzeczywiście będzie za pośrednictwem dialogu nie tylko z pacjentem, ale również dla pacjenta (humanistyczna wrażliwość). Między podmiotem i partnerem komunikowania się powstaje relacja interpersonalna. Jest to wzajemny intelektualny, emocjonalny, duchowy i fizyczny stosunek dwóch osób. Relacja pielęgniarka – pacjent jest relacją pielęgnacyjną, zbudowaną wokół celów określonych w procesie pielęgnacyjnym. Partnerami relacji pacjenta w jego sytuacji chorowania mogą być osoby bliskie, lekarz, pielęgniarka, psycholog, duchowny, współ-pacjenci, studenci odbywający kształcenie. **Aby proces komunikowania przebiegał bez zakłóceń konieczne jest zachowanie spójności miedzy komunikatami werbalnymi i niewerbalnymi** (pozasłownymi: gestykulacja, mimika, dotyk i kontakt fizyczny, wygląd, dźwięki paralingwinistyczne, wokaliza, spojrzenia, dystans fizyczny i przestrzeń, pozycja ciała, organizacja środowiska). By móc mówić o owocnej, tj. skutecznej i autentycznej komunikacji interpersonalnej, muszą być spełnione podstawowe warunki jej efektywności. Warunki te mają swój aspekt pragmatyczny i moralny równocześnie. **Nie może być skuteczny akt komunikacyjny naruszający podstawowe kanony moralne** (właściwa postawa moralna pielęgniarki wobec pacjenta). **Zaistnienie autentycznej komunikacji międzyludzkiej nie jest możliwe bez wzajemnego uznania osobowego statusu podmiotów wchodzących w relację komunikacyjną**. Uznanie pacjenta za partnera musi pociągać za sobą uznanie jego prawa do wszechstronnej i zrozumiałej informacji (lekarzowi czy pielęgniarce brak czasu, a często i umiejętności, by przekazać pacjentowi w zrozumiały sposób należną mu porcję informacji, wyjaśnić jego wątpliwości, sprostować błędne wyobrażenia o toczącej go chorobie, rozwijać obawy i pocieszyć, kiedy zachodzi taka potrzeba; często więc rezygnują w ogóle z próby komunikowania się z pacjentem, ograniczając się do wykonywania regulaminowych czynności). Ucieczka od partnerstwa może jednak zostać przez pacjenta odczytana jako wyraz lekceważenia, poniżenia i braku szacunku dla jego godności. Uznanie osobowego i partnerskiego statusu pacjenta w relacji z pielęgniarką wiąże się z uznaniem pacjenta takim, jakim on rzeczywiście jest z całym bagażem jego kulturowej, obyczajowej i psychologicznej odmienności i dostosowaniem własnych zachowań do jego oczekiwań w taki sposób, by współgrały one ze sobą, a przynajmniej nie powodowały niepotrzebnych konfliktów. Warunki organizacyjne lecznictwa, które ograniczają w pewnym stopniu swobodę postępowania obu stron, nie mogą jednak prowadzić do narzucania pacjentowi takich zachowań, które byłyby sprzeczne z jego poglądami, wyznaniem czy oczekiwaniami np. higieny osobistej. Ujawniona odmienność pacjenta nie może wpływać na stosunek do niego, nie może wywoływać lekceważenia jego osoby czy izolacji, lecz powinna spotykać się z pełnym zrozumienia podejściem. Respektowanie w możliwych granicach odmienności pacjenta, stanowi wyraz szacunku dla jego godności, natomiast w wymiarze psychologicznym wzmacnia jego wolę uczestnictwa w procesie komunikacyjnym. Uznanie inności, a nie jej jawne czy ukryte odrzucenie lub lekceważenie, sprawia, że pacjentowi łatwiej może przyjść przełamanie oporów w porozumiewaniu się z innymi. Uznanie odmienności pacjenta wymagać też może czasami od pielęgniarki ochrony tej inności przed otoczeniem – czy to przed innymi pacjentami, czy też przed pozostałym personelem medycznym. Budowanie relacji komunikacyjnej wymaga, by obie strony uznanie osobowego partnerstwa opierały na wzajemnym zaufaniu. Zwracając się ze swoimi problemami zdrowotnymi do profesjonalistów, pacjent oczekuje bowiem od nich podjęcia stosownych działań, zmierzających

do poprawy jego stanu. Proces komunikowania wymaga nie tylko nadawania, ale i odbierania komunikatów. Umiejętność odbioru, wsłuchania się w to, co ma do przekazania nadawca jest więc warunkiem sine qua non wszelkiego porozumiewania się.

Jak pisze Carl Rogers, **„bardzo często same słowa niosą jedną wiadomość, podczas gdy ton głosu mówi zupełnie co innego”** (Rogers 2002).

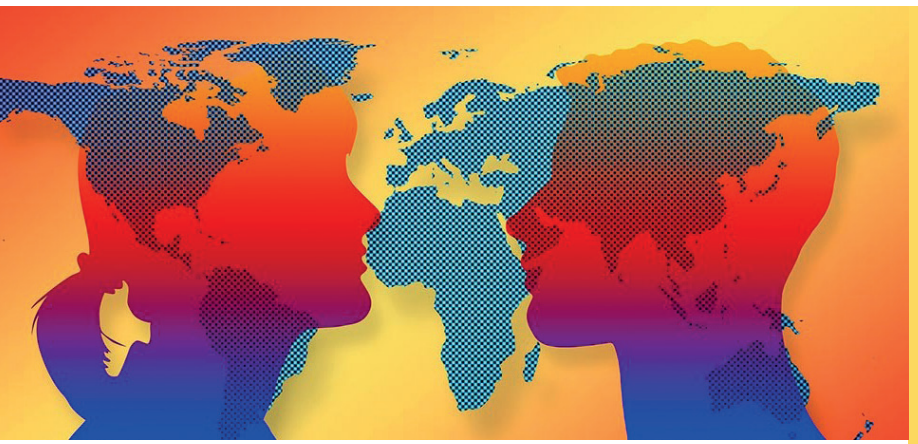
Dla właściwego odczytywania przekazywanych treści niezbędne jest zwracanie uwagi na kontekst przekazu i stan emocjonalny jego nadawcy. Umiejętność właściwego odbioru, **„aktywnego słuchania”** jest nie tylko jedną ze sprawności zawodowych, lecz także, a może przede wszystkim, wymogiem moralnym. Musimy jak powiadał Józef Tischner, wejść do kryjówki drugiego i poznać ją od wewnątrz, by móc zrozumieć, o co mu w istocie chodzi (Tischner 1982). Emocjonalne poznanie drugiego wymaga od odbiorcy empatii, pozwalającej wczuć się w stany duchowe tego, którego próbujemy wysłuchać i zrozumieć. Towarzysząca obecność, okazanie pacjentowi „ludzkiej twarzy” są tymi elementami postawy pielęgniarki, które wydatnie wpływają na poprawę komfortu psychicznego pacjenta, ułatwiając mu radzenie sobie z problemami. Przyczynić się też mogą w dużym stopniu do budowania i podtrzymywania więzi i zaufania miedzy pielęgniarką a pacjentem, stanowiących podstawę każdej interakcji komunikacyjnej.

Różnice kulturowe w komunikowaniu się ludzi



Komunikowanie towarzyszy ludzkości od początków jej istnienia. Od zawsze stykały się ze sobą i przenikały wzajemnie różne kultury. Dawniej kontakty te miały charakter incydentalny, dziś zyskały status zjawisk częstych, codziennych, jak nigdy wcześniej. Jednym z efektów globalizacji jest zbliżenie ludzi ze wszystkich zakątków świata oraz fakt, że ponadnarodowe, wielowyznaniowe, wieloetniczne, wymieszane rasowo kontakty interpersonalne stały się możliwe. **Dzięki technologiom komunikacyjnym lepiej uświadamiamy sobie różnice pomiędzy nami a innymi ludźmi.** Przy umiejętnym wykorzystaniu technologie komunikacyjne mogą być jednym z narzędzi wzajemnego poznania. Geert Hofstede przypuszcza, że różnorodność kulturowa nie tylko utrzyma na współczesnym poziomie, ale nawet zwiększy się.

Różnorodność (diversity) wynika z odmienności funkcjonowania człowieka w wymiarze biologicznym, ekonomicznym, kulturowym, społecznym itp. Różnice kulturowe mogą stwarzać niewidzialne bariery i frustrować, ale mogą też budzić emocje pozytywne, zainteresowanie, fascynację, podziw. Im bardziej kultury są do siebie podobne, tym łatwiejszy, mniej konfliktowy, bardziej owocujący w pozytywne efekty będzie wzajemny kontakt społeczny między przedstawicielami tych grup. Odmienność może być



„Ludzie nigdy nie staną się jednakowi – zawsze będą takie sfery życia, w których będziemy tacy sami, ale też – takie, w których będziemy do siebie podobni i w końcu takie, w których będziemy się bardzo różnić. Pomimo to powinniśmy nauczyć się koegzystować w tej różnorodności, bez chęci upodabniania innych do siebie".

Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej, s.64.

źródłem niechęci i poczucia zagrożenia lub zaciekawienia, zachwytu. Aby spotkanie z Innym rozwijające, stymulujące, nastawione na kooperację, musi być On postrzegany jako osoba godna szacunku, ciekawa, wartościowa. W przeciwnym wypadku spotkanie może doprowadzić do wyzwolenia jednych z najgorszych ludzkich cech – agresji i chęci dominacji – które zaprzepaszczają szansę na współpracę. Różnic kulturowych należy spodziewać się w wielu obszarach / aspektach naszego życia, m.in.: w rozumieniu czasu; w postrzeganiu przestrzeni (blisko lub daleko od siebie); w wyrażaniu emocji (okazywanie wszelkich emocji lub jakieś tabu); w relacjach i zadaniach (ważniejsze są dobre relacje z ludźmi lub ważniejsza jest jakość wykonania zadania); w stosunku do władzy (wszyscy ludzie są równi lub są ważni i ważniejsi); w relacjach między płciami (role społeczne kobiet i mężczyzn są takie same lub role społeczne z zależności od płci są różne); w stylu komunikacji (preferowana jest komunikacja wprost lub „między wierszami").



Skuteczne komunikowanie wymaga znajomości i poszanowania różnic kulturowych w poglądach na świat i w zachowaniach, a także uwrażliwienia na różnice między stylami komunikowania się. Problemów wynikających z różnic kulturowych można uniknąć.

Warto jednak **w kontaktach z osobami z innych kręgów kulturowych pamiętać o tym, że**:

1. Choć ludzie są do siebie podobni, **nie są identyczni**;
2. Często to nie Inny stanowi problem, ale **problem tkwi w nas samych,** w patrzeniu na drugiego człowieka z własnej perspektywy kulturowej;

3. Prawo do błędu przysługuje tak samo Innemu, jak i nam – ważne, aby z **wcześniejszych błędów wyciągać wnioski** i naukę na przyszłość;
4. To niekoniecznie prawda, iż to Inny powinien dostosować się do nas, **potrzebna jest chęć i dobra wola obu stron;**
5. Pozytywne nastawienie, cierpliwość, **poszanowanie odrębności może** (choć nie musi) **zapewnić porozumienie**.



Porozumiewanie się nie jest łatwe, nawet gdy dotyczy członków tej samej społeczności, co więcej, bywa problematyczne w obrębie własnej rodziny. Komunikacja ludzi z różnych kultur jest skomplikowana, ponieważ jest obarczona ryzykiem nieporozumienia lub błędu w odczuwaniu wzajemnych intencji i gestów. Aby komunikacja międzykulturowa była skuteczna i satysfakcjonująca obie strony, nie wystarczy posługiwać się tym samym językiem. Nawet doskonałe opanowanie języka osoby, z którą wchodzimy w kontakt, nie gwarantuje sukcesu, ponieważ wyraźne komunikaty przekazywane są także poprzez m.in. milczenie, ekspresję mimiczną twarzy, gesty, ruchy ciała, ton głosu, organizację przestrzeni, strój, stosunek do czasu, czyli elementy komunikacji niewerbalnej. Jak pokazują badania, charakter werbalny ma zaledwie 35% przekazu, pozostałe 65% to przekaz niewerbalny.

Kompetencja w zakresie komunikowania się z przedstawicielami innych kultur wymaga znajomości nie tylko jego wymiaru werbalnego i niewerbalnego, ale także poznania całego kontekstu kulturowego. Przyczyną wielu niepowodzeń w komunikowaniu jest ignorowanie różnic w sposobie myślenia naszych rozmówców. Aby skutecznie się komunikować, niezbędne jest poznanie innych kultur. **Komunikowanie międzykulturowe** (ang. intercultural communication) to **„wymiana wiedzy, idei, myśli, pojęć i emocji między przedstawicielami różnych kultur”**. Procesy komunikacji nie przebiegają w próżni, lecz w określonym kontekście. Uczestniczący w nich ludzie maja pewne oczekiwania, skłonności i nastawienia. Komunikacja to proces, w którego toku nadawca koduje pewien przekaz w postaci zbioru sygnałów. **Prawidłowe kodowanie** wymaga zrozumienia i poprawnego stosowania reguł dotyczących zachowań werbalnych i niewerbalnych. **Prawidłowe dekodowanie** opiera się na umiejętności stosowania reguł w celu interpretowania przekazów w sposób zgodny z intencjami nadawcy. W przypadku komunikacji międzykulturowej sytuacja się komplikuje, ponieważ na komunikację ogromny wpływ wywiera kultura, z jakiej pochodzą nadawcy i odbiorcy. **Kodowanie i dekodowanie, jest różne w różnych kulturach.** Każda kultura wytworzyła własne kody i skrypty kulturowe, czyli różne nieświadomie przypisywane znaczenia danemu przedmiotowi, oraz różne sposoby zachowań niewerbalnych (określonych obowiązującymi w danej społeczności zwyczajami, regułami, konwencjami). Komunikat, jaki wysyła jeden z uczestników interakcji, jest wyrażony w znanym tej osobie kodzie kulturowym, niestety nie musi on być znany osobie go odbierającej, która może mieć problem z jego odczytaniem, ponieważ używa innych kodów. Nie jest możliwe nauczenie się sposobów komunikowania wszystkich kultur (239 językami posługuje się dziś ponad milion ludzi, a w ogóle istnieje ich ponad 6 tys.). Dzięki podziałowi kultur na wysokiego i niskiego kontekstu – którego dokonał Edward T.Hall – komunikowanie się w kręgu nieznanej kultury staje się prostsze. Za kryteria posłużyły preferowane przez poszczególne kultury sposoby porozumiewania się. Ustalenie, z jakiej kultury, wysoko- czy nisko kontekstowej, pochodzi pacjent znajdujący się pod naszą opieką pozwala się zorientować, czego należy się spodziewać i jak odczytywać wysyłane przez niego komunikaty – tak werbalne, jak i pozawerbalne – pozwala uniknąć podstawowych błędów w diagnozach pielęgniarskich.

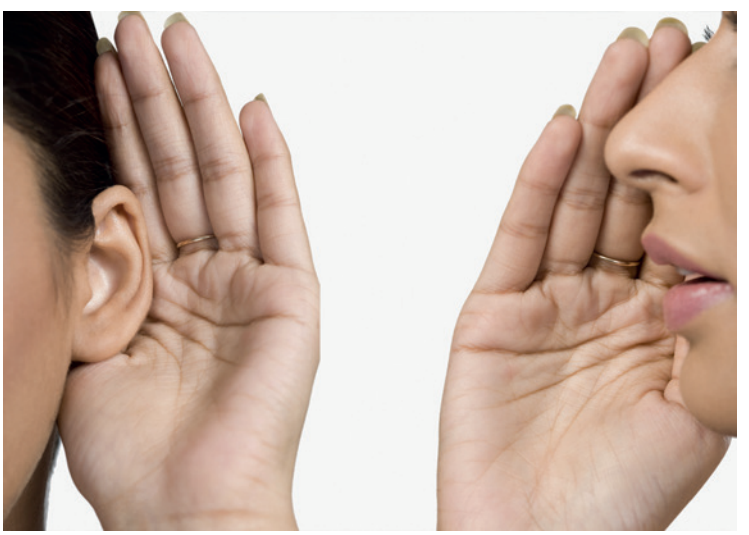
Kultury wysokiego kontekstu – którymi mamy do czynienia w krajach arabskich, śródziemnomorskich, Dalekiego Wschodu oraz krajach Afryki i Ameryki Południowej – nazywane są kulturami wieloznacznymi. W ich kręgu najważniejsze informacje zawiera kontekst, **ludzie mniej polegają na przekazie werbalnym**, a bardziej koncentrują się na sugerowanych czy implikowanych przez kontekst zasobach informacyjnych, słowa stanowią tylko dodatek, który często trzeba odrzucić, żeby zrozumieć prawdziwy przekaz. To, **przez kogo, w jaki sposób, w jakim czasie i w jakim kontekście wypowiedziane zostały dane słowa** – jest znaczącym elementem przekazu. Istotną rolę odgrywają takie elementy komunikacji jak: **ton głosu, dobór słów, mowa ciała.** Osoba tej kultury może wysyłać dużo mniej informacji, aby przekazać swój komunikat, a rozmówca będzie potrafił domyślić się wielu ważnych kwestii, które są istotą rozmowy. To odbiorca ma trudniejsze zadanie, to on musi odszyfrować komunikat tak, aby stał się dla niego jasny. Nieznajomość obyczaju, często bardzo skomplikowanego rytuału, mogą robić na przedstawicielu kultury nisko kontekstowej wrażenie, że ma do czynienia z niezwiązaną ze sprawą i zbędną gadaniną.



Kultury niskiego kontekstu, to np. kraje skandynawskie, germańskie kraje europejskie i kraje Ameryki Północnej. Komunikacja w tym obszarze wymaga wyrażania większości informacji w sposób bezpośredni. **Podstawowym kanałem przekazu informacji jest komunikacja werbalna**, natomiast komunikacja niewerbalna służy przede wszystkim jako komentarz do wybranych aspektów komunikowania słownego. **Ludzie tych kultur są zorientowani na bezpośredni, jasny przekaz słowny**, mają także tendencję do segmentowania i organizowania informacji. Mimika, gestykulacja i świadomości kontekstu sytuacyjnego i zwyczajowego są tu mniej obecne i mniej znaczące. Za komunikat odpowiedzialny jest nadawca, który musi sprawić, żeby był on jasny i czytelny dla odbiorcy. Osoby wywodzące się z tych kultur **potrzebują dużo dokładniejszych informacji**, nazywania rzeczy po imieniu, wymagają uszczegółowienia tła i źródła informacji, **oczekują wyraźnych instrukcji od osoby kompetentnej** i zorientowanej w sprawie.

Klasyfikacja Edwarda T. Halla została uzupełniona przez Williama Gudykunst i Stellę Ting-Toomey, o style komunikowania:

Styl bezpośredni / nie wprost – pierwszy sposób to mówienie prosto w oczy (rozmówca ujawnia prawdziwe intencje i zamiary, potrzeby i pragnienia), drugi ukrywa rzeczywiste pragnienia lub intencje i wymaga domyślania się z kontekstu; **Styl rozwinięty / zwarty** – komunikacja uwzględnia liczbę wypowiadanych słów i złożoność wypowiedzi. **Styl rozwinięty** jest metaforyczny i kwiecisty. **Styl zwarty** to skupienie wypowiedzi na konkretach; **Styl osobisty / kontekstowy** – odnosi się do stopnia, w jakim osoba mówiąca podkreśla swoją osobę w interakcji, w przeciwieństwie do jej roli społecznej. W stylu osobistym dominuje zaimek „ja"; Styl instrumentalny / uczuciowy – określa wagę stron i kierunek interakcji. **Styl instrumentalny** jest zorientowany na nadawcę komunikatu i koncentruje się na zadaniu, a **styl uczuciowy** orientuje się na odbiorcę i faworyzuje proces komunikowania.



Wymiary Edwarda T. Halla, jak i style Williama Gudykunsta i Stelli Ting-Toomey określają jedynie pewna średnią zachowań i sposobów komunikowania się, charakterystycznych dla danej kultury. W konkretnych, jednostkowych przypadkach oraz zależnie od kontekstu

i sytuacji różni przedstawiciele tych kultur będą realizować zmodyfikowane formy komunikowania i zachowania. Mowa niewerbalna może okazać się niebezpiecznym narzędziem w rękach nieumiejętnego rozmówcy. Niektóre drobne różnice behawioralne dzielące kultury, jak np. sposób podawania (lub niepodawania) ręki oraz gestykulacja i mimika podczas powitania, postawa ciała czy ton głosu stają się źródłem napięć w codziennym kontakcie interpersonalnym, wprowadzając do wzajemnych stosunków element niezręczności, zakłopotania, zdziwienia.

Procesy komunikacji zawsze przebiegają w kontekście. Uczestnicy mają pewne skłonności i nastawienia, a wypowiadanym słowom towarzyszą gesty, postawy i inne zachowania, które są istotnym kanałem informacyjnym. Uczymy się używania i znaczeń słów, budowania zdań, ale nikt nie uczył nas odkodowywania większości znaczeń zachowań niewerbalnych – wzrastając w swojej kulturze, nabywamy tę zdolność automatycznie, nieświadomie, mimowolnie. **Komunikację niewerbalną** można podzielić na dwie ogólne kategorie: zachowania niewerbalne i elementy pozawerbalne (niezachowania). **Zachowania niewerbalne** – mogą być inaczej odkodowywane przez przedstawicieli różnych kultur; do zachowań niewerbalnych należą: mimika; ruchy głowy, dłoni i ramion (gesty) oraz nóg; pochylenie i pozycja ciała; ton głosu oraz inne jego cechy, m.in. barwa, tempo, intonacja, cisza; przestrzeń interpersonalna; zachowania związane z dotykaniem; spojrzenie i uwaga wzrokowa; uśmiech. **Niewerbalna komunikacja poza behawioralna** – nie wiąże się bezpośrednio z konkretnymi zachowaniami, ale ma wpływ na przebieg i charakter komunikacji. Są to: fizyczne cechy (atrakcyjność, zapach, wzrost, masa ciała, kolor oczu, włosów); artefakty, czyli przedmioty (odzież, kosmetyki, okulary, biżuteria); czynniki środowiskowe (meble, dekoracja, kolorystyka, temperatura, hałas); czas spotkania, czas przybycia i odejścia, czas oczekiwania i sekwencje zabierania głosu – wykorzystanie czasu.



Różnice międzykulturowe w komunikowaniu dotyczą stopnia akceptowalności realizacji zachowań niewerbalnych, reguł określających kiedy i jakie zachowania są dopuszczalne, zabronione czy też oczekiwane oraz interpretacji i znaczenia przykładanego do różnych zachowań niewerbalnych.

Wśród czynników utrudniających komunikację (Laray M. Barna), oprócz **braku umiejętności interpretowania sygnałów niewerbalnych** spowodowanych nieznajomością kultury rozmówcy oraz braku kompetencji językowych **wskazuje dodatkowo cztery**:

1. **Zakładane podobieństwo** – to błędne założenie, że wszyscy ludzie są tacy sami, a przynajmniej podobni, w związku z czym, nie powinno być problemu z tzw. dogadaniem się.
2. **Stereotypy i uprzedzenia** – to procesy psychiczne, które wpływają na postrzeganie osób i na komunikację. Nadmierne poleganie na nich może uniemożliwić obiektywne spostrzeganie i odbiór komunikatu oraz zniechęcić do poszukiwania wskazówek do interpretowania przekazu zgodnie z intencjami nadawcy.

3. **Skłonność do formułowania sądów wartościujących** – wartości kulturowe wpływają na nasze atrybucje, dotyczące ludzi i otaczającego świata.
4. **Wysoki poziom lęku i napięcia** – interakcje międzykulturowe wiążą się z lękiem i stresem, co może prowadzić do dysfunkcjonalnych procesów poznawczych i zachowań. Stres i lęk mogą wyolbrzymiać wszystkie inne przeszkody i sprawiać, że ludzie sztywno trzymają się formalnych interpretacji, upierają się przy stereotypach pomimo obiektywnych dowodów ich nietrafności, formułują niepochlebne oceny innych.

Przeszkody, które napotykamy podczas komunikacji międzykulturowej, mogą występować w zasadzie na każdym jej etapie, na wielu poziomach i dotyczyć wielu aspektów omawianego procesu. Uniwersalne wskazówki co do wchodzenia w interakcje z drugim człowiekiem, jak m.in.: uważność i usuwanie niepewności, „zachowanie twarzy", regulacja emocjonalna, umiejętność krytycznego myślenia, empatia oraz elastyczność i otwartość, mogą okazać się pomocne w doskonaleniu naszych umiejętności komunikacyjnych.

Uważność. Według Ellen J. Langer dzięki uważności ludzie zyskują świadomość swoich nawyków, skryptów umysłowych i oczekiwań kulturowych dotyczących komunikacji. Uważność to elastyczny stan umysłu, w którym to stanie jesteśmy aktywnie zaangażowani w teraźniejszość, zauważając nowe rzeczy i pozostając wrażliwi na kontekst. Uważność pozwala nam na nieustanne tworzenie kategorii umysłowych, pozostawanie otwartymi na nowe informacje i uświadamianie sobie wielości punktów widzenia. Dzięki niej zyskujemy świadomość rozmaitych zjawisk i procesów związanych z etnocentryzmem. Zdaniem Williama B. Gudykunsta wysoki poziom uważności stanowi przeciwwagę dla niepewności i lęku, a co za tym idzie – umożliwia skuteczna komunikację. Usuwanie niepewności – według Davida Matsumoto jest jednym z najważniejszych celów, do jakich dążą rozmówcy w początkowej fazie interakcji międzykulturowych. Zmniejszenie niepewności jest nieodzowne do przetwarzania treści odbieranych sygnałów i poprawnych interpretacji przekazów, pozwala też uniknąć wieloznaczności komunikatów.

Dopiero po usunięciu niepewności rozmówcy mogą skupić się na treści odbieranych sygnałów i komunikatów. Na poziom niepewności według Williama B. Gudykunsta wpływają trzy typy czynników: czynniki motywacyjne (indywidualne potrzeby uczestników interakcji, ich wzajemna atrakcyjność, więzi społeczne, pojęcie „ja" oraz otwartość na nowe informacje); czynniki związane z wiedzą (oczekiwania, wspólne sieci, znajomość więcej niż jednego punktu widzenia, wiedza dotycząca konkurencyjnych interpretacji oraz świadomość podobieństw i różnic) i czynniki związane z umiejętnościami (zdolność do empatii, tolerowania wieloznaczności, dostosowania stylu komunikacji, tworzenia nowych kategorii, modyfikowania zachowań oraz poszukiwania i gromadzenia odpowiednich informacji).

Zachowanie twarzy. Według Stelli Ting-Toomey przedstawiciele różnych kultur powinni zwracać baczną uwagę na zniekształcenia poznawcze, afektywne i behawioralne, charakterystyczne dla swojego modelu kulturowego, a także filtry kulturowe, z jakimi wchodzą w interakcje. Inne sposoby rozwiązywania konfliktów należy wykorzystać w wypadku kultur indywidualistycznych, a inne w kolektywistycznych.

Osoby z kultur indywidualistycznych, powinny być świadome istotnego znaczenia godności osób z kultur kolektywistycznych, powinny przejawiać inicjatywę w rozwiązywaniu konfliktów o niewielkim nasileniu, unikać zachowań aroganckich, zdawać sprawę z ważnej roli spokojnej uważnej obserwacji i porzucić model działań skupionych bezpośrednio na problemach. Osoby z kultur kolektywistycznych, powinny być świadome założeń dotyczących rozwiązywania problemów osób z kultur indywidualistycznych, powinny skupić się na najważniejszych kwestiach i otwarcie wyrażać swoje myśli i opinie, starać się zachować asertywnie, brać odpowiedzialność za rozwiązanie problemu, udzielać werbalnych informacji zwrotnych i wysyłać bezpośrednie komunikaty słowne.

Regulacja emocjonalna. Według Davida Matsumoto konflikt stanowi nieodłączną część komunikacji międzykulturowej, dlatego niezwykle ważna jest umiejętność panowania nad negatywnymi reakcjami emocjonalnymi. Osoby, które to potrafią, będą w stanie angażować się w konstruktywne

procesy międzykulturowe, otwierające drogę ku bardziej udanym interakcjom z przedstawicielami innych kultur. Ludzie ci nie działają natychmiast pod wpływem emocji, nie pozwalają im determinować swoich myśli i działań. Wychodzą poza własne schematy kulturowe. Dzięki panowaniu nad emocjami możliwe jest krytyczne myślenie o przyczynach różnic kulturowych. Są elastyczni, otwarci na różne hipotezy. Dla osób, które tego nie potrafią, droga ta jest zamknięta. Emocje stanowią klucz do pozytywnych doświadczeń międzykulturowych.

Umiejętność krytycznego myślenia. Według Davida Matsumoto umiejętność krytycznego myślenia pozwala na otwarcie na nowe idee i punkty widzenia, uznania różnic kulturowych za normalne i uprawnione oraz daje świadomość własnych filtrów kulturowych i własnego etnocentryzmu.

Elastyczność i otwartość. Według Davida Matsumoto i Marka Szopskiego dzięki elastyczności i otwartości możemy zaakceptować różnice kulturowe lub przynajmniej je zrozumieć, cechy te pozwalają interpretować racjonalnie różnice i budować pozytywne relacje. Otwartość zakłada tolerancję dla niejednoznaczności i niepewności. Ludzie o niskim poziomie tolerancji dla wieloznaczności starają się potwierdzić swoje przekonania, mogą być nieczuli na informacje płynące z zewnątrz i zmieniające dotychczasową wiedzę.

Empatia. Według Marka Szopskiego empatia to uważne słuchanie drugiej osoby, próba wczucia się w jej stan lub sytuację oraz bycie zainteresowanym tym, co ma ona do powiedzenia lub przekazania. Uwrażliwienie na potrzeby drugiej osoby oraz zrozumienie jej punktu widzenia jest szansą na osiągnięcie odpowiedniego poziomu wzajemności.

Adaptacja. Według Marka Szopskiego, rozumiana jako umiejętność przystosowania zachowania do sytuacji i osób, z którymi się komunikujemy, jest niezbędna do nawiązania skutecznej komunikacji. Taka zdolność wymaga zarówno kognitywnej (związanej z rozumieniem), jak i behawioralnej (związanej z zachowaniem) sprawności. Adaptacja dotyczy również celów interakcji oraz dostosowania się do różnych kontekstów. Niezbędne w kontaktach z drugim człowiekiem są: okazywanie szacunku, wnikliwość i chęć podjęcia wysiłku, zrozumienia innej kultury. Wszelkie zachowania etnocentryczne (nawet nieuświadomione okazywanie przeświadczenia o wyższości własnej kultury czy sposobu bycia) nie służą relacji z drugim człowiekiem. Szansą na pozytywny przebieg spotkania jest okazanie wrażliwości na odmienność kulturową oraz nastawienie na odbiór informacji w sposób otwarty i nieuprzedzony.

Ważne!

Przed spodziewanym kontaktem z osobą z innej kultury zastosowanie aktywnych strategii uczenia się, takich jak: czytanie poradników, przewodników, oglądanie filmów czy rozmowy z osobami, które mają doświadczenie w kontaktach międzykulturowych. W pierwszych kontaktach warto najpierw biernie obserwować zachowania rozmówców oraz przekazywać wiedzę o swojej kulturze i sobie. Marian Golka opisuje poziomy komunikowania za pomocą metafory architektonicznej, dzięki której wyodrębnia pewne stopnie porozumienia międzykulturowego. W tym ujęciu **kontakt może przebiegać na poziomie:**



Fasady – gdy zauważa się jedynie zewnętrzne cechy obcej kultury, np. odmienności języka;

Sieni – gdy zaczyna się rozumieć znaczenie pewnych przekazów, a także dostrzega zasadnicze różnice religijne, estetyczne i moralne;

Korytarza – gdy wszelkie różnice są w pełni czytelne i w umiejętny sposób odnoszone do cech własnej kultury i vice versa;

Salonu – gdy udaje się poznać wszystkie niuanse odmiennej kultury i z delikatnością do nich się odnieść, uzyskując podobną reakcję ze strony partnera interakcji.

Willam Howell jest autorem **skali kompetencji komunikacyjnej,** składającej się z czterech poziomów: **nieświadoma niekompetencja** – błędnie interpretujemy zachowania innych i nie jesteśmy tego świadomi; ś**wiadoma niekompetencja** – wiemy, że błędnie interpretujemy zachowania innych, ale nic z tym nie robimy; ś**wiadoma kompetencja** – myślimy nieustannie o naszej komunikacji i staramy się zmieniać nasze zachowania, aby osiągnąć większą skuteczność; **nieświadoma kompetencja** – rozwinęliśmy umiejętność komunikowania w takim stopniu, że nie musimy myśleć o tym, jak mówimy czy słuchamy. Punktem wyjścia w kształtowaniu umiejętności komunikacyjnych powinno być uświadomienie sobie odmienności „zaprogramowania" umysłowego, konstytuowaną kulturą wychowania. Następnie należy zdobyć wiedzę niezbędną do skutecznej komunikacji z przedstawicielami z odmiennych kręgów kulturowych. Powinniśmy również poznać tradycje, obyczaje, symbole narodowe, osoby znaczące w historii kraju itd. Nie musimy ani doskonale rozumieć, ani tym bardziej podzielać wartości i praktyk innych kultur, ale dzięki ich poznaniu możemy próbować uchwycić dzielące nas różnice. Ostatni etap to nabycie umiejętności rozpoznawania i używania symboli danej kultury, swobodnego rozwiązywania problemów związanych z życiem w nowym otoczeniu lub wśród Innych oraz czerpanie satysfakcji z przebywania w nowym środowisku. Komunikacji kulturowej nie można się nauczyć, ale można zrozumieć procesy wpływające na jej przebieg, dzięki temu unikać błędów w komunikacji. W procesie doskonalenia / uczenia się, zakłada się m.in. zdolność do zdystansowania się wobec wyznawanych przez siebie poglądów, uświadomienie różnorodności i wielości kultur, sposobów życia, systemów społecznych. Różnorodność to szansa na rozwój, ale równocześnie źródło konfliktów i problemów. Błędna interpretacja zachowania, gestów, ubioru lub mowy ciała może stać się powodem wielu kłopotliwych sytuacji. Aby sprostać wyzwaniom stawianym przez globalizację, życie, ale przede wszystkim pracę w zróżnicowanym kulturowo społeczeństwie, nieodzownym elementem praktyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia powinno stać się poznanie kultury, zwyczajów i norm krajów, których przedstawiciele są lub mogą się stać naszymi pacjentami.

Komunikacja międzykulturowa – dialog wielokulturowy

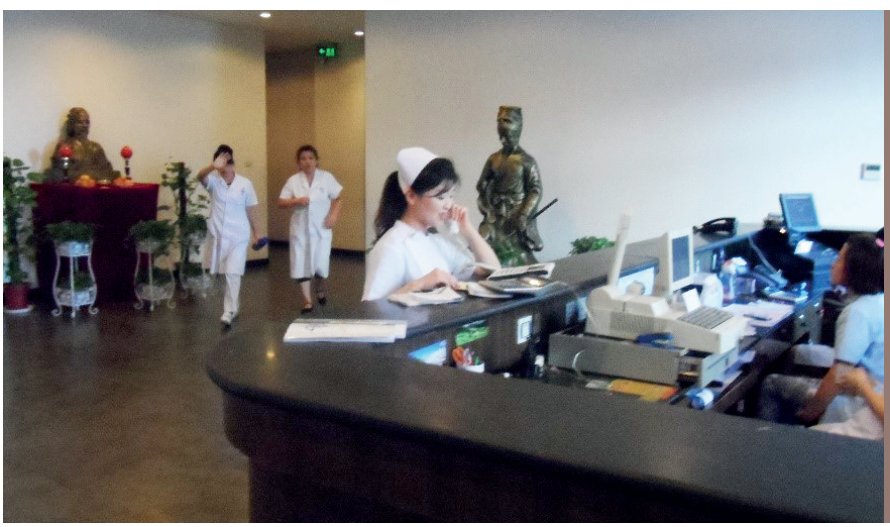


Żyjąc w wielokulturowym społeczeństwie, należy być wrażliwym na różnorodność i odmienność innych. Trzeba zważać na to, by swą postawą czy zachowaniem nie skrzywdzić innych tylko dlatego, że są inni. Grupy subkulturowe i inne mają prawo zaistnieć w społeczeństwie. Kompetencja międzykulturowa wydaje się umożliwiać rozwiązywanie problemów komunikacyjnych. Wiedza o innych kulturach pomaga, ale ważniejsza jest świadomość, że nie da się poznać wszystkiego. Można być wtedy otwartym, pełnym szacunku i nieuprzedzonym oraz z zainteresowaniem zadawać pytania. Dean nazywa to „poinformowaną niewiedzą" i twierdzi „problemy tworzą uprzedzenia i założenia osoby udzielającej pomocy, a nie różnice kulturowe". W przeszłości komunikacja wielokulturowa była raczej kwestią teoretyczną. W nieustannie zmieniającym się świecie zaistniał jednak wymóg poznania i poszukiwania nowych form komunikacji.



Komunikowanie międzykulturowe jako umiejętność niezbędna w kontaktach zawodowych pielęgniarek, które spotykają się w swojej pracy z coraz częstszymi przypadkami pomagania osobom odmiennym kulturowo.

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej spowodowało otwarcie granic, nasiliło migracje ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo, doprowadziło do wzrostu liczby imigrantów i uchodźców asymilujących się w Polsce oraz do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Powyższa sytuacja wymaga od pielęgniarek już nie tylko postrzegania pacjenta przez pryzmat jego potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i problemów zdrowotnych, ale także pod kątem potrzeb duchowych – wyznawanej religii czy wierzeń oraz pochodzenia społeczno-kulturowego. W tym kontekście wiedza na temat różnic kulturowych odbiorców usług zdrowotnych oraz kształtowanie wśród pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia wrażliwości międzykulturowej jest niezbędne.



„Zamiast potępiać ludzi, spróbujmy ich zrozumieć, zastanówmy się, dlaczego robią, to co robią. To o wiele korzystniejsze i bardziej intrygujące niż krytykowanie. To rodzi sympatię, tolerancję i uprzejmość”.

Dale Carnegie

Celem mojego opracowania jest próba przybliżenia przedstawicielom zawodów medycznych (pielęgniarkom, położnym) znaczenia wrażliwości międzykulturowej w opiece nad pacjentami. Nasze współczesne życie jest wielokulturowe. Wielokulturowość należy rozumieć jako współistnienie na tym samym obszarze przedstawicieli dwóch lub większej liczby kultur różniących się językiem, religią czy uznanymi wartościami, z możliwością wzajemnego przenikania się, osobistych kontaktów, dynamiki współistnienia i interakcji oraz trwałych związków między grupami. Istotą wielokulturowości jest uświadamianie różnicy kulturowej, co determinuje reakcje na odmienność; wchodzenie w interakcje i otwieranie się na odmienność lub zamykanie się w różnym stopniu i zakresie. Aby wielokulturowość mogła zaistnieć konieczna jest edukacja międzykulturowa, którą należy rozumieć jako: dostrzeganie różnicy odmienności, pełna jej akceptacja i przejmowanie pewnych jej cech, przy czym dochodzi do uświadomienia sobie własnej wartości, budowanie tożsamości osobowej i społecznej. Postawa wrażliwości międzykulturowej powinna być jednym z elementów kompetencji zawodowych, nabywanych w procesie kształcenia podstawowego przez studentów studiów medycznych i kształcenia podyplomowego pielęgniarek w zakresie zapewnienia profesjonalnej opieki uwarunkowanej kulturowo. Komunikowanie międzykulturowe jest przede wszystkim komunikacją interpersonalną. Ludzie znajdują się w sytuacji stałego komunikowania się z innymi. Przez ten proces inicjują, podtrzymują, zmieniają swe stosunki interpersonalne, definiują swoją rolę społeczną i zadania. Poprzez język podkreślamy i wzmacniamy odmienność, wyróżniamy to, co inne na tle wyuczonej przez nas normy czy schematu zachowania.



Spotykamy się z różnymi odmiennościami w życiu codziennym. Badania wyróżniają odmienność etniczną, religijną, językową, psychosomatyczną, związana ze stylem życia itd. Postrzeganie odmienności jest zawsze warunkowane kulturowo i wynika niejednokrotnie z edukacji i wychowania w domu, szkole, rodzinie itd. Odmienność przechodzi w obecność jeśli budzi niezrozumienie, stwarza zagrożenie lub też odbierana jest jako dziwactwo. Reakcją na odmienność jest akceptacja lub sprzeciw. Obecność jest wyzwaniem do otwarcia się na odmienność, także w sferze komunikacji, języka. Otwartość to cecha ludzi świadomych, stad też nasz język pozwala nam poznać osoby, które przed obcością nie uciekają. Nieświadomość i niegotowość w zetknięciu z inną kulturą może prowadzić do pojawienia się zjawiska tzw. szoku kulturowego zwanego również stresem akulturacyjnym.

Komunikacja międzykulturowa (z ang. intercultural communication) **to wszelkie interakcje pomiędzy członkami różnych kultur, mające na celu nawiązanie kontaktów między nimi i wzajemne poznanie**. Brak tych kontaktów może prowadzić do nieznajomości innych kultur (szok kulturowy) i nieporozumień pomiędzy nimi (konflikt kultur).

Komunikacja międzykulturowa odgrywa istotną rolę w takich dziedzinach jak: antropologia, psychologia, socjologia, kulturoznawstwo oraz badania komunikacji. Komunikowanie międzykulturowe według E. Hall'a: to akt zrozumienia i bycia zrozumianym przez osoby o odmiennej kulturze (proces wymiany myśli i znaczeń). Jest to forma komunikacji interpersonalnej osób wywodzących się z odmiennych kultur. Proces komunikacji międzykulturowej posiada dwa wymiary: werbalny, który jest procesem intencjonalnym; niewerbalny, który składa się z takich elementów jak postawa, gesty, mimika itd.



Komunikacja werbalna i niewerbalna

Kompetencje do komunikowania międzykulturowego to m.in. predyspozycje do tego komunikowania: akceptacja ładu demokratycznego, otwarcie na świat; **kompetencja społeczna**: empatia, tolerancja, dystans wobec pełnionej roli, zdolności do przystosowywania się; **kompetencje indywidualne**: optymizm, zdolność do samokrytyki, motywacji, otwartości, chęci poznawania innych kultur, zdolność uczenia się. **Co utrudnia komunikowanie międzykulturowe?** Odmienne ogólne pojęcie istnienia, odmienne logiki rozumowania, obiektywne różnice językowe, unikanie kontaktów z innymi, myślenie poprzez stereotypy, błędna interpretacja wzorów i zachowań kulturowych, cechy osobowości, nieodpowiedni kontekst, nieznajomość niuansów komunikacyjnych, błędy wynikające z samej interakcji partnerów komunikacji.

Przeszkody w komunikacji międzykulturowej to: różnice językowe i nieznajomość kodu kulturowego; różnice w sferze werbalnej oraz języku ciała; stereotypy i uprzedzenia. Uprzedzenia karmią

się negatywnymi stereotypami dotyczącymi danych grup bądź jednostek. Mogą, ale nie muszą być powiązane z dyskryminacją. Silnie zakorzenione w świadomości stereotypy i uprzedzenia, stanowiące tzw. potoczną wiedzę o świecie, negatywnie odbijają się na komunikacji międzykulturowej. W mniejszym bądź większym stopniu, każdy z nas odczuwa potrzebę porozumiewania się. Ludzie z różnych kultur inaczej kodują i dekodują wiadomości, zwiększające szanse na nieporozumienia. Komunikacja jest czymś, od czego nie można uciec.



Znajomość komunikacji międzykulturowej i umiejętność jej efektywnego wykorzystania mogą pomóc w pokonaniu różnic kulturowych łagodzeniu problemów i pomagać w osiągnięciu bardziej harmonijnych, produktywnych relacji.

Edward T. Hall stwierdził, że **tylko ok. 10% aktów komunikacji ludzkiej jest przez człowieka świadomie kontrolowanych**. Dotyczy to zarówno komunikatów wysyłanych jak i odbieranych. Reszta jest związana ze sfera podświadomości, znajduje wyraz w konkretnej kulturze jako coś oczywistego, naturalnego. Każdy człowiek ma swój niejawny i nieuświadomiony zespół zasad zachowania, ukształtowany w procesie socjalizacji, który można określić – programem komunikacyjnym. Edward T. Hall wprowadza pierwotny poziom kulturowy (PPK). Jednym z celów nauki o komunikacji międzykulturowej jest uświadamianie treści PPK, co pozwala ułatwiać komunikację między ludźmi reprezentującymi różne kultury. Istotną rolą najczęściej nieuświadomioną w procesie komunikowania odgrywają zmysły: dotyku, smaku, węchu, słuchu i wzroku. Żyjąc w wielokulturowym społeczeństwie, należy być wrażliwym na różnorodność i odmienność innych. Trzeba zważać na to, by swą postawą czy zachowaniem nie skrzywdzić innych tylko dlatego, że są inni. Grupy subkulturowe i inne mają prawo zaistnieć w społeczeństwie.

Kompetencja międzykulturowa wydaje się umożliwiać rozwiązywanie problemów komunikacyjnych. Wiedza o innych kulturach pomaga, ale ważniejsza jest świadomość, że nie da się poznać wszystkiego. Można być wtedy otwartym, pełnym szacunku i nieuprzedzonym oraz z zainteresowaniem zadawać pytania. Dean nazywa to „poinformowaną niewiedzą" i twierdzi „problemy tworzą uprzedzenia i założenia osoby udzielającej pomocy, a nie różnice kulturowe". Wiele osób traktuje różnice w pochodzeniu kulturowym i etnicznym jako przeszkodę w komunikacji. Każda kultura ma bowiem własny styl, wartości, zwyczaje i praktyki oraz reguły zachowania stosownego i niestosownego. Pochodzenie determinuje także sposób działania, myślenia i odczuwania. Wszystko to sprawia, że spotkania międzykulturowe przebiegają inaczej, mniej elastycznie, niż spotkania ludzi z tej samej kultury. Komunikacja z osobą z innej kultury jest inna i trudniejsza, odczuwana jako niepewność, a to już prowadzi do nieporozumień.

Musimy zatem pamiętać o tym, iż komunikacja międzykulturowa jest przede wszystkim komunikacją interpersonalną, każdy człowiek jest indywidualnością, a nie przedstawicielem kultury, komunikują się ludzie, a nie kultury, oraz iż podlega ona wpływowi zarówno czynników pozakulturowych, jak i konkretnych czynników kulturowych. O komunikacji międzykulturowej mówimy, gdy zderzają się normy, wartości i zachowania rozmawiających ze sobą partnerów lub wówczas, gdy partnerzy w rozmowie uważają, że „się zderzają". Ważne jest w niej poszukiwanie zgodnego stanowiska z poszanowaniem różnic kulturowych.

Dialog międzykulturowy to pożądany efekt spotkania z inną kulturą. Dialog międzykulturowy, może być niezwykle cennym źródłem wiedzy o wartościach i konwencjach akceptowanych przez reprezentantów innych kultur, ale i o sobie samym i własnej tradycji kulturowej.



Pamiętać należy, że dialog nie polega na tym, aby przekonać do swoich racji, ale by za sprawą innej perspektywy, zrozumieć bądź dostrzec to, co naszemu rozumieniu bądź postrzeganiu wcześniej się wymykało lub co dotychczas pojmowaliśmy inaczej. Udana relacja dialogowa prowadzi raczej do uświadomienia miejsc i przyczyn rozbieżności, a nie do wytworzenia przewagi jednej ze stron. Świadomość różnic w połączeniu z rozumiejącym stosunkiem do odmienności, który cechuje udane formy dialogu, może skutkować nie tylko wytworzeniem bardziej refleksyjnego stosunku do własnej kultury ale i przewartościowaniem pewnych jej obszarów. Jednak taką sytuację należy traktować jako zysk, a nie porażkę.

Dialog międzykulturowy nie musi zawsze przybierać formy bezpośredniej. Rolę „interlokutora" spełniają różnorodne przekazy kulturowe takie jak: literatura, muzyka, sztuka, film itp. W społeczeństwie wielokulturowym dialog stanowi pożądaną alternatywę dla relacji agonistycznych między reprezentantami różnych kultur i dla tolerancji opartej na obojętności, prowadzi bowiem do postawy wzajemnego szacunku i uznania, która jest warunkiem wszelkiej owocnej współpracy miedzy ludźmi. Tolerancja – postawa uznania i szacunku dla odmienności, a nie tylko obojętnej zgody na istnienie w naszej przestrzeni społecznej innych tradycji kulturowych. Przyjęcie postawy aktywnej tolerancji (połączonej z postawą solidarności) stanowi niezbędny warunek udanego dialogu międzykulturowego.

Celem dialogu międzykulturowego jest rozwiniecie głębszego zrozumienia dla różnych poglądów i praktyk, zwiększenie uczestnictwa i wolności dokonywania wyborów życiowych, równości i szacunku dla ludzkiej godności, pobudzenie procesów twórczych oraz promowanie możliwości ludzi i społeczeństw do wzrostu i transformacji poprzez pełen szacunku dialog z innymi. Uczenie się dialogu obejmuje zatem zmianę własnych postaw, przekonań i prowadzić powinno do głębokiej zmiany stosunku do własnej kultury. Dialog wymaga, by uczyć się słuchać i rozumieć partnerów i być gotowym do poznawania i rozumienia innych rzeczywistości, potrzeb i światopoglądów. Filozofia dialogu, nazywana również „filozofią spotkania" lub „filozofią innego". Spotkanie z drugą osobą (Innym) jest warunkiem istnienia dialogu. Słowa prof. Antoniego Kępińskiego „Nie ma pacjenta jest człowiek". W relacji wszystko się zaczyna i bez relacji wszystko się kończy. W obecnej cywilizacji każdy z nas może stać się obcym. Kiedy odbywa się twarzą w twarz, oznacza otwartość i bezpośredniość spotkania.

Dialog to budowanie wzajemności. Pożądany efekt spotkania z inną kulturą. Dialog polega na „stałej gotowości i dążeniu poprzez rozmowę do zrozumienia innych ludzi, zbliżenia się do nich i w miarę możliwości współpracy z nimi". **Dialog wymaga komunikacji, zaś dobra komunikacja jest dialogiem**.

Pośrednik międzykulturowy



Każda kultura opieki nad chorym zależy od kultury, w ramach której kształtuje się opieka zdrowotna. To ona w dużym stopniu decyduje o zmianach w kulturze zależnej. Takie czynniki, jak sytuacja ekonomiczna kraju, religia, edukacja, technologia, normy i wartości, odgrywają w kulturze opieki nad chorym olbrzymia rolę. Większa różnorodność społeczeństwa powoduje, że ochrona zdrowia znajduje się w nowej sytuacji. Dobra opieka to taka, w której pacjent znajduje się w centrum uwagi, i taka, która pasuje do świata pacjenta. Akcentowanie tożsamości kulturowej pacjenta i jego bliskich jest konieczne dla osiągnięcia opieki wysokiej jakości. **Szacunek dla tożsamości i indywidualne podejście do pacjentów i ich rodzin stanowią elementy profesjonalizmu lekarzy, pielęgniarek i innych osób niosących pomoc**. Nie da się osobom sprawującym opiekę opisać charakterystycznych cech dziesiątków kultur. Mnogość języków, złożoność historii, różnorodność mentalności i tradycji stały się zbyt duże. Można jednak u osób pracujących w ochronie zdrowia rozwijać świadomość aspektów kulturowych opieki oraz zwracać im większą uwagę na kulturowy wymiar postrzegania i przekonań zarówno dotyczących siebie, jak i pacjentów oraz ich bliskich. Dobrze jest zdawać sobie sprawę z różnic kulturowych miedzy rozmaitymi systemami opieki zdrowotnej. Kultura zachodu i zachodnia opieka medyczna są bardziej nakierowane na jednostkę, niż to się dzieje w większości innych kultur. Wyrazem tego jest docenianie samostanowienia, mówienie o sprawach osobistych w sposób otwarty i bezpośredni, koncepcja świadomej zgody. W wielu kulturach interes grupy lub rodziny wysuwa się na plan pierwszy. Relacje między członkami rodziny, rodzicami a dziećmi, osobami z różnych kultur różnią się w zależności od kultury. **Sposób komunikowania się ludzi uzależniony jest od kultury** np. w niektórych kulturach dolegliwości omawia się dopiero po rytuałach wstępnych i dygresjach pobocznych. W każdej kulturze istnieją przekonania, wartości i normy odnoszące się do ważnych wydarzeń w życiu człowieka. Różnice kulturowe w opiece zdrowotnej wychodzą na plan pierwszy w najbardziej newralgicznych momentach. W traktowaniu tych różnic kluczowe znaczenie maja trzy wartości moralne: tolerancja, szacunek i empatia. W opiece medycznej olbrzymie znaczenie ma wymiana prawdziwych i rzetelnych informacji. W praktyce komunikacja nie zawsze przebiega bezproblemowo. Z powodu bariery językowej dokonywanie prawidłowej anamnezy czy diagnozy jest niejednokrotnie niemożliwe. Istnieje jednak więcej czynników utrudniających proces komunikacji, np. rozbieżności dotyczące podstawowych wartości, poglądów co do przyczyny choroby i leczenia, różnice etniczno-kulturowe. Zarówno lekarz, pielęgniarka, jak i pacjent, mogą nie zrozumieć znaczenia tego, co próbuje przekazać druga strona. Jeżeli wzajemna komunikacja przebiega z trudnościami, w ocenie rzeczywistej sytuacji mogą odegrać uprzedzenia i emocje. Może to utrudniać współpracę, powodować poczucie frustracji u pacjenta, lekarza i pielęgniarki oraz rodzić konflikty. W rezultacie opieka może być na niższym poziomie.

Ważne jest, by personel udzielający pomocy medycznej pacjentom obcego pochodzenia zdobył pewną wiedzę na temat ich kultury i religii oraz by mógł świadczyć opiekę medyczną w sposób dostosowany do ich potrzeb. Niejednokrotnie istnieje wówczas potrzeba skorzystania z wiedzy osoby dobrze znającej daną kulturę. Potrzebę taką może realizować pośrednik międzykulturowy.

Ma on za zadanie ułatwienie komunikacji między osobami obcego pochodzenia a personelem medycznym. Nie tylko odgrywa rolę tłumacza, lecz próbuje także ułatwić porozumienie między osobą udzielającą pomocy medycznej a pacjentem. Jego uwaga koncentruje się nie tylko na tym, co dosłownie zostało powiedziane, ale także na zinterpretowaniu tego w kontekście sytuacji choroby. W różnych kulturach o dolegliwościach mówi się niekiedy w sposób znacząco inny niż ten, do którego przyzwyczajony jest lekarz lub pielęgniarka. Tłumacz (mediator, pośrednik międzykulturowy) musi objaśniać lub być w stanie na bieżąco wyjaśniać elementy obcej kultury, aby zapewnić skuteczna komunikację. Pośrednik międzykulturowy dba więc o to, by informacja przekazywana w obu kierunkach była rozumiana przez drugą stronę. Niewątpliwie zadowolenie pacjenta jest uniwersalną zasadą świadczenia wszelkiego rodzaju opieki medycznej. Pośrednik międzykulturowy może przyczynić się do osiągnięcia wzajemnego zrozumienia. Rozwijanie pośrednictwa międzykulturowego jest zatem bardzo istotne. Dzięki niemu możliwe jest rozwiązywanie codziennych problemów występujących w trakcie niesienia pomocy osobom obcego pochodzenia. Pośrednik kulturowy, stanowi łączące ogniwo lub medium pomiędzy różnymi grupami kulturowymi.

Ważne! Wszyscy lekarze i pielęgniarki powinni mieć odpowiednie umiejętności komunikacyjne, ujawniać postawę zrozumienia i zaufania oraz braku uprzedzeń wobec pacjentów bez względu na ich płeć, rasę, etap życia, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, kulturę, orientację seksualną i światopogląd. Powinni być otwarci na potrzeby, oczekiwania pacjenta, jego normy i wartości oraz liczyć się z sytuacją osobistą pacjenta w trakcie badań, konsultacji, leczenia i opieki.

W praktyce jednak okazuje się, że w kształceniu medycznym do wielokulturowości nie podchodzi się w sposób systematyczny. Ważną rolę odgrywa komunikacja – nadal na znaczeniu nie tracą bariery językowe. Grupy migrantów nadal nie posługują się językiem kraju, w którym przebywają lub posługują się nim w ograniczonym stopniu. W związku z tym w kontaktach z nimi należy brać pod uwagę korzystanie z tłumacza czy pośrednika międzykulturowego. Opierając się na wiedzy teoretycznej, lekarz i pielęgniarka powinni rozwijać umiejętności komunikowania się z pacjentami obcego pochodzenia. Może to być realizowane w trakcie kształcenia klinicznego przy pomocy pacjentów obcego pochodzenia (droga symulacji) i obejmować udział tłumacza, wykonanie badania fizykalnego, zaznajomienie się z różnicami między kobietami a mężczyznami oraz wyjaśnienie, jak zorganizowana jest opieka medyczna w danym kraju.

Model TOPOI. Systemowo-teoretyczne podejście do komunikacji międzykulturowej

Nazwa TOPOI (gr. topoi – miejsca) jest to skrót od **pięciu obszarów komunikacji, w których mogą wystąpić różnice i nieporozumienia kulturowe. Są to:**

1. **język,**
2. **umiejscowienie,**
3. **osoby,**
4. **organizacja**
5. **zaangażowanie.**

Pięć obszarów TOPOI są to w rzeczywistości skonkretyzowane różnice kulturowe, które osoba udzielająca pomocy może napotkać w komunikacji z odbiorca tej pomocy. Rozmówcy, komunikując się, mają do czynienia ze wszystkimi tymi obszarami równocześnie, ponieważ są one ściśle ze sobą splecione. Na każdy z tych pięciu obszarów wpływają „reprezentacje społeczne", czyli sposoby patrzenia, które rozmówcy czerpią z toczących się w społeczeństwie dialogów. Zaliczają się do nich np. powszechne opinie, przekonania, obrazy i normy określonych grup ludzi na temat różnych kwestii społecznych i osobistych. W odniesieniu do osób obcego pochodzenia wiele funkcjonujących reprezentacji społecznych ma charakter negatywny (kategoryzacje, generalizacje uprzedzenia i stereotypy). Powoduje to, że różnice w komunikacji z osobami obcego pochodzenia często są interpretowane negatywnie, a istniejące uprzedzenia i stereotypy – umacniane. W **modelu TOPOI** istnieje także pojęcie **„wartość dodana"**. Polega ona na szerszym rozumieniu komunikacji międzykulturowej.



Przedstawiam praktyczne zasady w kontaktach z pacjentami obcego pochodzenia (interakcja z innymi kulturami):

- ✔ **Zapoznać się z kulturą**, z której wywodzi się pacjent, jego zdaniem oraz wyeliminować uprzedzenia.
- ✔ Trzeba **okazać szacunek dla wartości i norm pacjenta**, a także przekazać mu wystarczające informacje.
- ✔ Powinno się **korzystać z pomocy tłumacza lub członka rodziny**, który może tłumaczyć, i zwracać uwagę na to, by pacjent obcego pochodzenia został bez przeszkód wysłuchany.
- ✔ Należy **mówić bezpośrednio do pacjenta**, powoli i wyraźnie.
- ✔ Do dorosłych osób trzeba **zwracać się per „Pan/ Pani".**
- ✔ Powinno się **obserwować wyraz twarzy oraz gesty rozmówcy**.
- ✔ W celu instruowania pacjenta **korzystamy z prostych materiałów wizualnych**.
- ✔ **W przypadku gdy mamy do czynienia z pacjentkami, dobrze byłoby, gdyby opiekę pielęgniarską sprawowały kobiety**. W wielu kulturach, mimo, że mężczyźni sprawują opiekę pielęgniarską, to jednak nie myją pacjentek. Pacjentek nigdy również nie pozostawia się jedynie w obecności pielęgniarzy.
- ✔ Choremu **nie należy nigdy narzucać własnych nawyków i zwyczajów.**
- ✔ Trzeba pytać pacjenta, **czego sobie życzy** i w jaki sposób można spełnić jego życzenia.
- ✔ **Nie wolno wtrącać się zbytnio w sprawy rodzinne chorego**.
- ✔ Należy choremu pokazać, iż docenia się gościnność, **nie wypada odmawiać** proponowanego przez chorego poczęstunku.
- ✔ Nigdy **nie powinno się wydawać osądów bez zgłębienia kontekstu czy powodów zachowania**. Przyczyną zwlekania z pozdrowieniem może być np. modlitwa pacjenta, oraz to, że pacjent nie może jej przerwać.
- ✔ Od czasu do czasu należy **podkreślić znaczenie opieki medycznej, by z niej przedwcześnie nie zrezygnowano**.

Poznanie środowiska, w którym żyją i z którego wywodzą się osoby obcego pochodzenia, nie oznacza z pewnością, że należy używać ich języka czy też w każdym przypadku szczegółowo znać kontekst kulturowy. Bardzo ważne jest natomiast nawiązanie kontaktu i rozpoczęcie dialogu.

Inny model pielęgniarstwa transkulturowego – model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare

Od profesjonalistów oczekuje się zapewnienia opieki w sposób uwzględniający odrębność kulturową każdego człowieka. Aby świadczenie takiej opieki było możliwe, konieczna jest znajomość czynników, które wpływają na zdrowie i chorobę. Grupę zawodową, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad człowiekiem w różnych kulturach, stanowią pielęgniarki.

Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare – autorki kolejnego modelu pielęgniarstwa trans kulturowego przedstawiają w nim czynniki związane z kulturą pacjenta, które należy brać pod uwagę przy zbieraniu danych i interwencjach pielęgniarki.



Pierwszym **elementem modelu jest komunikacja**. Termin ten wywodzi się z łacińskiego communicatio i oznacza łączność, wymianę lub rozmowę. Komunikacja jest to dwustronny proces wymiany informacji, tj. przekazywania przez nadawcę informacji (komunikatu) i interpretacji przekazu przez odbiorcę. **Wymiana komunikatów** odbywa się za pomocą określonego kodu – umownych znaków językowych (słów, liczb i symboli) oraz pozajęzykowych, takich jak gesty, mimika, ton głosu, postawa ciała lub dystans. Ze względu na rodzaj używanego kodu wyróżniamy **komunikację werbalną i pozawerbalną (mowa ciała).**

Komunikowanie interpersonalne jest jednym z kluczowych elementów w pielęgniarstwie i innych dyscyplinach opieki zdrowotnej. Jednocześnie silnie wiąże się z kulturą. Stanowi narzędzie dzięki któremu przekazywane są wartości kulturowe. Podstawowym elementem komunikacji werbalnej jest język (język ojczysty, gwara, dialekty, żargon). W opiece nad pacjentem z odmiennej kultury pojawia się często konieczność pokonywania przez obie strony barier spowodowanych nieznajomością języka, jeśli pacjent jest obcojęzyczny, a także posługiwaniem się przez personel językiem zawodowym (**żargonem**). Może to powodować wiele negatywnych emocji i zachowań u pacjenta (np. lęk, niestosowanie się do zaleceń), a u osób opiekujących się nim – poczucie dyskomfortu i frustracji.



W komunikacji istotne jest znaczenie słów. Słowa są symbolami służącymi do wyrażania myśli i emocji oraz do opisywania przedmiotów i zdarzeń. **Zmienia się znaczenie słów w czasie, a te same słowa mogą mieć odmienny sens w różnych kulturach**. W niektórych społecznościach przyjęte jest otwarte wyrażanie emocji, głośne mówienie, liczne dygresje, „pogawędki", podczas gdy w innych ceniony jest zwięzły, precyzyjny sposób wypowiedzi. **Różnice te mogą być przyczyna niezrozumienia między osobami z różnych kultur**. Na przykład pielęgniarka mająca wiele obowiązków do wykonania może oczekiwać od pacjenta konkretnych, krót-



kich odpowiedzi, natomiast pacjent może mieć potrzebę dłuższych, swobodnych wypowiedzi na „banalne" tematy, które w jego odczuciu są formą grzecznościową, wstępem do innych tematów lub służą po prostu zmniejszeniu lęku. Także osoby korzystające z niekonwencjonalnych metod leczenia mogą uważać podawanie wielu dodatkowych informacji za ważne w procesie leczenia, podczas gdy pielęgniarka, kierując się wyłącznie racjonalnymi przesłankami, może je uznać za stratę czasu.

Oprócz języka na komunikację werbalna składa się tzw. parajęzyk: tj. ton głosu, rytm, szybkość i sposób mówienia długość wypowiadanych zdań oraz milczenie. **Ton głosu** jest często związany z określoną kulturą. Np. cichy, monotonny głos typowy dla większości Azjatów, może być błędnie interpretowany przez osoby spoza tej kultury jako nieśmiałość. Kolejnym elementem związanym z językiem jest milczenie. W niektórych kulturach **milczenie** jest odbierane negatywnie, tworzy niepotrzebny dystans i wywołuje dyskomfort, w innych oznacza respektowanie potrzeb rozmówcy, danie czasu na rozważenie tego, co zostało powiedziane. Znajomość tych uwarunkowań jest niezbędna dla osób opiekujących się pacjentem z odmiennej kultury pozwala zastosować **milczenie terapeutyczne** i uniknąć niepotrzebnego przerywania milczenia. Poza komunikowaniem werbalnym różnice kulturowe są widoczne także w komunikacji pozawerbalnej. Składają się na nią m.in.: **dotyk, wyraz twarzy, ruchy oczu i postawa ciała**. Dotyk ma istotne znaczenie w komunikowaniu. Może on wyrażać emocje i postawy pozytywne**,** np. akceptację, wsparcie, bliskość emocjonalną czy pozytywną stymulację (co ma szczególne znaczenie w rozwoju dzieci), i jako taki jest doceniany przez ludzi. Może jednak wyrażać również postawy negatywne, jak: wrogość, złość, agresję, dominację i naruszenie intymności.



Dotyk jest zachowaniem wyuczonym, ma znaczenie symboliczne i kulturowe. W niektórych krajach stanowi pewnego rodzaju tabu (Anglicy, Niemcy, Amerykanie), dlatego nie jest tam przyjęte dotykanie obcych osób, a poklepywanie po plecach czy pocałunki na powitanie mogą być dla osób z tego kręgu kulturowego krępujące. W innych krajach dotyk jest nie tylko czymś dopuszczalnym, ale także pożądanym (Hiszpanie, Włosi, mieszkańcy Ameryki Południowej). Przyjęte jest więc potrząsanie ręką czy pocałunki na powitanie oraz trzymanie się za ręce także między mężczyznami, co nie ma żadnych konotacji seksualnych. **Różne może być także znaczenie dotyku.** Antropolodzy kultury zajmujący się tym zagadnieniem zaobserwowali różnice między mężczyznami i kobietami. Kobiety zazwyczaj chętniej wyrażają emocje pozytywne poprzez dotyk, zwłaszcza w stosunku do dzieci i osób tej samej płci.

Kolejnym elementem modelu jest przestrzeń, czyli ramy, w których można określać odległości między obiektami lub punktami. Rozumienie terminu **„przestrzeń"** zależy od kultury ze względu na różne sposoby jej wykorzystania, dzielenia i nazywania. Ciało ludzkie pozwala określić kierunek, położenie i odległości. Z pojęciem przestrzeni wiąże się również **dystans społeczny** (odległość) określający stosunek człowieka do sytuacji społecznych. Wyróżnia się **przestrzenie działające prospołecznie**, tj. takie, które sprzyjają nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów, oraz **przestrzenie działające**



przeciwspołecznie, które powodują poczucie izolacji i braku intymności. W zależności od relacji z daną osobą lub grupą osób fizyczny dystans wobec nich jest różny. Wymienia się **strefy: intymną** (zarezerwowaną jedynie dla bardzo bliskich osób), **osobistą** (przestrzeń prywatną, do której są dopuszczane osoby dobrze znane, z którymi dobrze się czujemy), **społeczną** (odległość kontaktu z osobami obcymi) i **publiczną** (w sytuacjach bardzo formalnych, np. wykład). **Dystans społeczny** jest w pewnym stopniu wyuczony i uwarunkowany kulturowo. Sposób wychowywania dzieci ma znaczenie dla ich późniejszego doświadczania przestrzeni. Np. w kulturze zachodnioeuropejskiej i w Stanach Zjednoczonych jest przyjęte, że dzieci posiadają własny pokój już we wczesnym dzieciństwie są izolowane od reszty rodziny, jako osoby dorosłe zachowują większy dystans do innych i mają większą potrzebę izolacji niż ci, którzy w dzieciństwie przebywali przez cały czas z rodziną z powodu gorszych warunków mieszkaniowych. Z dystansem społecznym wiąże się również zapotrzebowanie na stymulację sensoryczną. Zarówno nadmiar, jak i niedobór bodźców są niekorzystne (agresja i inne negatywne reakcje ludzi w sytuacji przeciążenia bodźcami i braku przestrzeni, a także poczucie silnej samotności i izolacji emocjonalnej u osób z AIDS czy z innymi chorobami zakaźnymi na skutek fizycznego dystansu, jaki wobec nich zachowywano).

Powyższe czynniki należy uwzględnić w opiece pielęgniarskiej. Pacjent, który podczas rozmowy wycofuje się, nie patrzy w oczy pielęgniarce, sygnalizuje potrzebę większej przestrzeni. Z kolei dla pielęgniarki stresujące i żenujące może być zachowanie pacjenta pochodzącego z kultury, w której akceptowany jest niewielki dystans między rozmówcami, gdy podczas opisywania swoich objawów chorobowych próbuje zbliżyć się na niewielką odległość, naruszając strefę osobistą. Innym czynnikiem w modelu Giger i Davidhizare jest czas. Jest to jedno z podstawowych pojęć filozoficznych – wielkość fizyczna określająca kolejność zdarzeń oraz odstępy między zdarzeniami. Czas może być rozumiany jako: chwila, punkt czasowy, pewien odcinek czasu, trwanie oraz czwarta współrzędna czasoprzestrzeni w teorii względności. Percepcja czasu jest zmienna, wpływają na nią między innymi stan emocjonalny i wartość, jaką przypisujemy oczekiwanemu wydarzeniu.



Pielęgniarki przestrzegają wykonanie zlecenia w przewidzianym czasie, w związku z tym, niepodanie leku do 30 minut od zlecenia jest postrzegane jako błąd, nawet jeśli jest to lek, który nie wymaga pilnego zastosowania, np. witaminy. Konflikt może wystąpić również z powodu różnic między upodobaniami pacjenta a rutynowym rozkładem dnia w szpitalu.



Istotne znaczenie w modelu Giger i Davidhizare ma organizacja społeczna, na którą składają się **więzi kulturowe, rodzina, role mężczyzny i kobiety, grupy religijne i rasa**.

Struktura rodziny jest obecnie zróżnicowana i można wyróżnić kilka jej typów, np. rodzina nuklearna, wielopokoleniowa, związki nieformalne, samotne rodzicielstwo i rodzina będąca wynikiem zawarcia powtórnego związku

małżeńskiego. W niektórych krajach zalegalizowane są również związki homoseksualne. Rodziny różnią się między sobą także charakterem więzi, sposobami komunikowania się, rolami, które pełnią poszczególni jej członkowie, wartościami i sposobem życia. Wiedza na temat rodziny pacjenta oraz jej charakterystycznych cech w danej kulturze jest jednym z podstawowych warunków zaplanowania indywidualnej opieki nad pacjentem. Pomaga też zrozumieć zachowania pacjenta i jego rodziny, np. podczas pobytu w szpitalu. W wielu kulturach przyjęte jest okazywanie wsparcia choremu poprzez odwiedzanie go w szpitalu przez licznych krewnych, nie tylko przez najbliższą rodzinę (np. Azjaci, Romowie). W niektórych rodzinach panuje model patriarchalny, w innych matriarchalny. Tak więc młoda matka pochodząca z rodziny, w której tradycyjnie kobiety przekazują wiedzę o pielęgnacji i wychowywaniu dzieci z pokolenia na pokolenie, może odmówić uczestnictwa w szpitalnym programie edukacyjnym na temat karmienia oraz pielęgnacji noworodka i uznać, że najlepszą nauczycielką w tym zakresie jest jej matka. **Następnym elementem modelu jest kontrola środowiska**, rozumiana przez autorki jako zaplanowane działania mające na celu kontrolowanie natury. Wśród tych działań wymieniają praktyki, które sprzyjają zdrowiu, neutralne dla zdrowia oraz dysfunkcjonalne. Zawsze konieczna jest interwencja w przypadku przekonań i nawyków szkodliwych dla zdrowia (np. nadużywania w diecie wysoko przetworzonych produktów, jak jasne pieczywo czy biały cukier, lub unikania przez kobiety profilaktycznych badan cytologicznych). Opisane czynniki są silnie powiązane z kulturą.

Model Giger i Davidhizare uwzględnia także zmienne biologiczne. Antropologowie opracowali typologie ras ludzkich na podstawie różnic w kolorze skóry, włosów, oczu, proporcjach ciała, strukturze i masie mięśni itd. **Wiele różnic biologicznych między ludźmi ma znaczenie kliniczne.** Epidemiolodzy zauważyli różna podatność na choroby w zależności od rasy, np. znacznie częstsze występowanie nadciśnienia tętniczego u Afroamerykanów niż u białych, częstsze występowanie cukrzycy w niektórych plemionach Indian i rzadsze u Eskimosów, znacznie częstsze występowanie anemii sierpowatej u Afroamerykanów i nieco częstsze w Azji, Indii, regionach śródziemnomorskich.

Omawiany model jest cennym uzupełnieniem innych modeli z zakresu pielęgniarstwa trans kulturowego. Nie tylko przydaje się do gromadzenia wiedzy teoretycznej z tej dziedziny, ale zawiera też wiele praktycznych wskazówek przydatnych w zbieraniu danych oraz planowaniu interwencji nad pacjentami z różnych kultur. Potrzeba wiedzy z zakresu pielęgniarstwa trans kulturowego zwiększa się, zwłaszcza z powodu trendów społecznych wskazujących na coraz silniejsze zjawisko migracji i mieszania się kultur.

Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi buddyzm

Wprowadzenie do zagadnień buddyzmu

Buddyzm jest czwartą religia świata po chrześcijaństwie, islamie i hinduizmie. Dane na temat liczebności buddystów na świecie są mocno rozbieżne – w zależności od źródeł podawane są liczby od 230 do 500 milionów. W 2008 roku na świecie było 380 mln buddystów. Buddyzm jest pierwszym systemem filozoficzno-religijnym, który został oparty na zasadach braterstwa i miłości bliźniego. Buddyzm jako system filozoficzny i religijny (nie neguje ani nie afirmuje



Flaga Buddyzmu

żadnego Boga) pojawił się w VI wieku p.n.e. w Indiach. Twórcę fundamentalnego przekazu w naukach buddyjskich tradycyjnie określa się mianem „Budda", czyli „Przebudzony" – częściej zwane Oświeceniem, które na zawsze uwalnia od cierpienia cyklu narodzin i śmierci. Buddyzm jest zaliczany do religii dharmicznych. Słowo „buddyzm" zostało stworzone przez zachodnich uczonych stosunkowo niedawno. Wcześniej na Wschodzie używane były nazwy dharma, sansara lub buddhasasana.





Złote ryby

Złote ryby – symbol dwóch największych rzek, które płyną w Indiach Yamuna oraz Ganges. **Budda nazywany był rybakiem** przypisywano mu działanie, jakim było ratowanie zabłąkanych dusz z morza cierpienia. Same ryby symbolizują szczęście, wolność i zwiastują to, co dobre.

Koło Dharmy



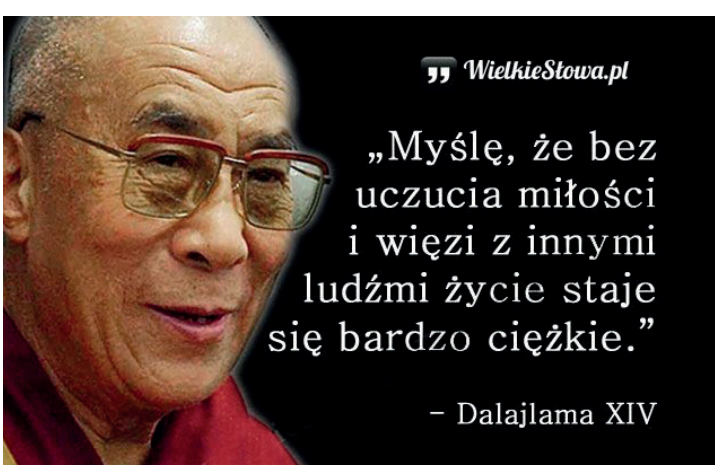
Koło Dharmy – buddyjski symbol, główny atrybut boga Wisznu, jest jednym z ośmiu pomyślnych znaków buddyzmu. Dharma – buddyjska ścieżka transformacji, wszystko to, co pomaga nam rozwinąć pełnię człowieczeństwa. Koło Dharmy – jest z ośmioma szprychami – symbolizuje Szlachetną Ośmiostopniową Ścieżkę. Koło Dharmy – „Koło Praw". Jest koło nauki koloru złotego, które sam Budda przekazał podczas swojego żywota. Symbol przypomina kształtem ster statku. Oznacza metamorfozę i transformację. Przypisuje się mu znaczenie powiązane z cyklem wcieleń duszy ludzkiej. Buddyzm ma cztery cechy szczególne, zwane „pieczęciami". Jeśli dowolna ścieżka czy filozofia zawiera owe cztery pieczęcie, można ją uznac za ścieżkę Buddy. Rdzeniem myśli buddyjskiej jest doktryna **Czterech Szlachetnych Prawd**:

Pierwsza Szlachetna Prawdę o Cierpieniu (narodziny są cierpieniem, starzenie jest cierpieniem, śmierć jest cierpieniem; smutek, lament, zgryzota i rozpacz są cierpieniem, rozłąka z ukochanym jest cierpieniem; niemoc uzyskania tego, co się chce jest cierpieniem).

Druga Szlachetna Prawda o Przyczynach Cierpienia (przyczyną cierpienia jest pragnienie),

Trzecia Szlachetna Prawda o Ustawaniu Cierpienia (całkowite ustanie, zniknięcie cierpienia, wyrzeczenie się, zaniechanie, wyzwolenie),

Czwarta Szlachetna Prawda o Ścieżce Prowadzącej do Ustania Cierpienia (drogą do ustania cierpienia jest Szlachetna Ośmiostopniowa Ścieżka – właściwy pogląd, właściwa medytacja).



Budda zalecał podążać Ośmioraką Ścieżką na którą składają się: właściwy pogląd, właściwe postanowienie, właściwe słowo, właściwy czyn, właściwe zarobkowanie, właściwy wysiłek, właściwa uważność, właściwa medytacja. Szlachetną Ośmiostopniową Ścieżkę dzieli się na trzy grupy reguł, które współtworzą i dookreślają główne cnoty: mądrość, moralność, skupienie. Szlachetna Ośmiostopniowa Ścieżka jest przez niektóre szkoły/tradycje buddyjskie postrzegane jako poszczególne

stopnie rozwoju, przez które musi przejść praktykujący. Jak twierdzi Dalajlama: „cierpienie i ból są wpisane w nasze życie". Zasada nienaruszalności życia stanowi fundamentalny postulat buddyzmu.

Moralność, medytacja i mądrość nie następują po sobie, lecz ze sobą współistnieją są wzajemnie powiązane i się przenikają. Wzniosłe stany eliminują złe a wzmacniają dobre intencje działania: czułą życzliwość, która niesie posłanie przyjaźni; współczucie, które oznacza życzenie ulgi w cierpieniu; wspólną radość, dzieloną z innymi, czyli radowanie się z pomyślności innych; równowagę.



Rozwój duchowy ukierunkowany jest na rozwijanie w sobie dobroci, miłości, współczucia i mądrości oraz usuwanie trzech podstawowych trucizn umysłu: pożądania, gniewu i ignorancji. **Celem praktyki buddyjskiej jest doświadczenie trwałego szczęścia – oświecenia oraz urzeczywistnienie potencjału umysłu.** Może tego dokonać każdy człowiek, dlatego buddyzm nazywany jest religią doświadczenia. Buddyści wierzą, że ostatecznym celem życia jest osiągnięcie „przebudzenia". Filozofia buddyjska w swoich poszukiwaniach odnosi się także do wymiaru społecznego; stawia sobie za cel stworzenie społeczeństwa, w którym odrzuca się przemoc – walkę o władzę, prześladowania, nienawiść, zazdrość i zło. Na pierwszym miejscu stawia życie w spokoju i harmonii, życie pełne współczucia i życzliwości nakierowane na najwyższy z celów, jakim jest urzeczywistnienie ostatecznej i najwyższej Prawdy oraz osiągnięcie duchowego wyzwolenia (XIV Dalajlama).

Postawa dobroczynnej miłości, współczucia, współradości i zrównoważenia ma doprowadzić do obalenia wszystkich barier oddzielających ludzi, wspólnoty i narody od siebie. Realizowanie takich postaw jest nie tylko warunkiem indywidualnego szczęścia, ale też fundamentem dobrych stosunków społecznych i uniwersalnego pokoju.

W buddyzmie nie ma jako takich przykazań, są raczej wskazania i rekomendacje. Wszystko jest karmą, a karma to odpowiedzialność za nasze działania i ich skutki odpowiadamy tylko my. **Karma** oznacza działanie lub akcję. Prawo karmy czyli prawo przyczyny i skutku. Karma oznacza świadome działanie wynikające z realizacji określonego celu lub woli oraz skutek tego działania. Sangha – „zgromadzenie" – nazwa wspólnoty buddyjskich mnichów. **Sangha – wspólnota duchowa**. W praktyce oznacza szczególnie tych praktykujących, z którymi utrzymujemy bliski kontakt. Zgromadzenie mnichów i mniszek, stojące na straży nauk Buddy i dające przykłady na ich prawdziwość. **Schronienie w Trzech klejnotach** – osoba chcąca zostać buddystą / buddystką, powinna przyjąć to schronienie. Tymi klejnotami są: **Budda, Dharma, Sangha**.



W buddyzmie tybetańskim praktyki tantryczne umożliwiają świadome umieranie i odrodzenie się. Wg nauki i praktyki buddyzmu tybetańskiego karmę (ilość dobrych i złych uczynków) można zmienić nawet po śmierci. Buddy-



ści wierzą, że efekty podejmowanych przez nich działań będą miały wpływ nie tylko na ich obecne życie, ale także na ich przyszłość i przyszłe narodziny. **Buddyzm** podpowiada, zachęca, pokazuje, których czynów powinno się unikać bo są szkodliwe dla nas. Jeśli się ich nie uniknie to nie ma w nas oświecenia.

Tybetańskie koło życia, na którym tradycyjnie zaznaczone jest sześciu światów. Doktryna sześciu światów – określenie stanów ludzkiego umysłu. Zgodnie z prawem karmy cnotliwe życie jest zasługą i daje szczęśliwe efekty. Siła jest podstawą dla rozwoju umysłu. Jej kultywowanie rozwija nie tylko spokój ducha kultywującego, ale również pokój wśród społeczeństwa. Ludzie świeccy starają się zwykle przestrzegać ośmiu wskazań, które są wspólne dla wszystkich buddyjskich szkół. **Pięć podstawowych wskazań** to: powstrzymywać się od odbierania życia; powstrzymywać się od brania tego co nie jest dane; powstrzymywać się od złego seksualnego prowadzenia się; powstrzymywać się od fałszywej mowy; powstrzymywać się od zażywania intoksyków, które prowadzą do nieuwagi. Buddyjskie wskazania nie są nakazami, ale zaleceniami, jakimi należy się kierować, aby rozwijać się na drodze praktyki. Wg buddyzmu kultywacja etyki i szczodrości same w sobie rozwijają świadomość do takiego stopnia, że narodziny w niebie są prawdopodobne, nawet jeśli nie ma dalszej buddyjskiej praktyki. W ośmiu wskazaniach – trzecie wskazanie (na temat złego seksualnego prowadzenia się) staje się bardziej restrykcyjne i oznacza wskazanie celibatu. Trzy dodatkowe wskazania to: powstrzymywać się od jedzenia w zakazanym czasie (tj. po południu); powstrzymywać się od tańca, śpiewu, muzyki, oglądania przedstawień, noszenia girland, używania perfum i upiększania ciała kosmetykami; powstrzymywać się od spania w wysokich i luksusowych łożach.





Buddyzm, trzy klejnoty: **Budda** (nie był Bogiem, tylko pierwszym człowiekiem, który osiągnął oświecenie, czyli stan całkowitego wyzwolenia od cierpienia); **Dharma** (buddyjska ścieżka transformacji), **Sangha** (wspólnota duchowa). **Karma** oznacza dosłownie **„działanie”** lub „czyn”. **Buddyści** wierzą, że efekty podejmowanych przez nich działań będzie miał wpływ nie tylko na ich obecne życie, ale także na ich przyszłość i przyszłe narodziny. Wg nauk buddyzmu wszystkie czujące istoty podlegają sansarze, po śmierci, w zależności od nagromadzonej karmy.





Sansara – „niekończąca się wędrówka” (wszystkie czujące istoty podlegają sansarze). Nieodłącznym elementem sansary jest cierpienie. Jedynym sposobem na zakończenie cierpienia i wyzwolenie się z tego cyklu poprzez osiągnięcie nirwany



Nirwana – najwyższa buddyjska doskonałość (ustanie wszelkiego pragnienia – wolność w ustaniu – uwolnienie). Przebudzona istota, osiągnąwszy nirwanę odchodzi trwale ze świata. Warunkiem osiągnięcia **nirwany** za życia jest uwolnienie umysłu od niewiedzy przez poznanie stosownych nauk i praktyk, prowadzących do trwałego uwolnienia się od cierpienia; jednak jej pełnia następuje dopiero po śmierci.

Głównym celem buddystów jest transformacja swojego umysłu, a medytacja jest głównym środkiem ku temu celowi. Ma ona dać wgląd w działanie umysłu i możliwość rozwoju koncentracji, jasności umysłu i pozytywnych uczuć. Medytacja – transformacja swojego umysłu „bez wysiłkowe pozostawanie w tym, co jest”. Waga medytacji dla buddyzmu wynika z przekonania, iż Budda głosił, że wyzwolenia należy poszukiwać wewnątrz siebie oraz że sam poprzez medytację osiągnął „Oświecenie”. Dwa główne rodzaje medytacji w buddyzmie to: samatha (medytacja spoko-



ju) i vipassana (medytacja wglądu). Koło Dharmy – jest z ośmioma szprychami – symbolizuje Szlachetną Ośmiostopniową Ścieżkę. Podstawą buddyjskiej praktyki są tzw. trzy filary wiedza, medytacja i działanie. W buddyzmie nie ma jako takich przykazań, są raczej wskazania i rekomendacje. Wszystko jest karmą, a karma to odpowiedzialność za nasze działania i ich skutki odpowiadamy tylko my. Buddyzm podpowiada, zachęca, pokazuje, których powinno się unikać bo są szkodliwe dla nas. Jeśli się ich nie uniknie to nie ma w nas oświecenia. W buddyzmie wszystkie zasady były przekazywane ustnie, przez co nie ma jednego konkretnego źródła, które w pełni wyjaśniłoby wszystkie zasady tej religii.

Zainteresowanie **buddyzmem w Polsce** sięga początków XX wieku i wiąże się z fascynacją Polaków Japonią, Tybetem i Koreą. W Polsce buddyjskie związki wyznaniowe prowadzą działalność w oparciu o rejestrację w MSWiA. Pierwsza buddyjska grupa w Polsce została zorganizowana przez Piotra Bomińskiego z Gliwic i Władysława Misiewicza z Radomia w 1949r. W 1971 r. rozpoczęły się wspólne tygodniowe spotkania medytacyjne, praktykowało buddyzm ponad 5000 Polaków. Po 1989 r. nastąpił gwałtowny rozwój buddyzmu. W maju 2000 roku Jego Świętobliwość XIV Dalajlama, Tenzin Gjaco uroczyście otworzył buddyjski departament Biblioteki Pomorskiej w Szczecinie. Buddyjski Ośrodek Medytacyjny w Warszawie to jeden z siedmiuset świeckich ośrodków Diamentowej Drogi na świecie. Podstawą buddyjskiej praktyki są: wiedza, medytacja i działanie.



Obecnie w Polsce działa 14 związków wyznaniowych, szkół oraz wspólnot buddyjskich. Współpracę koordynuje Polska Unia Buddyjska.

Buddyzm, a opieka medyczna

Gdy pacjentem jest mniszka buddyjska lub mnich, opiekę lekarską i pielęgniarską powinien sprawować lekarz czy pielęgniarka tej samej co pacjent płci. Nie ma specyficznych wymagań higienicznych czy dietetycznych. Większość buddystów jest wegetarianami. Buddyzm zakazuje stosowania używek, szczególnie alkoholu i środków psychoaktywnych. Buddyzm przywiązuje dużą wagę do szacunku dla procesu umierania i śmierci człowieka, należy ten fakt uwzględnić w procesie opieki. Wśród wartości istotnych dla praktykujących buddyzm znajduje się zasada nienaruszalności życia i zasada współczucia. W świetle doktryny buddyzmu eutanazja powinna być potępiona. Pacjenci w stanach tzw. trwale wegetatywnych powinni być otoczeni szczególną troską. W przypadkach pacjentów w stanie terminalnym odstąpienie od walki o życie jest usprawiedliwiona. Buddyści akceptują rezygnację z tzw. uporczywej terapii, czyli takiego leczenia, które stanowi poważne obciążenie dla pacjenta i przedłuża jego cierpienia. Płyny i żywienie powinno być zapewnione do końca życia pacjenta. Wśród bardzo ważnych dla buddystów kwestii jest utrzymanie jasności umysłu, także w obliczu śmierci. W związku z tym nie chcą oni przyjmować silnych leków przeciwbólowych, aby do końca móc utrzymać przytomność umysłu. Pobieranie



Pielęgniarki z Tajlandii

narządów od żywych dawców nie budzi wątpliwości, natomiast sceptycznie podchodzą do śmierci mózgowej, która wiąże się z pobieraniem narządów do transplantacji. Bardzo istotną kwestię dla buddystów stanowi medytacja. Efektem konsekwentnie praktykowanej medytacji ma być uzyskanie świadomego wglądu w procesy organiczne swojego ciała, przemiana osobowości, trwała i niezmącona pogoda ducha.


Flaga Tybetu

Szczególne znaczenie dla buddystów ma medytacja współczucia. Efekty medytacji: pozytywny wpływ na układ immunologiczny człowieka, na pracę mózgu – EEG i na metabolizm, lepsze radzenie sobie ze stresem, zwiększenie koncentracji uwagi i zdolności empatycznych.

Stosunek buddyzmu do zdrowia, choroby i śmierci

W tradycyjnym ujęciu nauk buddyjskich pojęcie cierpienia jest punktem wyjścia rozważań o wyzwoleniu i opiera się na założeniu, że żaden człowiek nie chce cierpieć, ale też nie może przez całe swoje życie cieszyć się zdrowiem fizycznym i duchowym, ponieważ istota ludzka jest z założenia niedoskonała.

Narodziny, starość, chorobę i śmierć oraz obcowanie z tym, co niemiłe, uznaje się za cierpienie. Zdaniem buddystów całkowite uwolnienie się od cierpienia, w tym od choroby, można osiągnąć pokonując pięć trucizn umysłu, czyli negatywnych emocji, tzn. gniew, zazdrość, nienawiść, pożądanie i złudne poczucie własnego „ja". Zdrowie, choroba i ułomność mają swoje przyczyny w negatywnych emocjach, błędnych poglądach oraz niewłaściwym odżywianiu i stylu życia. Człowiek nie może zatem uznać tego rodzaju cierpień za zrządzenie losu, ale musi zrozumieć, że wynikają one bezpośrednio z jego postępowania. Zaburzenia powierzchowne wynikają z nieodpowiedniego odżywiania lub niewłaściwego postępowania. Choroby te mogą być wyleczone przez skorygowanie diety lub zmianę zachowania. Medycyna tybetańska zajmuje się także chorobami przewlekłymi, w tym nowotworowymi.




Kwiat lotosu

Zgodnie z przepowiednią Buddy są one konsekwencją produkowania różnych substancji chemicznych, które to powodują powstanie „osiemnastu zaburzeń ery degeneracji". Dla osoby wyznającej buddyzm we wszystkich sytuacjach związanych z cierpieniem i zagrożeniem życia własnego lub bliskich (choroba o niepomyślnym rokowaniu, o przewlekłym charakterze, poronienie lub śmierć dziecka, utrata bliskiej osoby) najważniejsze jest odniesienie do aspektu duchowego. Choroba w ujęciu buddyzmu jest postrzegana jako konsekwencja działań i myśli z przeszłości, których skutki objawiają się w postaci konkretnego schorzenia, dlatego też wyjście z tego stanu musi odbywać



się krok po kroku. Fundamentalne znaczenie ma jej akceptacja, polegająca na braku negatywnych myśli, wewnętrznej dyscyplinie związanej z uwolnieniem się od lęku i smutku oraz nietraceniu kontroli nad sobą.

Koniecznym elementem powrotu do równowagi jest dbanie o prawidłowe odżywianie, sen i odpoczynek, a także poszukiwanie osób, które mogą pomóc zarówno pod względem medycznym jak i duchowym. Czas trudnych doświadczeń to także ważny moment na rozwijanie praktyk duchowych i odmawianie modlitw. Ważne jest pozytywne nastawienie. Im bardziej człowiek dąży do doskonałości duchowej, tym łatwiej odnajduje się w sytuacji cierpienia i śmierci i tym mniejsze ma szanse na utratę kontroli nad samym sobą. W naukach buddyjskich życie jest największą wartością i w każdym człowieku powinna istnieć gotowość do jego ochrony. W ciężkiej chorobie odmawia się modlitwy do Buddy Medycyny. W kulturze tybetańskiej lekarz jest postrzegany jako autorytet, dlatego pacjenci zachęceni przez niego do współpracy będą uczestniczyć w procedurach medycznych i zmienią styl życia. Ważne jest, aby wybrany lekarz miał duże doświadczenie i potrafił słuchać. Zadaniem pacjenta jest uważne przyglądanie się temu, czy stosowane leczenie i zabiegi są pomocne. W sytuacji gdy nie ma efektów, pacjent ma prawo wyboru innej formy leczenia. Decyzja o kontynuacji terapii lub jej zaniechania leży zawsze w rękach pacjenta. Wszelkie informacje na temat zdrowia, choroby i ograniczeń z nią związanych są zawsze przekazywane bezpośrednio pacjentowi z poszanowaniem jego osoby i w taki sposób, aby nie pogłębiać u niego smutku. Wsparcie jakie pacjent otrzymuje od rodziny i przyjaciół powinno polegać na ukazywaniu możliwości wyjścia z sytuacji choroby oraz niwelowaniu obniżonego nastroju i lęku. Śmierć w buddyzmie jest uznawana za najważniejszy moment w życiu, który zarazem przynosi nieznośne cierpienia. Proces umierania przebiega etapowo i jest związany z rozpadem elementów zewnętrznych i zmysłów oraz myśli i uczuć. Wg buddyzmu, człowiek po śmierci doznaje reinkarnacji, czyli rodzi się w innym ciele.



Styl życia wyznawców buddyzmu

Dla wyznawców buddyzmu z pojęciem zdrowia i choroby ściśle związana jest z dietą, której założenia mówią, że spożywanie odpowiednich produktów i napojów pozwala na cieszenie się zdrowiem i długim zdrowiem. Zwyczaje żywieniowe podlegają zmianom.



Zwyczaje żywieniowe – dieta w buddyzmie



Podstawowym elementem medycyny tybetańskiej jest stosowanie ziół i przypraw. W medycynie tybetańskiej przywiązuje się wagę do sposobu przygotowywania posiłków. Każda potrawa po 24 godzinach jest uważana za nieświeżą. Nie powinno się zamrażać produktów uprzednio gotowanych, dopuszczalne jest zamrażanie produktów surowych. W buddyzmie Mahajany produkty zwierzęce są wykluczone. Generalnie, buddyści powstrzymują się od spożywania mięsa i alkoholu, ponieważ wierzą w reinkarnację.

Budda odradzał swoim uczniom jedzenia „pięciu ostrych przypraw" (cebula, czosnek,





szczypior, por i szalotka).Warzywa te zaburzają wewnętrzną harmonię i powodują nieprzyjemny zapach ciała. W diecie należy unikać produktów powodujących libido, takich jak pory i czosnek. Alkohol (wywołuje gniew, wzburzenie, wzmaga erotyczne pożądanie) utrudnia rozwój duszy i ciała oraz zwiększa nagromadzenie się negatywnej karmy, w którą tak mocno wierzą buddyści. Odrębnym problemem są utrwalone kulturowo złe nawyki żywieniowe, m.in. spożywanie zbyt dużej ilości masła, tłuszczów zwierzęcych i suchego mięsa, co przyczynia się do wzrostu częstości występowania niedokrwiennej choroby serca, nadciśnienia i nadwagi.

Produkty zalecane zgodnie z naukami Buddy: soja, ryż, glony morskie, liście lotosu, ziarna sezamu, kapusta pekińska, grzyby. Związek Buddystów zaleca prostą, zdrową, ekologiczną i wegetariańską, wegańską kuchnię. Najważniejsze w buddyzmie jest nie krzywdzić innych i pomagać im na ile to możliwe. Buddysta powinien medytować, przekształcać swoje myśli tak, aby były bardziej współczujące.

Stosunek buddyzmu do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Buddyzm uznaje życie za największą wartość, ofiarowanie części swego ciała jest uznawane za okazję do zgromadzenia dużych zasług przyczyniających się do budowania pozytywnych potencjałów w umyśle, rozwijania współczucia i miłującej dobroci, rezygnowania z własnych przyjemności, korzyści

oraz wygody, co przyniesie owoce w następnych wcieleniach. Stosunek do przeszczepów z punktu widzenia religijnego jest pozytywny. Niektóre rodzaje przeszczepów, np. oczu, są traktowane jako rzecz bardzo pożyteczna. Inne, np. przeszczep nerek, nie znajdują zastosowania, gdyż medycyna tybetańska pozwala na wyleczenie tego typu chorób. Istnieją także wątpliwości, czy przeszczepiona nerka może dobrze służyć biorcy. Buddyzm cechuje pozytywne nastawienie do transfuzji krwi i płynów krwiopochodnych.

„Być dobrym człowiekiem dla innych to trudne zadanie. Być dobrym człowiekiem dla samego siebie to zadanie jeszcze trudniejsze. Zasady życia wg Dalajlamy stanowią punkt odniesienia i drogowskaz, którym warto podążać".

Stosunek buddyzmu do antykoncepcji i planowania rodziny



Podejście do regulacji poczęć w buddyzmie nie jest jednolite. Według mnichów nie należy ingerować w decyzje małżonków i pozostawić im wolny wybór. W praktyce uznawana jest konieczność kontroli narodzin i stosowania metod znanych od wieków: wstrzemięźliwości, stosunków przerywanych i środków antykoncepcyjnych.

Medycyna tybetańska dysponuje skutecznymi środkami antykoncepcyjnymi, działającymi przez całe życie lub okresowo, ale ze względów moralnych mogą je stosować tylko ludzie posiadający siedmioro lub więcej dzieci. Antykoncepcja z religijnego punktu wiedzenia nie jest rzeczą bardzo złą, ponieważ nikogo się nie zabija. Współcześnie do dopuszczalnych przez buddystów metod antykoncepcyjnych należą: doustna pigułka antykoncepcyjna, prezerwatywy, kapturki, sterylizacja i metody naturalne.

Stosunek buddyzmu do sztucznego zapłodnienia

Buddyzm widzi w sztucznym zapłodnieniu chęć wpływania na karmę, czyli drogę życia na następne wcielenia. Problem zapłodnienia in vitro nie istnieje wśród ludności tybetańskiej. W sytuacji gdy małżonkowie nie mogą mieć dzieci, po konsultacjach z przewodnikiem duchowym i lekarzem buddyjskim podejmowane są specjalne praktyki duchowe, po których dochodzi do poczęcia dziecka. Praktyki religijne poprzedzające zapłodnienie są traktowane jako przygotowanie do przyjęcia dziecka i mają zapewnić szczęście i dobro dla całej rodziny.

Stosunek buddyzmu do aborcji

Zgodnie z najstarszą nauką buddyjską ludzkie życie rozpoczyna się z chwilą poczęcia. W tradycyjnych szkołach buddyjskich aborcja jest nielegalna i może być wykonana jedynie w sytuacji zagrożenia życia matki. Zabicie embrionu uważa się za przestępstwo. Aborcja jest także rozumiana jako niszczenie potencjału Buddy i przestępstwo przeciwko zachowaniu gatunku ludzkiego. Zastosowanie środków wczesnoporonnych jest uznawane za morderstwo. Istnieją jednak wyjątki, np. w buddyzmie japońskim, w którym zabiegi aborcyjne są często wykonywane. Zabiegi aborcyjne są także dopuszczalne w sytuacji, gdy zdrowie matki jest poważnie zagrożone. Praktykowana jest

także ceremonia mizuka (dziecko wody) w intencji usuniętych płodów, która polega na składaniu modlitw z prośbą o ich pomyślność. Często na buddyjskich cmentarzach można spotkać tysiące figurek podobnych do lalek, umieszczanych tam przez rodziców dzieci, które zostały „usunięte" lub które urodziły się martwe.

Stosunek buddyzmu do eutanazji

Buddyzm stanowczo sprzeciwia się eutanazji, uznając, że prowadzi ona do nagromadzenia negatywnej karmy.

Stosunek buddyzmu do kremacji i sekcji zwłok

Buddyzm uznaje spopielenie zwłok za ważną naukę mającą ukazać nietrwałość i przemijalność ludzkiego życia. Nauki buddyjskie nie sprzeciwiają się sekcji zwłok, gdyż nie ciało ludzi jest przedmiotem zainteresowań, lecz świadomość.

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą



W buddyzmie przywiązuje się wielką wagę do posiadania potomstwa. Posiadanie dziecka jest utożsamiane ze szczęściem związanym z możliwością opiekowania się nim oraz zapewnienia ciągłości życia. Brak dzieci jest dla rodziny wielkim zmartwieniem. Kobieta ciężarna powinna dbać zarówno o sferę psychiczną jak i fizyczną. Bardzo istotne jest pozytywne myślenie i odbywanie praktyk religijnych. Jeśli w okresie ciąży kobieta jest narażona na liczne stresy, wpływa to bezpośrednio na płód i prowadzi do wystąpienia chorób. Ciężarna powinna dbać o sen, prawidłowo się odżywiać i dużo spacerować. Od 7 tygodnia ciąży kobieta jest zobowiązana ograniczyć pracę. Okres ciąży powinien być poświęcony praktykom religijnym. W medycynie tybetańskiej wielką wagę przykłada się do ostatnich dwóch tygodni ciąży. Rodzice w sposób szczególny powinni chronić dziecko przez dobre myśli i praktyki religijne. Wskazany jest całkowity relaks, wyciszenie emocji i dobry sen. Ważna jest dobra opieka sprawowana przez lekarza lub specjalnie przygotowaną do opieki nad rodzącą kobietą. Buddyści uważają, że spokój i obecność prawych ludzi przy położnicy ułatwiają poród i zmniejszają negatywne emocje związane z bólem. Zgodnie z założeniami medycyny buddyjskiej w okresie narastania bólów porodowych i w godzinę po porodzie kobiecie podaje się specjalną, bardzo pożywną zupę w celu uzupełnienia energii. Dodatkowo po porodzie matka otrzymuje nalewkę alkoholową. Kobiecie również wykonuje się masaż głowy i okolicy barków w celu ochrony organizmu, a zwłaszcza narządu rodnego i nerek, przed utratą ciepła. Takie postępowanie ma miejsce, gdy kobieta rodzi w kraju o tradycjach buddyjskich. W okresie połogu położnica może uczestniczyć we wszystkich praktykach religijnych. Przynajmniej przez okres roku karmi dziecko piersią.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- ✔ **uzyskanie wiedzy** na temat zasad przygotowania kobiety do porodu i jego przebiegu**;**
- ✔ **zapoznanie się z zasadami lub obyczajami** panującymi w danej kulturze i rodzinie;
- ✔ **zebranie informacji co jest dla pacjentki istotne,** jakie są jej oczekiwania i jakie obowiązują w danej kulturze zasady postępowania z dzieckiem;
- ✔ **nawiązanie kontaktu z antropologiem medycznym** w celu określenia przez niego znaczenia różnych przekonań, przesądów i rytuałów;
- ✔ **okazywanie szacunku** wobec indywidualnych wierzeń**;**
- ✔ **stworzenie atmosfery bezpieczeństwa** i przestrzeni dla realizacji potrzeb matki – na tyle, na ile pozwala na to struktura danej instytucji np. szpitala;
- ✔ **umożliwienie kobiecie spożycia posiłku i płynów w trakcie porodu i po porodzie;**
- ✔ **umożliwienie kobiecie przyjmowania posiłków ciepłych** (wyeliminować produkty zaburzające równowagę w organizmie);
- ✔ **zapewnienie kobiecie możliwości przyjmowania preparatów ziołowych zgodnie z zaleceniami lekarza tybetańskiego, po konsultacji z lekarzem** (poinformować go, co pacjentka zażywa i dlaczego);
- ✔ **odbycie rozmowy/konsultacji z rodziną lub osobami,** które reprezentują daną kulturę i potrafią wytłumaczyć znaczenie określonych zachowań lub praktyk;
- ✔ **ułatwienie kobiecie kontaktu z osobami bliskimi** w trakcie porodu i po porodzie;
- ✔ **zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do informacji** przez tworzenie biblioteczek szpitalnych zawierających książki i artykuły o metodach leczenia opartych na medycynie tybetańskiej.



Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem

Narodziny, podobnie jak śmierć, traktuje się jako cierpienie wynikające z nieuwolnienia się z kręgu ponownych wcieleń. Nowo powstałe życie samo w sobie nie posiada wartości religijnej. Dla buddystów ważne jest, aby pępowina została przecięta przez lekarza tybetańskiego lub przysposobiona kobietę, którzy maja dobre intencje do nowonarodzonego. Dziecko bezpośrednio po urodzeniu jest myte. Zwyczajem jest także, że każde nowo narodzone dziecko ma ustalony horoskop urodzeniowy. Na prośbę rodziców wyboru imienia dla dziecka dokonuje Dalajlama, jeszcze na etapie życia płodowego.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **poznanie nakazów religijnych** związanych z wczesnym okresem po narodzinach dziecka;
- **umożliwienie rodzinie kontaktu z osobą duchowną i stworzenie warunków do wspólnej modlitwy** w intencji dziecka oraz dokonania błogosławieństwa;
- **ograniczenie liczby osób sprawujących opiekę nad dzieckiem,** zwłaszcza w pierwszym dniu jego życia;
- **sprawowanie opieki pielęgniarskiej zgodnie ze standardami i potrzebami.**

W sytuacji choroby dziecka opiekę nad nim sprawuje cała rodzina, zwłaszcza zaś rodzice i dziadkowie.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **stworzenie rodzinie warunków do modlitwy** w intencji dziecka i przeprowadzenia rytuałów;
- **umożliwienie dziecku przyjmowania ciepłych posiłków** (wyeliminować produkty zaburzające równowagę w organizmie);
- **zapewnienie dziecku możliwości przyjmowania preparatów ziołowych** zgodnie z zaleceniami lekarza tybetańskiego;
- **ułatwienie dziecku kontaktu z rodziną.**



Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem

Proces leczenia osoby dorosłej obejmuje przestrzeganie zaleceń dietetycznych, z eliminacją produktów zaburzających równowagę w organizmie, oraz przyjmowanie zaleconych przez lekarza ziół. Powrót do pełni zdrowia w rozumieniu medycyny buddyjskiej jest możliwy pod warunkiem odbywania praktyk religijnych, gdyż tylko połączenie działań a sferze duchowej i fizycznej może prowadzić do przywrócenia zdrowia. Opieka nad chorymi dorosłymi wyznającymi buddyzm jest związana z przestrzeganiem zaleceń dotyczących stylu życia oraz stworzeniem warunków do odbywania rytuałów religijnych i realizowania praktyk medytacyjnych.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **uzyskanie wiedzy na temat zwyczajów religijnych i praktyk medytacyjnych;**
- **stworzenie pacjentowi warunków** umożliwiających realizację praktyk religijnych;
- **poznanie nastawienia pacjenta do diety** i konieczności ograniczeń związanych ze stanem zdrowia;
- **umożliwienie pacjentowi przyjmowania posiłków** zgodnie z zaleceniami medycyny tybetańskiej;
- **zapewnienie pacjentowi** możliwości równoległego korzystania z tradycyjnej terapii realizowanej w ramach medycyny buddyjskiej;
- **sprawowanie opieki pielęgniarskiej zgodnie ze standardami i z uwzględnieniem przyzwyczajeń** chorego wynikających z odrębności kulturowych;
- **zachowanie wrażliwości na różnice kulturowe** dotyczące rozumienia zdrowia i choroby, właściwego sposobu leczenia, oczekiwań wobec opieki zdrowotnej i sposobu komunikowania swoich potrzeb.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci

Życie jest przypisane każdemu człowiekowi zgodnie z prawem karmy. Jedynie osoby bardzo zaawansowane w sztuce medytacji mogą przesunąć moment śmierci. Istoty ludzkie umierają przedwcześnie lub z powodu wyczerpania naturalnej długości życia. W chwili śmierci liczą się dwie rzeczy: to, co człowiek zrobił w życiu, i stan jego umysłu. W tradycji buddyjskiej bardzo mocno podkreśla się znaczenie stanu umysłu, gdyż jego rozproszenie i brak równowagi może doprowadzić do negatywnych skutków, nawet jeśli człowiek wiódł prawe życie. Bardzo ważna jest atmosfera panująca wokół umierającego, powinna być wyciszona. Bezpośrednia obecność osób bliskich nie jest wskazana, gdyż ich rozpacz może zakłócić spokój umierającego. Pociechą dla umierającego jest poczucie związku z duchowymi przewodnikami. W momencie śmierci znaczenie ma ułożenie człowieka. Tradycyjnie

zaleca się ułożenie umierającego na lewym boku „w pozycji śpiącego lwa". Wszystkie praktyki i działania podejmowane przez osoby towarzyszące osobie umierającej są nacechowane współczuciem i miłością. Zwyczaje pogrzebowe są różne w poszczególnych rejonach.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- zapewnienie osobie umierającej warunków intymności;
- **zapytanie rodziny, czy jest coś szczególnie ważnego dla pacjenta**, jakie są jego potrzeby, czy jest coś, co ma dla niego znaczenie symboliczne (rytuał, obecność kogoś lub czegoś);
- **umożliwienie postawienia na stoliku przedmiotów,** np. zdjęcia nauczyciela, posążka Buddy;
- **umożliwienie rodzinie pożegnania się z pacjentem** przed rozpoczęciem się procesu umierania, zgodnie ze wskazówkami przewodnika duchowego;
- **zapewnienie umierającemu ciszy i spokoju** oraz kontaktu z mistrzem lub przyjacielem duchowym;
- **ułożenie chorego na lewym boku** w „pozycji śpiącego lwa", lub pomoc w przejściu do pozycji siedzącej ze skrzyżowanymi nogami;
- **stworzenie warunków do odprawienia rytuału phoła** przed dotknięciem lub przesunięciem ciała zmarłego, w ciągu pół godziny od śmierci;
- **obecność przy umierającym nienacechowana lękiem i smutkiem, wrażliwość na jego potrzeby i oczekiwania.**

Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi hinduizm





Indyjska flaga – ma swoja nazwę **Tiranga** składa się z trzech kolorów, podzielonych na poziomych pasach, szafranowego, białego oraz zielonego. Szafranowy symbolizuje (odwagę i poświecenie), biały (prawdę i pokój), zielony (płodność i rycerskość). Inna interpretacja kolorów: szafranowy – hinduizm, zielony – islam, biały pomiędzy nimi, oznacza pojednanie. W centralnej części znajduje się buddyjska forma Koło Dharmy, symbolizujący sprawiedliwość i prawo. **Tiranga jest oficjalnym symbolem Indii od 1947 r.**

Wprowadzenie do zagadnień hinduizmu

Hinduizm – określenie zbiorcze na grupę wierzeń religijnych wyznawanych głównie na Półwyspie Indyjskim. Słowo hinduizm wywodzi się z sanskryckiego terminu Sindhu oznaczającego rzekę Indus. Hinduizm jest religią naturalną. Nie jest to jednorodna religia, ale zbiór luźno ze sobą powiązanych wierzeń i kultów, poglądów różnych szkół filozoficznych, praw i norm postępowania. Hinduizm wyznaje ponad miliard ludzi, z których ogromna większość (ok. 910 milionów) zamieszkuje Indie i Nepal. Hinduizm traktowany jest trzecią pod względem liczby wyznawców religią świata.

Głównym symbolem hinduizmu jest **„OM”**, czyli najświętsza sylaba, będąca według **Wed** – najczęstszym i najwspanialszym dźwiękiem, który poprzedzał stworzenie wszechświata. Z niej zrodzili się bogowie. Wyznawcy **hinduizmu** wierzą, że cała rzeczywistość jest podtrzymywania dzięki wibracji tej sylaby. Utrzymuje ona w całości atomy świata i niebiosa. Służy jako inwokacja do modlitwy oraz świętych śpiewów. Na niej opierają się liczne mantry.

Za symbol hinduizmu uważa się również **swastykę**, która jest rozpowszechniona w całej Azji a nie tylko w Indiach, i oznacza szczęście i pomyślność. Hinduskie kobiety mają zwyczaj malować lub usypywać z kolorowego proszku znak swastyki przed wejściem do domów, aby chronił on domostwo.



Symbol – Trisula (trójząb)



Symbol OM – najświętsza sylaba hinduizmu



Symbol hinduizmu – swastyka hinduistyczna

Tadź Mahal – świątynia miłości

Symbolem hinduizmu i buddyzmu jest również kwiat lotosu uznawany w Indiach za roślinę świętą i zapewniającą szczęście. Lotos symbolizuje boskość, bogactwo, wiedzę i oświecenie. Zajmuje szczególne miejsce w mitologii i sztuce. Utożsamiany jest z wieloma bóstwami panteonu hinduistycznego. **Kwiat lotosu został uznany za symbol narodowy Indii.**

Hinduizm jest nie tyle systemem religijnym, ile raczej stylem życia. Hinduizm kładzie nacisk na wewnętrzny rozwój duchowości człowieka. Istnieje bardzo wiele odłamów hinduistycznych różniących się zarówno





wierzeniami na temat Boga, jak i praktykami. Do elementów wspólnych wszystkim odłamom hinduizmu należą: **uznany autorytet świętych ksiąg – Wed**, system stanów społecznych, doktryna o czterech stadiach życia, nauka o reinkarnacji i trzech sposobach wyzwolenia, zmienny i bogaty panteon bogów oraz kult domowy. Ich wyznawców łączy przede wszystkim: szacunek dla świętych ksiąg – Wed; wiara w **reinkarnację**; wiara w prawo akcji i reakcji (karma); dążenie do wyzwolenia, różnie rozumianego przez poszczególne odłamy. **Reinkarnacja** (transmigracja) – pogląd, według którego dusza po śmierci ciała, może wcielić się w nowy byt fizyczny np. dusza jednego człowieka może przejść w ciało nowo narodzonego dziecka lub zwierzęcia. **Karma** – jest to przyczyna, rozumiana w sensie prawa przyczyny i skutku. Ludzie wyznający hinduizm często mówią, że karma jest zrobieniem złego uczynku, który trzeba odpracować albo zrobić coś dobrego w zamian. Generalnie hinduizm uznaje, że każda wiara, która prowadzi do Boga, jest dobra.



Weda – święta księga

Święte księgi hinduizmu – Wedy, spisane zostały a sanskrycie (język literacki starożytnych, średniowiecznych i wczesnonowożytnych Indii). Weda oznacza wiedzę; wiedzę o tym co święte. Według hinduistów święte księgi zostały spisane przez natchnionych przez Boga i jako takie bezpośrednio pochodzą od Boga. Każdy z odłamów ma własne rytuały, własne obyczaje, wierzenia, kult bogów oraz tradycje. Hindusi mogą czcić swych bogów przez śpiewanie hymnów, recytacje świętych formułek, składanie ofiar z kwiatów i owoców. We wszystkich odmianach **hinduizmu** ważną rolę odgrywa **dharma,** czyli wiara w zespół praw karmicznych decydujących o wszelkich zdarzeniach, jakie mają miejsce w życiu człowieka. Dharma (prawo, powinność, obowiązek moralny, nauka, porządek rzeczy) to zespół obowiązków społecznych i religijnych, które powinien wypełniać wyznawca hinduizmu, aby osiągnąć wyzwolenie z kręgu sansary. **Dharma** obejmuje całą sferę moralności i obrządków religijnych. Wyznaczając sposób życia i myślenia, **określa podstawowe zasady etyczne, jakimi powinien kierować się każdy wyznawca.** Obejmują one obowiązek pracy, założenia rodziny, spłodzenia i wychowania dzieci oraz próby osiągnięcia oświecenia na starość. **Sposób realizacji drogi życia hindusa wyznacza sankcjonowany przez religię system kast – porządek społeczny związany z doktryną o czterech stadiach życia oraz prawem karmy, zgodnie z którym każdy czyn wywołuje skutek, zależny od wartości moralnej tego czynu**. Według **hinduizmu** przeznaczenie człowieka i jego los są nierozerwalnie związane z wszechświatem. Wszystkie istoty żywe (nie tylko ludzie) posiadają swoje indywidualne dusze, które uczestniczą w cyklicznym, nieskończonym **procesie reinkarnacji** polegającym na przechodzeniu po śmierci w inne ciało.

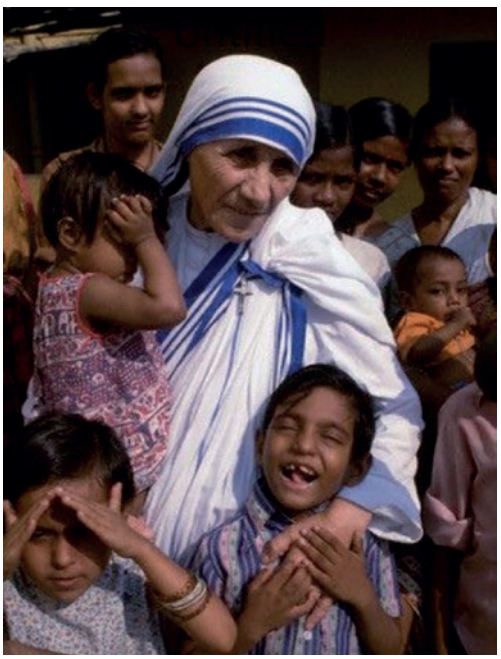


Karma – reinkarnacja – samsara (wędrówka dusz)

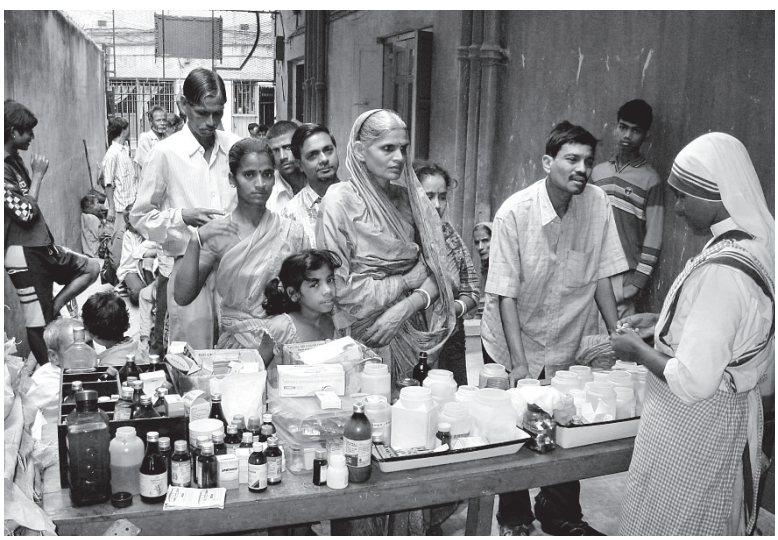
„Wędrówka dusz" to **samsara** (bądź sansara) – cykl narodzin, śmierci i ponownych narodzin. Losy duszy są warunkowane przez czyny – poprzez każdy czyn dusza zabiera określoną (dobrą lub złą, zależnie od czynów) **karmę**, której rezultatem są sukcesy i szczęście lub cierpienie. Gdy te nastąpią, wtedy karma się spala. Wszyscy są pogodzeni ze swoją karmą i swoim miejsce w świecie. Bezdomny wie, że bożym planem dla niego jest bycie bezdomnym. Hindusi nie widzą sensu w dawaniu jałmużny czy pomocy innym. Twierdzą, że to nic dobrego, bowiem nie zmieni to bożego planu, a może jedynie dać ofiarodawcy szkodliwą dumę.

Matka Teresa z Kalkuty – misjonarka (albańska)

Między innymi **działalność Matki Teresy** spotykała się w Kalkucie z całkowitym niezrozumieniem, a nawet wrogością. Matka Teresa z Kalkuty (albańska założycielka zgromadzenia Misjonarek Miłości, Laureatka Nagrody Templetona oraz Pokojowej Nagrody Nobla w roku 1979 święta Kościoła Katolickiego), od 1948 r. do śmierci w 1977 r. prowadziła hospicja dla umierających, ubogich, chorych i sierot.







Kobiety w Indiach mają cięższe życie niż w większości krajów arabskich, ale rzadko się o tym mówi. **Pozycja kobiet w hinduskim społeczeństwie** jest ściśle ustalona i w zasadzie dość niska. Istnieją wprawdzie formy wspierania kobiet np. specjalne kasy czy okienka na dworcach. Kobieta w Indiach jest całkowicie poddana woli mężczyzny. Jej pragnienia i aspiracje zupełnie nie mają znaczenia. Hindusi wierzą, że małżeństwo trwa nie tylko w życiu doczesnym, ale także przez kolejne siedem wcieleń. Żona jest postrzegana jako dar od bogów a małżonkowie związani są ze sobą zarówno fizycznie jak i duchowo, małżeństwa aranżowane są normą. Niestety wciąż aktualny jest starożytny **„Kodeks Manu",** który jednocześnie stwierdza: **„w dzieciństwie kobieta podlega ojcu, w młodości mężowi, a kiedy ten umrze, swoim synom; kobieta nigdy nie może być niezależna"**. Gdy kobieta zachodzi w ciąże konieczne jest odprawianie modłów. Musi urodzić



się chłopiec. On będzie nagrodą i gwarancją na przedłużenie rodu. W przypadku poczęcia dziewczynki, będzie ona „karą". Dziecko będzie przeżywało koszmar bycia kobietą (traktowaną jak przedmiot, bez woli i prawa do własnego życia). Patriarchat dotyczy wszystkiego, pracy, rodziny, prawa uczestnictwa w życiu publicznym a nawet religii. Mahatma Gandhi pisał: **„Dla żony Hindusa bezwzględne posłuszeństwo wobec swojego małżonka jest niemal religią. Hindus małżonek uważa siebie za pana i władcę swojej żony, która winna okazywać na każdym kroku uległość".**

Indyjskie kobiety nadal są dyskryminowane w małżeństwie, hindusi traktują kobiety jak obiekt seksualny i służące. Do szkoły chodzą chłopcy, dziewczynki zostają zazwyczaj w domu. Przy stole pierwsi siadają mężczyźni, gdy skończą jeść, wtedy jedzą kobiety. Według hinduizmu celem zawierania małżeństw jest podtrzymywanie społeczeństwa, wzajemna opieka i wydawanie na świat potomstwa. Zgodnie ze świętymi pismami hinduizmu, obowiązkiem żony jest oddanie i służba mężowi, a męża opieka i ochrona żony. Dzieci natomiast są zobowiązane służyć i szanować rodziców, a szczególną opieką otoczyć ich gdy się zestarzeją.

Hinduizm ma najbogatszy panteon ze wszystkich religii. Bóstwa te mają znaczenie mocno symboliczne. Człowiek może samodzielnie wybrać własną drogę do duchowej doskonałości. Prawie każdy region kraju ma własne obyczaje, wierzenia, kult bogów, tradycje i rytuały. Społeczności hinduskie nadal żyją zgodnie ze starym porządkiem społecznym, religijnym i kulturowym. Nie ma obowiązku chodzić do świątyni i jeżeli jest się w stanie odpowiednio skoncentrować, można się modlić we własnym domu. Żywy jest kult bogów, codziennie w domach i świątyniach hinduskich sprawuje się obrzędy oddawania czci i składania ofiar bogom: posągi bóstw są dekorowane kwiatami, a wierni śpiewają hymny i litanie.

Do najważniejszych bogów w hinduizmie należą: **Brahma** – stwórca świata (jest przedstawiany z czterema twarzami jako młodzieniec; narodził się z kwiatu lotosu). **Wisznu** – odpowiada za trwanie świata, do jego awatorów należą: **Kryszna i Rama**. W hinduizmie istnieje wiara w bóstwa – **dewy** (bóstwa męskie) i **dewi** (bóstwa żeńskie). Dewa – nieposiadająca ciała fizycznego istota nadprzyrodzona.

Świątynie w Indiach

Kult w hinduizmie przyjmuje dwie formy: **kultu domowego i kultu świątynnego**. **Hindusi** zapraszają do siebie swych bogów i czują się ich gospodarzami. W każdym domu wyznawcy hinduizmu znajdują się małe kapliczki lub ołtarzyki z wizerunkami bóstw (pudźa), przed którymi dokonują oni codziennej ofiary.

Domowe pudźe zapewniają pomyślność rodzinie lub osobie ją odprawiającej. Równolegle do kultu





Składanie bogom ofiar z kwiatów i owoców





domowego istnieje kult świątynny. Również polega na składaniu ofiar (np. z kwiatów, owoców) na wykonywaniu pewnych gestów, recytowaniu świętych tekstów, śpiewaniu hymnów, noszenie bóstwa w procesjach, paleniu przed nim kadzideł. Popularną formą kultu jest także pielgrzymka, czyli jatra. **Hindusi pielgrzymują głównie do Varanasi** / Benares (tam mają miejsce rytualne kąpiele w Gangesie).Wielu **hindusów** modli się w domu przed własnym posążkiem lub obrazem bóstwa. Kult ma charakter indywidualny. Przebieg uroczystości domowych zależą od kasty. Najwięcej obowiązków związanych z kultem ciąży na **braminach** (kapłanach – ubierających się na biało). **Hindusi** mogą czcić swych bogów przez śpiewanie hymnów, recytację świętych formułek, składanie ofiar z kwiatów i owoców oraz sypanie wzorów z kolorowych proszków.

Święto Światła – Diwali – święto lampy

Tilaka służy celom religijnym. To noszony przez hindusów znak na ciele, przeważnie znajduje się na czole (nanosi kapłan). W zależności od konkretnej sekty religijnej – **tilaki** różnią się kształtem. Najczęściej można zobaczyć czerwoną kropkę w miejscu tzw. **„trzeciego oka”,** mają zatrzymać energię. **Bindi** – jest to przylepna naklejka – rodzaj biżuterii. Noszą je tylko kobiety. **Bindi** na czołach to ozdoba a nie religijny nakaz. Mogą oznacza rozmaite rzeczy (od bycia mężatką po pozostałość po porannych modłach), często nie znaczą nic.



Tilaka – znak na czole (kobiety i mężczyźni)

Wyznawcy hinduizmu nie muszą obowiązkowo uczestniczyć w żadnych ceremoniach religijnych, mają jednak obowiązek przestrzegania nakazów kastowych. Pozycja jaką człowiek zajmuje w systemie kastowym, zależy od pochodzenia, kwalifikacji i rodzaju wykonywanej pracy. Są też ludzie nienależący do żadnej kasty, czyli tzw. niedotykalni, którzy zajmują najniższą pozycję w społeczeństwie indyjskim. W przeszłości byli oni pozbawieni wszelkich praw, jednak od lat 50, obowiązuje postępowa konstytucja indyjska oraz kodeks karny, które wykluczają różnicowanie praw do wolności i nietykalności osobistej ze względu na płeć, pochodzenie czy wyznawaną religię. Duże znaczenie dla każdego hindusa ma pielgrzymka nad świętą rzekę Ganges w celu odbycia rytualnej kąpieli, mającej na celu oczyszczenie z negatywnych skutków działania prawa karmy. **Kąpiel w Gangesie** usuwa nie tylko fizyczny brud, ale także wszystkie skazy i grzechy na duszy (Ganges w rzeczywistości jest bardzo zanieczyszczony i kąpiel w nim jest dość ryzykowna).



Bindi – naklejka na czole (tylko kobiety)







Rytualna kąpiel w Gangesie – święte miasto Waranasi

Hindusi wierzą, że kąpiel w Gangesie zmywa grzechy, a śmierć i pogrzeb w świętym mieście **Waranasi** uwalnia duszę z cyklu transmigracji. Wielu Hindusów przybywa do miasta, by w nim umrzeć i zostać pochowanym w rzece.

Niektóre święta czczą wszyscy wyznawcy hinduizmu bez względu na miejsce pochodzenia i zamieszkania (np. Święto Światła związane z kultem bogini **Lakszmi, żony boga Wisznu**). W hinduizmie nadal bardzo duże znaczenie mają wszelkie rytuały przejścia związane z osiąganiem odpowiedniego wieku i przechodzeniem przez kolejne stadia życia. Do szczególnie ważnych w hinduizmie rytuałów przejścia należą ceremonie zaślubin, a także „konsekracje" (sanskary) związane z poczęciem i narodzinami dziecka oraz przyprowadzeniem młodego chłopca do bramina. Ceremonie te obejmują ofiary i rytualne gesty oraz recytowanie półgłosem mantry.



Rytuały pogrzebowe

Równie ważne są **rytuały związane z pogrzebem i oddawaniem czci zmarłym przodkom**. W tym przypadku tradycja jest nadal przestrzegana bardzo rygorystycznie.

Ważnym aspektem jest również ubiór. Wielu Hindusów łączy swój tradycyjny ubiór z elementami zachodnimi. Typowe ubrania indyjskie sporządzono z jednego kawałka materiału bez szwu (**dhoti dla mężczyzn, sari dla kobiet**). Buty i sandały ze skóry lub tworzyw sztucznych uznawane są za nieczyste. Do świątyń i pomieszczeń mieszkalnych wolno wchodzić jedynie bez obuwia. Wyjątkiem są drewniane sandały noszone przez ascetów i osoby, które są autorytetami religijnymi.



Ceremonie zaślubin

Hinduizm zakazuje krzywdzenia wszelkich istot czujących (zasada ahinsy). Święte pisma tej religii

nakazują wegetarianizm i twierdzą, że każdy kto spożywa, a nawet ma udział w przygotowywaniu mięsa, popełnia grzech zabicia zwierzęcia, z którego to mięso pochodzi. Z największym szacunkiem hindusi traktują bydło domowe. W hinduizmie bydło jest gatunkiem zwierzęcia wielce szanowanym. Wspólny dla wszystkich hinduistów jest szacunek dla „świętych krów". Symbolizm krowy – uniwersalna matka i symbol kosmiczny. **Święte pisma hinduizmu traktują krowy jako podtrzymujące życie** (ponieważ ich mleko było bardzo ważnym elementem diety dla wielu ludzi). „Święta krowa" – termin używany dla określenia specjalnego statusu krowy w Indiach.





Wbrew panującemu na zachodzie przekonaniu, hindusi nie czczą krów, ale starają się zapewnić im ochronę, co przejawia się w łagodnym ich traktowaniu. Religia hinduistyczna zakazuje spożywania wołowiny i zdecydowana większość hindusów tego przestrzega. Obecnie ubój krów jest zakazany w większości indyjskich stanów. Świecka konstytucja Indii zawiera zapisy zobowiązujące władzę do ochrony krów (dopuszczalne zabijanie krów starych i chorych)

Hinduizm jest obecnie przedmiotem zainteresowania religioznawców, socjologów i antropologów. Związane z nim tradycje i wierzenia (wegetarianizm, joga, medytacje, elementy medycyny ajurwedyjskiej) przenikają również do Europy, gdzie są chętnie przyjmowane przez ludzi otwartych i interesujących się innymi kulturami.

Mantry – 108 koralikowy sznur, Tybet mantry wyryte na kamieniu

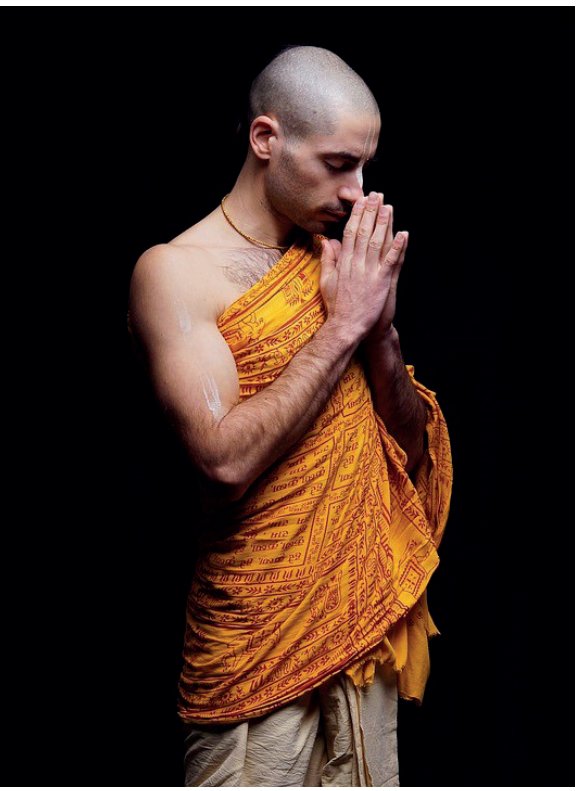
Mantra – formuła w hinduizmie, buddyzmie; werset, sylaba, która jest elementem praktyki duchowej. Jej powtarzanie ma pomóc w opanowaniu umysłu, zaktywizowaniu określonej energii, uspokojeniu, oczyszczeniu go ze splamień. W hinduizmie do powtarzania **mantr** służy **108-koralikowy sznur modlitewny** zwany **dżapamała** (**tybetański lub indyjski sznur modlitewny**).







Medytacja – praktyki polegające na ćwiczeniu umysłu lub wprowadzaniu się w odmienny stan świadomości dla uzyskania dobroczynnego skutku, albo aby umysł uznał treść odmiennego stanu bez identyfikowania się z nim lub jako cel sam w sobie. **Etyka hinduistyczna** jest wspólna dla wszystkich kultów hinduistycznych. Etyka ta nazywana jest **Dharmą** i obejmuje ona swym zasięgiem nie tylko ludzi, ale także wszelkie istoty żywe. Jej podstawą są wartości takie jak miłość, współczucie i spokój, a także pokonanie pragnień i przywiązań i oddanie Bogu. Etyka hinduistyczna opiera się na kilku fundamentalnych założeniach: Wszyscy są sobie równi – niezależnie od wyznania, rasy, państwa, wieku, płci czy inteligencji. Z teorią nie zgadza się praktyka, gdyż: system kastowy różnicuje prawa ludzi w zależności od ich pochodzenia społecznego; jedno z podstawowych praw człowieka czyli prawo do życia nie przysługuje wdowom; w społeczeństwie hinduistycznym istnieje dość liczna grupa ludzi określanych mianem **„niedotykalni" (pariasi)**, którym tradycyjnie nie przysługują żadne prawa; należy stosować się do **zasady ahinsa** (zasada moralna, która nakazuje poszanowanie wszelkiego życia, zaleca niezabijanie i niezadawanie obrażeń cielesnych żadnym istotom żywym – ludziom, zwierzętom) i nie krzywdzić żadnej istoty czynem, myślą ani słowem, nie licząc wyjątkowych przypadków, gdy to może być konieczne, aby obronić siebie lub kogoś innego; Boga można czcić pod dowolną formą i imieniem; każdą istotę zamieszkuje Bóg, należy spełniać swój obowiązek społeczny i religijny**.** Hindusi jako społeczeństwo uchodzą za niezwykle otwartych i ciekawych świata ludzi, którzy chętnie służą pomocą i chcą dowiedzieć się czegoś nowego o odwiedzających ich gości. **Prawdziwy Hindus** nigdy nie powie „nie", ponieważ zabrania mu tego wychowanie.



Teologia i filozofia hinduistyczna dotarły do Polski na początku XIX w. Pierwsze wspólnoty zaczęły powstawać w latach 70 XX w. **Hinduizm w Polsce** jest religią mniejszościową, wyznawaną przez nieliczne grono osób. Ich liczba mogła się znacznie zwiększyć w ciągu ostatnich lat w związku z przybyciem do Polski wielu imigrantów z Indii (9,9 tysiąca osób w 2019). W Polsce działa obecnie wywodzący się z hinduizmu ruch religijny, określany mianem **krysznowców** (od imienia hinduskiego boga **Kryszny**). Jako wspólnota religijna zostali zarejestrowani w 1988 roku pod nazwą **Towarzystwo Świadomości Kryszny**.



Towarzystwo Świadomości Kryszny Pod wpływem **Rama Kryszny** (jeden z najważniejszych indyjskich świętych hinduizmu), Witold Lutosławski napisał i wydał w 1910 r. pierwszą polską książkę, poświęconą hatha jodze (tradycji indyjskiej jogi, bazująca głównie na pozycjach ciała, sześciu procesach oczyszczających oraz kontroli oddechu) – „Rozwój potęgi woli". Ważną popularyzatorką hinduizmu w Polsce w latach 40, 50 i 60 XX wieku była Wanda Dynowska, która spędziła wiele lat w Indiach i tam też zmarła. Wydała wiele dzieł, poświęconych zwłaszcza teologii i filozofii współczesnego hinduizmu.

Założyła w Madrasie (miasto nad Zatoką Bengalską) serię wydawniczą „Biblioteka Polska – Indyjska", która upowszechniała hinduską myśl filozoficzno-religijną. Pierwsza świątynia hinduistyczna powstała w 1980 r. w Czarnowie – istnieje tam do dzisiaj w rolniczym gospodarstwie ekologicznym ruchu.

Ponadto **Hare Kryszna** obecnie posiada 2 świątynie w Mysiadle pod Warszawą i Wrocławiu. Od 2009 r. we Wrocławiu zapoczątkowano coroczne świętowanie festiwalu Ratha Jatra (hinduistyczny festiwal, procesja ogromnych wozów wiozących figury. Wyznawcy **Kryszny** zobowiązani są do przestrzegania czterech zasad: stosowania diety lakto-wegetariańskiej, wstrzemięźliwości seksualnej, abstynencji (nie przyjmowanie substancji odurzających i używek) oraz rezygnacji z hazardu).

Poza kultem hinduistycznego boga łączy ich wiara w reinkarnację, szacunek dla ascezy, rygorystyczna dieta wegetariańska oraz wyrzeczenie się wszelkich używek. Ich praktyka polega na medytacji. W celu popularyzacji swojej religii organizują odczyty, pokazy przyrządzania potraw wegetariańskich oraz dyskusje na aktualne tematy społeczne. Religia przekazywana jest przez tradycję. Hindusi wierzą, że możliwe jest zasłużenie sobie na odpowiednie do swoich uczynków nowe wcielenie. Ciało człowieka stale się zmienia, wchodzi w interakcję z kosmosem. Człowiek który kontroluje swoje ciało, może osiągnąć stan koncentracji i medytować.



Pokazy przyrządzania potraw wegetariańskich

Joga wytworzyła metody, które pozwalają kontrolować ciało i umysł. Dieta w jodze jest jarska bez mięsa, ryb i jajek. Joga zaleca okresowe głodówki, picie dużej ilości wody, umiar w jedzeniu, zachowanie spokoju podczas posiłku. Cierpliwość, głęboka życzliwość dla wszelkiego życia i współczucie dla cierpiących. Główna siedziba Towarzystwa Świadomości Kryszny mieści się w Mysiadle pod Warszawą. Na terenie Polski działają trzy świątynie: w Mysiadle, we Wrocławiu i Czarnowie pod Jelenią Górą. Najwięcej krysznowców mieszka w województwie mazowieckim oraz dolnośląskim. Hindusi należą do dwóch grup zawodowych (kupcy, hurtownicy, pośrednicy handlowi oraz druga to młodzi pracownicy międzynarodowych kampanii branży komputerowych). Obecnie w Polsce działa około trzystu związków wyznaniowych oraz wspólnot hinduistycznych.



Zajęcia jogi w Polsce





Hinduizm, a opieka medyczna

Szczególne znaczenie dla Hindusów ma **medycyna ajurwedy**, która jako koncepcja zdrowotna i terapeutyczna jest uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) od 1979 r. **Ajurweda** – tradycyjna medycyna indyjska. Ajurweda zajmuje się zdrowiem fizycznym, psychicznym, duchowym. **System Ajurwedy** przez medycynę konwencjonalną (zachodnią) jest uznawany za medycynę komplementarną (łączenie zjawisk empirycznych z koncepcjami metafizycznymi. **Ajurweda** – tradycyjna medycyna indyjska zapoczątkowana w XII wieku p.n.e. **Ajurweda znaczy „wiedza o życiu"** (koncepcja trzech sil życiowych: żółć, wiatr, flegma). Celem terapii ajurwedyjskiej jest więc przywrócenie zakłóconej równowagi. Ajurweda traktuje człowieka jako całość. Medycyna ta jest oparta na ziołolecznictwie. W terapii ajurwedy stosowane są kąpiele, masaże, posty, ćwiczenia fizyczne i oddechowe, maści, diety, inhalacje.



Joga – jeden z sześciu ortodoksyjnych systemów filozofii indyjskiej, zajmujący się wszelkimi związkami pomiędzy ciałem i umysłem. Poprzez odpowiedni trening ciała (asceza), dyscyplinę duchową (medytację) i przestrzeganie zasad etycznych **(joga)** deklaruje możliwość rozpoznania przez praktykującego natury rzeczywistości. W ujęciu religijnym ma to prowadzić do przezwyciężenia prawa karmana i wyzwolenia z kręgu wcieleń (sansara – nieustanne wędrowanie dusz).

We współczesnych Indiach obowiązuje **zakaz zabijania krów i spożywania wołowiny**. Wśród szerokich mas ludności panuje przekonanie, że pięć produktów krowy (mleko, kwaśne mleko, masło, mocz i nawóz) ma oprócz praktycznej wartości właściwości magiczne. Ortodoksyjni hindusi z wyższych kast są wegetarianami. Sposób odżywiania zależy od okresu życia. W starszym wieku zaleca się bardziej ascetyczne życie. Kuchnia indyjska pachnie cudownymi mieszankami przypraw. Jedzą prawą ręką, lewa ręka jest nieczysta (służy do higieny) i nigdy nie jest używana do jedzenia ani dotykania innych osób. W kuchni hinduskiej ważną rolę odgrywają: płeć, pochodzenie osób przygotowujących, potrawy, pora i miejsce oraz naczynia kuchenne. Kuchnia jest oddzielnym miejsce do którego nie mają wstępu obcy i zwierzęta. Podczas przygotowywania posiłku dbają o mycie rąk po każdej nowej czynności. Hindusi od czasu do czasu poszczą, przygotowując się do rytuałów religijnych. Pości się w określone dni świąteczne. Zgodnie z hinduistycznym poglądem na prawo i moralność zakazana jest aborcja, a nawet umyślne zapobieganie ciąży. Zapobieganie ciąży jest ważnym tematem społecznym choćby ze względu na przyrost naturalny w Indiach. Hindusi nie chcą mieć córek. Aby uniknąć żeńskiego potomka wiele rodziców decyduje się na aborcję. Panuje przekonanie, że są nieprzydatne rodzicom, a poza tym bardzo drogie. Śmierć w hinduizmie jest naturalna i nieunikniona. Charakterystyczna dla hinduizmu jest wiara w reinkarnację. Eutanazja i samobójstwo wspomagane są zakazane. Dopuszczalną formą samobójstwa jest samo zagłodzenie lub samouduszenie przez wstrzymywanie oddechu, praktykowane przez mnichów w celu uzyskania nirwany. Hinduizm nie popiera sztucznego przedłużania życia. Ciało po umyciu i namaszczeniu podczas specjalnego rytuału zostaje spalone na stosie. Upowszechnił się zwyczaj kremacji.

Stosunek hinduizmu do zdrowia, choroby i śmierci



Pojęcia zdrowia, choroby i śmierci mają w kulturze Indii podłoże religijne, filozoficzne i magiczne. Ponieważ w hinduizmie losy wszystkich bytów zależne są od poprzednich wcieleń, wszelkie przejawy szczęścia i nieszczęścia, dobra i zła, dobrobytu, choroby i cierpienia można interpretować jako bezpośrednią konsekwencję czynów z poprzedniego życia. Przed chorobą można było się uchronić dzięki modlitwie, ofiarom i różnym praktykom religijnym. Z kolei negatywne konsekwencje złych czynów popełnionych w poprzednim wcieleniu można było zmniejszyć lub nawet usunąć dzięki przykładnemu życiu prowadzonemu zgodnie z praktykami wypracowanymi w celu wyzwolenia się z cyklu reinkarnacji, takimi jak **asceza i joga**, które mają „zneutralizować" czynniki wpływające na wędrującą jaźń. Ciało człowieka ciągle się zmienia, wchodzi w interakcję z kosmosem. Człowiek, który kontroluje swoje ciało, może osiągnąć stan koncentracji i medytować. Właśnie **joga** wytworzyła metody, które pozwalają kontrolować ciało i umysł. Dieta w jodze jest jarska, bez mięsa, ryb i jajek. Duże znaczenie przypisuje się pokarmom w stanie naturalnym. Zaleca się picie wody czystej, surowej w dużych ilościach. Joga zaleca okresowe głodówki i umiar w jedzeniu oraz zachowanie spokoju podczas posiłku. System jogi stawia sobie za cel wypracowanie zintegrowanej osobowości, opartej na silnym i odpornym organizmie fizycznym oraz samoopanowaniu psychicznym, do którego jest potrzebna silna wola, cierpliwość, głęboka życzliwość dla wszelkiego życia i współczucie dla cierpiących. Umiejętność całkowitej koncentracji myśli prowadzi do wyrobienia w sobie zdolności do samodzielnego i twórczego myślenia, niezależności sądu i postawy życiowe.



Joga to system filozoficzny, leczniczy i pedagogiczny nastawiony na osiągnięcie doskonałości duchowej w postaci wyższego stanu świadomości przez ujarzmienie ciała, koncentrację i medytację. W hinduizmie zdrowie jest traktowane jako synonim życia. Z indyjskiej tradycji wedyjskiej wywodzi się liczący ok. 5000 lat system medycyny naturalnej określany terminem ajurweda. **Ajurweda „wiedza życia"** lub **„sztuka życia"** jest systemem, który jako pierwszy zerwał z magicznym i religijnym podejściem do zdrowia i choroby, starając się w sposób racjonalny wyjaśnić problemy zdrowotne. Jego istotą jest traktowanie człowieka jako pewnej jedności. W myśl zasad ajurwedy zdrowie to nie tylko brak wyraźnych symptomów chorobowych, ale także stan absolutnie dobrego samopoczucia.

Zgodnie z zasadami medycyny ajurwedyjskiej leczy się obecnie ok. 80% ludności współczesnych Indii. Dbanie o zdrowie wyznawców hinduizmu wyraża sie głównie przez praktykowanie ćwiczeń fizycznych i duchowych oraz dietę wegetariańską a także przez postępowanie zgodnie z zasadami medycyny ajurwedyjskiej.

Styl życia wyznawców hinduizmu

O sposobie realizacji drogi życiowej wyznawców **hinduizmu** oraz ich stylu życia decyduje przede wszystkim podział społeczeństwa na **kasty**, czyli dżati (**system kast – porządek społeczny**). Występuje usankcjonowany religijnie system kastowy. **Kasty** to grupy, do których przynależy się ze

względu na urodzenie, a nie na wybór. W związku z tym nie można wystąpić z kasty. Można z niej zostać wykluczonym po złamaniu prawa kastowego. Przynależność do danej kasty jest dziedziczona i także małżeństwa wolno zawierać jedynie w ramach tej samej kasty. Wyznawcy hinduizmu mają obowiązek przestrzegania nakazów kastowych. System kastowy wyraźnie określa nie tylko zawód i zakres obowiązków, ale również sposób życia członków poszczególnych grup. Przynależność do kasty decyduje o tym, z kim dana osoba może przebywać, gdzie może mieszkać i co jeść. Grupa społeczna wywiera poważny wpływ na kontakty towarzyskie i stosunki między ludzkie społeczności indyjskich. W hinduizmie powszechne są praktyki religijne jak: pudźa (składa się bóstwu ofiarę), różne formy medytacji (praktyki polegające na ćwiczeniu umysłu lub wprowadzaniu się w odmienny stan świadomości dla uzyskania dobroczynnego skutku, albo aby umysł uznał treść odmiennego stanu bez identyfikowania się z nim lub jako cel sam w sobie; Jadźka (ofiara), powtarzanie mantr (werset, sylaba, która jest elementem praktyki duchowej), jej powtarzanie ma pomóc w opanowaniu umysłu, zaktywizowaniu określonej energii, uspokojeniu, oczyszczeniu go ze splamień; i imion Boga, wykorzystując dźapę (praktyka intonowania świętych imion lub powtarzania religijnej formuły mantry; śpiewanie pieśni religijnych. Większość tych praktyk odbywa się w hinduistycznych świątyniach, czyli mandirach (**świątynia – miejsce do modłów oraz** odprawiania pudźy). Wielu hindusów posiada również mandiry w swoich domach.





Kalendarz wyznaniowy hinduizmu jest wypełniony świętami. Wiele z nich ma charakter lokalny. Do najważniejszych świąt należą: Diwali (Dipawali) – święto lampy, święto świateł, jest najważniejszym świętem hinduizmu, obchodzonym w całych Indiach. Rozpoczyna się 14-tego dnia księżycowego miesiąca kartik (październik/listopad) i trwa pięć dni. Oznajmia nadejście Nowego Roku i ma rangę polskiej gwiazdki. Ma charakter radosny, hindusi świętują wówczas zwycięstwo światła nad siłami ciemności. Współcześnie w ramach obchodów wszyscy mieszkańcy Indii, niezależnie od wyznawanej religii wystawiają przed dom rzędy zapalonych lampek oliwnych. Diwali traktuje się jako okazję do spotkań w gronie przyjaciół i rodziny, podczas których hindusi obdarowują się upominkami. Holi – jest to święto wypadające po wiosennej równonocy, obchodzone w dniu pełni księżyca w miesiącu phalguna (luty – marzec). Ma charakter radosny. Jest to święto wiosny, kojarzone z odejściem zimy. W czasie Holi na ulicach gromadzą się ludzie i bawią się, tańczą, obsypując się kolorowym proszkiem i polewając się kolorową wodą. Dżanamastami – urodziny Kriszny obchodzi się na przełomie sierpnia / września. Pobożni wyznawcy Kryszny poprzedzają święto całodobowym postem ścisłym (nie pijąc nawet wody). W ramach obchodów narodzin posągi boga są oblewane mlekiem, a jego imię jest powtarzane 108 razy. Tańce i muzyka wprowadzają hindusów w trans. Bardzo ważna jest relacja między Guru (przywódca wspólnoty w religiach dharmicznych, przewodnik duchowy i nauczyciel, szanowany nawet czczony jako wcielenie bóstwa; charyzmatyczny lider sekty, wysoki autorytet w pewnym środowisku) a uczniami. W hinduizmie celem zawierania małżeństw jest podtrzymywanie społeczeństwa, wzajemna opieka i wydawanie na świat potomstwa. Zgodnie ze świętymi pismami hinduizmu obowiązkiem żony jest oddanie i służba mężowi, a męża opieka i ochrona żony. Dzieci natomiast są zobowiązane służyć

i szanować rodziców, a szczególną opieką otaczać ich gdy się zestarzeją. Hinduizm zakazuje małżeństw między członkami różnych warn (warstw w systemie kastowym, w których członkowie maja określone obowiązki i sposoby zachowania). **Zdecydowana większość małżeństw jest aranżowana przez rodziców**. Nie ma czegoś takiego jak ślub dla miłości. Jest mnóstwo powodów, dla których warto jest zawrzeć ślub: dla pozycji rodziny, dla kariery, dla pieniędzy, dla przyszłości dzieci, ale na pewno nie dla miłości. W tradycji – szczególnie na wsiach istnieje obowiązek przekazania posagu panu młodemu lub jego rodzicom. Im wyższe wykształcenie męża, tym wyższa cena za małżeństwo, przy czym wykształcenie żony nie ma tu nic do rzeczy; choćby ona miała doktorat, a on nie ukończył żadnej szkoły, to właśnie rodzina dziewczyny musi zapłacić. Oczywiście żona musi należeć do odpowiedniej kasty.

Jak zrozumieć Indie? Indie to dla wielu zestaw stereotypów: jedzenie, kąpiele oczyszczające i święte krowy. Święte krowy, widzi się wszędzie i jest się przekonanym, że są wcieleniem jakiego bóstwa i dlatego mają zapewnione specjalne traktowanie. Tymczasem ma to niewiele wspólnego z religią. Termin „święte krowy" powstał raczej z brytyjskich obserwacji, niezrozumiałych zwyczajów obcej kultury.


Waranasi

Zwyczajem hindusów związanym z przygotowaniem do śmierci jest pielgrzymka do Waranasi, mająca na celu rytualne oczyszczenie. **Miasto święte hinduizmu – Waranasi**, leżące na lewym brzegu świętego Gangesu, to miasto ludzi czekających na śmierć, miasto rytualnych kąpieli ludzi umierających i śmiertelnie chorych, miasto rytualnych samobójstw. Przybywają tu ludzie starsi, przeczuwający swoją śmierć. Niektórzy mają z góry opłacony pogrzeb, inni trafiają do miejskiego krematorium. W Waranasi działają dwa krematoria (dla bogaczy i dla biedaków). W Waranasi chcą być skremowane całe Indie. Ważne są także pielgrzymki do świętych miejsc, szczególnie nad świętą rzekę Ganges, gdzie hindusi praktykują rytualną obmyć i kąpieli. Ganges – najdłuższa rzeka Indii – święta rzeka. To przy niej toczy się życie, tu się modli, pije, kąpie, pierze i umiera. Rzeka nie śmierdzi, a nawet stanowi przyjemną odmianę od odoru wąskich ulic miasta. Podobno tajemnica tkwi w drobinkach srebra obecnych w wodzie, które w jakiś sposób ją oczyszczają i zapobiegają wybuchowi epidemii. W hinduizmie istnieją specjalne rytuały i obrzędy, za pomocą których świętuje się ważne w życiu wyznawców wydarzenia. Jednym z nich są sansary, czyli rytuały przejścia. Do najważniejszych sansar zalicza się: poczęcie, narodziny, nadanie imienia, pierwsze wyjście z domu, pierwszy stały posiłek, zgolenie włosów, przekłucie uszu, rozpoczęcie nauki, inicjacja, rozpoczęcie studiów wedyjskich, pierwsze golenie zarostu na twarzy, zakończenie nauki i powrót do domu, zawarcie małżeństwa i rytuał pogrzebowy. Szczególne znaczenie ma inicjacja, dzięki której chłopiec wchodzi do wspólnoty wysoko urodzonych mężczyzn. Istotnym elementem ceremonii jest nałożenie świętego sznura. Ważne jest, aby mężczyzna spłodził męskie potomstwo.

Stosunek hinduizmu do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Transplantacja narządów jest postrzegana przez większość wyznawców hinduizmu w kategoriach pozytywnych – jako sposób przedłużania egzystencji innych ludzi, a przez to umożliwienie im wypełnienia karmy. Na określenie transplantacji używa się sanskryckiego słowa **daan**, oznaczającego dosłownie **dzielenie się swoim ciałem z innymi bytem**. Ponieważ zgodnie z zasadami reinkarnacji i samsary dusza odradza się po śmierci w innym ciele, **hinduizm na ogół akceptuje zarówno transplantację narządów, jak i transfuzję krwi**, jako sposoby zmiany przez duszę materialnej formy. Akceptacja transfuzji i transplantacji wynika nie tylko z wiary w reinkarnację, ale również z interpretacji świętych ksiąg hinduizmu. Stosunek wyznawców do transplantacji narządów i transfuzji krwi nie jest jednak w hinduizmie jednoznaczny. Niektórzy hindusi uważają wszelkie próby przedłużania życia za sztuczne zatrzymanie duszy w starym ciele, co wiąże się z zaburzeniem naturalnego cyklu narodzin i śmierci.

Stosunek hinduizmu do sztucznego zapłodnienia

W kulturze indyjskiej kładzie się duży nacisk na posiadanie dzieci, a wyznawcy hinduizmu traktują ich narodziny jako dar boży. Szczególnie ważne jest posiadanie męskiego potomstwa. Narodziny chłopca umożliwiają przedłużenie rodu, zapewnienie rodzicom opieki na starość oraz wykonanie rytuałów pośmiertnych (tylko syn może je wykonać). **Praktyka sztucznego zapłodnienia nie pozostaje w sprzeczności z najważniejszymi filozoficznymi i etycznymi podstawami hinduizmu** i jest społecznie akceptowana jako zabieg umożliwiający wydanie na świat potomstwa, ale tylko wtedy, gdy sperma i komórka jajowa są pobrane od męża i żony.

Stosunek hinduizmu do antykoncepcji i planowania rodziny

Jedną z najważniejszych wartości w hinduizmie jest **rodzina**. Na pewnym etapie życia **założenie rodziny i posiadanie potomstwa jest ważnym obowiązkiem**, którego wypełnienie wiąże się z koniecznością przestrzegania prawa o skutku i przyczynie (**karma**). Małżeństwo i macierzyństwo są stanami świętymi, które nadają kobiecie wymiar sakralny. Gdy małżeństwo jest bezdzietne, traci swój święty charakter, dlatego kobiety w Indiach dążą do posiadania licznego potomstwa. Dzięki temu zyskuje ona szacunek. Posiadanie dzieci i planowanie rodziny jest także ściśle związane ze sferą seksu i szeroko rozumianego erotyzmu, zajmującego w kulturze Indii ważne miejsce. Celem życia seksualnego jest rodzicielstwo. Używanie środków antykoncepcyjnych i inne sposoby są hańbiącą metodą ograniczania rodziny. Stosunek do seksu, antykoncepcji i planowania rodziny różni się w poszczególnych odłamach hinduizmu.



W niektórych hinduistycznych kulturach ceniono hamowanie wytrysku, w innych stosunek przerywany, w jeszcze innych – swobodny wytrysk nasienia. Spotyka się liczne informacje o działaniach i środkach zwiększających płodność, jak również o działaniach o charakterze antykoncepcyjnym. Sanskryckie pisma uważały, że bierne zachowanie kobiety w czasie stosunku płciowego oraz zatrzymanie przez nią oddechu podczas wytrysku nasienia u mężczyzny może działa antykoncepcyjnie.

Stosunek hinduizmu do aborcji

Przerywanie życia jest traktowane jako przyczyna złej karmy, która może doprowadzić do przejścia na niższy poziom bytu. Poczęcie dziecka, jego narodziny i rozwój należą do naturalnego cyklu życia i śmierci, **aborcja, jako sztuczna ingerencja w ten cykl i sposób przerwania życia, jest uważana w hinduizmie za zbrodnię** – jeden z rodzajów morderstwa. Zarodek ludzki w systemie hinduistycznym jest świadomą istotą godną ochrony, co wynika z wiary w inkarnację duszy, mającą następować w trakcie poczęcia. Aborcja przerywa ten naturalny proces.

Stosunek hinduizmu do kremacji i sekcji zwłok

W **hinduizmie** jednym z czynników wywierających wpływ na naturalny rytm wędrówki dusz, narodzin i śmierci jest sposób postępowania z ciałem zmarłego po śmierci, obejmujący również zwyczaje związane z pogrzebem. W kulturze Indii **autopsja jest uważana za zakłócenie świadomości duszy**, która po śmierci oddziela się od ciała po to aby przybrać nową formę materialną. Sekcja zwłok może nie tylko wyrządzić krzywdę wędrującej duszy, która nadal związana jest z życiem doczesnym, ale również zranić uczucia rodziny zmarłego. Jednak **wielu wyznawców hinduizmu uważa, że ingerencja w ciało, jaką jest sekcja zwłok, nie stanowi poważnej przeszkody na drodze duszy w nowym ciele**. Zwłoki należy spalić. Kremacja (jeden z najdawniejszych hinduskich obyczajów związanych ze śmiercią) to przede wszystkim forma oczyszczenia, które dokonuje się przez ogień. Nie kremuje się dzieci do lat 10.



Indie – kremacja podczas pandemii

Stosunek hinduizmu do eutanazji

Eutanazja w hinduizmie jest postrzegana jako śmierć z wyboru oraz ucieczka od życia i związanego z nim cierpienia. Jest to także przejście do następnej formy egzystencji poprzez reinkarnację. W Indiach dopuszczalna jest eutanazja bierna – ograniczenie nieuleczalnie choremu człowiekowi (na jego prośbę) dostępu do żywności i wody co prowadzi do śmierci. Stosunek wyznawców

hinduizmu do sztucznego podtrzymywania życia jest jasno określony: gdy mózg jest martwy, dalsze podtrzymywanie człowieka przy życiu prowadzi do uwięzienia jego duszy w ciele i uniemożliwienia jej dalszej wędrówki. Zgodnie z zasadami ajurwedy śmierć człowieka następuje wraz ze śmiercią jego mózgu. Nie należy wówczas sztucznie podtrzymywać życia ponieważ powoduje to cierpienie uwiezionej duszy.

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą

Narodziny dziecka są bardzo ważne: w każdej rodzinie z wielkim szacunkiem i oddaniem oczekuje się przyjścia na świat potomka. Hinduski, bez względu na swój stan zdrowia i sytuację materialna, chcą być w ciąży, ponieważ okres ten bardzo często (choć nie zawsze) zwalnia je od ciężkiej pracy domowej i ciężkiej pracy fizycznej. Kobietę w ciąży obowiązuje wiele zakazów, w tym unikanie postów, wychudzenia ciała i podróży. Hinduski rodzą zarówno drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie; podczas porodu przy rodzącej mogą przebywać mężowie. W Indiach macierzyństwo jest jedną z najważniejszych wartości i dlatego przypadki poronień lub śmierci dziecka są dla rodzin hinduskich szczególnie trudnym przeżyciem. Niemożność posiadania potomstwa, poronienie lub utrata dziecka mogą być traktowane jako kara dla kobiety, a w związku z tym mogą prowadzić do gorszego jej traktowania przez krewnych. Z tego powodu opieka nad kobietą ciężarną i położnicą powinna uwzględniać również psychiczne wsparcie w przypadku śmierci dziecka lub poronienia.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **pozyskanie wiedzy na temat hinduskich zwyczajów** związanych z ciążą, porodem i macierzyństwem, a także z życiem codziennym w celu uniknięcia niewłaściwego – z punktu widzenia krewnych rodzącej – postępowania podczas porodu (przykładem może być wiara wielu wyznawców hinduizmu w niemożność urodzenia następnego dziecka przez kobietę w przypadku usunięcia łożyska siłą);
- **w przypadku poronienia lub śmierci dziecka rozmowa z matką, jak i z ojcem**, mająca na celu zapewnienie wsparcia psychicznego; śmierć należy traktować jako wypełnienie prawa karmy, zamknięcie cyklu narodzin, życia i śmierci, a w związku z tym nadzieję na ponowne narodziny i życie w nowym, lepszym wcieleniu;
- **zapewnienie kobiecie ciężarnej i członkom jej rodziny możliwości wykonywania w warunkach szpitalnych tradycyjnych, rytualnych czynności** związanych z ochroną płodu oraz ułatwieniem porodu (jeśli czynności te wpływają negatywnie na stan zdrowia pacjentki);
- **zapewnienie krewnym kobiety rodzącej możliwości wykonania w warunkach szpitalnych tradycyjnych, rytualnych czynności** (należy do nich m.in. recytacja mantr) związanych z narodzinami (dziatakarman);
- **przestrzeganie obowiązującego w hinduizmie zwyczaju** niewykonywania czynności związanych z przygotowywaniem jedzenia i podawaniem posiłków lewą ręką;
- **zapewnienie pacjentce dostępu do odpowiedniej żywności,** z uwzględnieniem wymagań stawianych przez obowiązującą w społeczeństwie indyjskim dietę wegetariańską;
- **w razie potrzeby zapewnienie mężowi możliwości uczestniczenia w porodzie.**

Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem

Po narodzeniu odbywają się ceremonie (konsekracje) mające na celu odsunięcie złych mocy od bezbronnej jeszcze istoty. Są one dokonywane przez ojca. Matki otaczają swoje dzieci wielką miłością, troszczą się o przyrządzanie pożywienia. Liczne są przypadki tzw. dziecięcych małżeństw, zawieranych

przez nieletnich i uświęconych hinduską tradycją. Wpływają one negatywnie na prawidłowy rozwój dziecka i jego późniejsze dorosłe życie.



Zadania pielęgniarki są następujące:

- **umożliwienie rodzinie odbycie ceremoniału „konsekracji”** nad nowo narodzonym dzieckiem;
- **dbanie o to, aby dziecko przestrzegało podstawowych zasad higieny**, oraz **pomaganie w wykonywaniu codziennych czynności higienicznych**;
- **respektowanie zasad związanych z odżywianiem**: **zapewnienie dzieciom dostępu do żywności wegetariańskiej;**
- **szczególna dbałość o odpowiedni dobór diety w przypadku dziewczynek, które z racji swojej płci, a w związku z tym również gorszej pozycji w społeczeństwie, mogą być niedożywione i bardziej narażone na różnego rodzaju choroby;**
- **wykonywanie obowiązkowych szczepień**.

Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem



Opiekę zdrowotną w Indiach sprawują: lekarze ogólni i specjaliści kliniczni, domy opieki, szpitale, centra diagnostyki medycznej i laboratoria. Jakość opieki nad pacjentem jest uzależniona od jego pochodzenia, wykształcenia, wykonywanej pracy, a przede wszystkim statusu materialnego. Kliniczne szpitale o wysokim standardzie są dostępne dla osób zamożnych – tam opieka lekarska i pielęgniarska nie odbiega od światowych standardów. Opieka nad człowiekiem chorym w środowisku bardzo ubogim ma miejsce jedynie w domu, niekiedy również w przytułkach. Jednym z najważniejszych czynników wpływających na kondycję psychiczną pacjenta w trakcie hospitalizacji jest stres związany z chorobą i bólem. Niepokój i obawy towarzyszą w szczególności zabiegom operacyjnym, dlatego zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **pozyskanie wiedzy na temat hinduskich** zwyczajów związanych z pielęgnacją chorych oraz z życiem codziennym;
- **rozmowa z pacjentem na temat szczegółów leczenia,** służąca uspokojeniu go przez wyjaśnienie celowości podejmowanych działań; rozmowa może dotyczyć również spraw niezwiązanych bezpośrednio z chorobą i leczeniem, jeśli tylko prowadzi do rozwiania ewentualnych wątpliwości pacjenta oraz zmniejszenia stresu i napięcia towarzyszących hospitalizacji;
- **w rozmowie mającej na celu przygotowanie pacjenta do operacji** można odwołać się do zasad medycyny ajurwedyjskiej, której jednym z podstawowych obszarów jest chirurgia;



- **przestrzeganie zwyczaju nieprzygotowywania i niepodawania lewą ręką;** nie powinno się także podawać choremu jakichkolwiek innych przedmiotów lewą ręką, ponieważ uważana jest ona za nieczystą (używa się jej do wykonywania czynności związanych z higieną osobista); w przypadku urazu jednej z rąk (złamanie, zwichnięcie, rana, oparzenie, podłączona kroplówka), uniemożliwiającego lub w znacznym stopniu utrudniającego samodzielne spożywanie posiłków bądź wykonanie czynności związanych z higieną, należy pomóc pacjentowi w wykonaniu tych czynności;
- **zapewnienie choremu dostępu do żywności wegetariańskiej**, ze szczególnym uwzględnieniem motywowanego przez religię i dawne zwyczaje hinduskiego zakazu jedzenia mięsa wołowego; umożliwienie spożywania jedzenia przygotowanego przez rodzinę (zapewnienie dostępu do kuchenki, naczyń i sztućców); respektowanie religijnych potrzeb pacjenta związanych z jedzeniem (niektórzy hindusi ze względów filozoficzno-religijnych nie chcą spożywać potraw mocno spieczonych lub pikantnych);zwrócenie szczególnej uwagi na czystość naczyń i sztućców w związku z obowiązującym hindusów ścisłym zakazem jedzenia i picia z czyjegoś talerza oraz używania nakryć, łyżek i szklanek, które zostały już przez kogoś użyte;
- z powodu częstych przypadków niedożywienia i anemii wśród kobiet **zwrócenie szczególnej uwagi na dietę pacjentek i w razie potrzeby, uzupełnienie jej o niezbędne witaminy i mikroelementy**;
- **powiadomienie krewnych o stanie zdrowia pacjenta,** w szczególności gdy występuje zagrożenie życia lub zdrowia;
- **respektowanie motywowanych religią potrzeb pacjenta i jego krewnych;** w razie potrzeby umożliwienie wykonywania w warunkach szpitalnych rytuałów związanych z kultem domowym i zapewnienie odpowiedniego miejsca do modlitw zarówno dla pacjenta, jak i jego krewnych; unikanie wchodzenia do sali w czasie modlitw i recytacji mantr;
- **dbanie o zachowanie przez chorego i opiekujących się nim krewnych zasad higieny; umożliwienie im umycia rąk i w razie potrzeby, zapewnienie dostępu do świeżych ręczników**.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci



Ostatni okres życia wiąże się z ciągłym przygotowywaniem się do umierania i śmierci. Uporządkowanie doczesnych spraw może być ważnym duchowym procesem, zwłaszcza w kastach wyższych. W kastach wyższych umierający ma zapewnioną profesjonalną opiekę medyczną w warunkach szpitalnych. W Indiach opieka nad umierającym w środowisku o niższym

poziomie egzystencji (najniższe kasty) polega na zajmowaniu się nim w domu przez rodzinę. Bardzo często jednak chorzy, wycieńczeni pacjenci umierają bez odpowiedniej pomocy i opieki w umieralniach lub nawet na ulicy. Osoby bardzo cierpiące są wspomagane przez środki ziołowe (o działaniu narkotycznym), ale zachowują pełna przytomność: nigdy nie doprowadza się do przedawkowania tych środków. Opiekujący się chorym utrzymują z nim kontakt aż do śmierci nie dotykając ciała. Istnieje wyspecjalizowana kasta, która profesjonalnie zajmuje się zwłokami za odpowiednią zapłatą. Zgodnie z tradycją zmarli są spaleni na stosie.



Indie – kremacja podczas pandemii

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **uzyskanie wiedzy** na temat hinduskich zwyczajów związanych z chorobą i przygotowaniem człowieka do śmierci;
- **rozmowa z pacjentem,** mająca na celu uspokojenie go, dodanie mu otuchy i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
- zapewnienie krewnym możliwości **wykonywania w warunkach szpitalnych rytualnych czynności związanych ze śmiercią** (obcinanie włosów, paznokci);
- umożliwienie wykonania **toalety pośmiertnej** zgodnie z obowiązującymi procedurami;
- **przygotowanie odpowiedniego miejsca dla krewnych,** którzy chcą towarzyszyć umierającemu;
- **unikanie w czasie modlitw** i wykonywania przez rodzinę rytualnych czynności **wchodzenia do sali.**

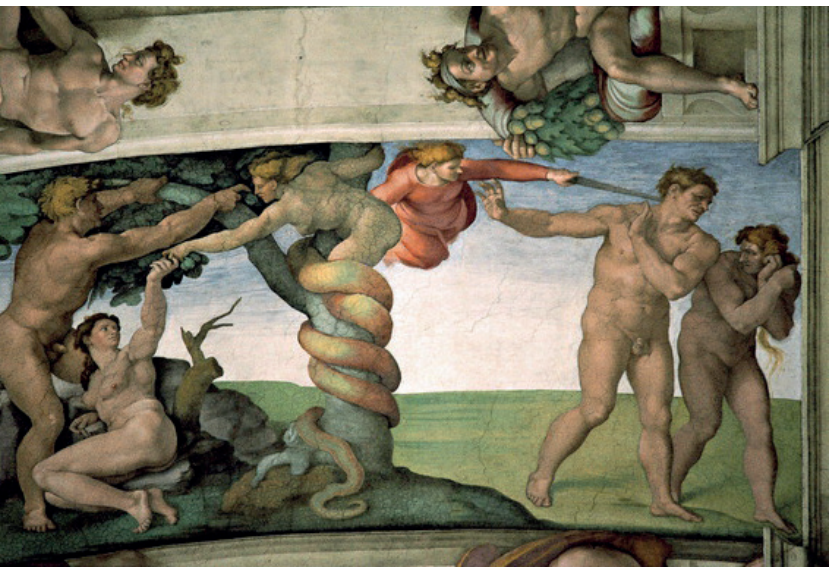
Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi katolicyzm

Wprowadzenie do zagadnień katolicyzmu

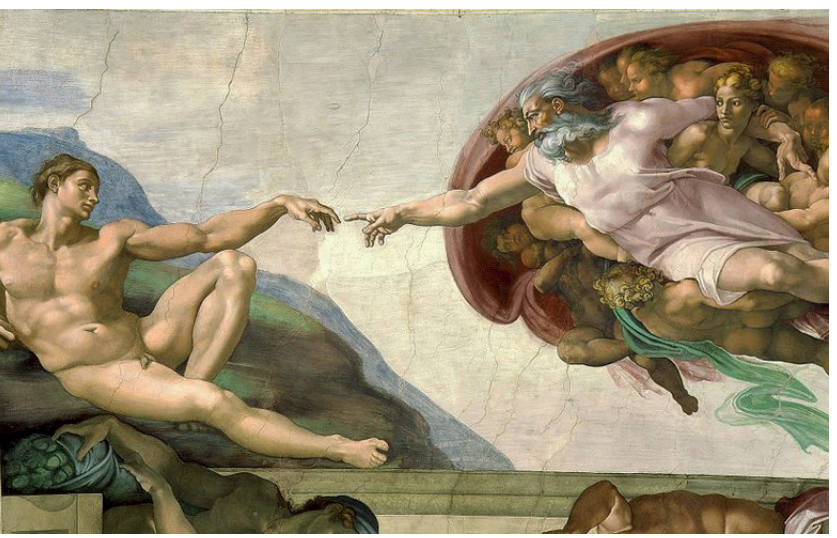
Katolicyzm (gr. katholikos – powszechny) jest jedną z kilku wyznań chrześcijańskich. Termin **„Katolicyzm”** był używany przez Ojców Kościoła (ojcowie apostolscy) i opisuje jedną z czterech podstawowych cech wspólnoty Kościoła, jako jednej, świętej, powszechnej i apostolskiej. Sobór użył słowa „powszechny”, rozumiał **Kościół** jako odnoszący się do całego świata, jako „uniwersalny” – w tym rozumieniu termin katolicki odnosi się także do Kościołów prawosławnych lub anglikańskich. Po podziale chrześcijaństwa na wschodnie i zachodnie w 1054 roku Kościoły wschodnie zaczęły określać się jako „prawosławne”, zaś Kościół zachodni pozostał przy określeniu **„Kościół katolicki”**. Kościół jest powszechny, w podwójnym znaczeniu; ponieważ jest



Insygnia papieskie



Wygnanie z raju – kaplica Sykstyńska



Bóg Ojciec, Syn Boży, Duch Święty

w nim obecny Chrystus. Zaczęto dodawać określenie „rzymski" dla podkreślenia wierności prymatowi biskupa Rzymu (papieża) nad całym Kościołem.

Kościół katolicki założony przez Jezusa Chrystusa i jego apostołów blisko 2 tysiące lat temu.

Katolicyzm – wyznaje go ok. 970 milionów ludzi. Katolicy stanowią obecnie 17,7% ludności świata. Największy jest udział katolików w ludności Ameryki Południowej – 63,6%, w Europie jest to 39,9%, w Oceanii 26,0%, a w Azji 3,2% (dane z 2013 r.). Dane z 2020 r. – na świecie jest ponad 1 mld 300 mln katolików. Liczba katolików nieustannie rośnie w krajach Afryki i Azji. Natomiast w niektórych państwach od lat obserwuje się spadek liczby wiernych. Dotyczy to wielu krajów europejskich Francja, Czechy, Niemcy). W większości krajów świata Kościół katolicki działa jako legalna, zarejestrowana wspólnota wyznaniowa, z zagwarantowaną wolnością do nauczania i praktykowania swojej religii. Watykan (siedziba papieża) jest uznawany za suwerenne państwo i utrzymuje stosunki dyplomatyczne z większością państw świata.

Głównym zadaniem Kościoła katolickiego (całej wspólnoty wierzących) jest głoszenie Chrystusa (Jezus Chrystus – cieśla i kaznodzieja z rzymskiej prowincji Judea, centralna postać religii chrześcijańskiej, w wierzeniach większości chrześcijan uznawany jest za Boga i człowieka). **Katolicyzm – kościół rzymskokatolicki,** głosi następujące zasady: Bóg jest jeden ale w trzech Osobach (Bóg Ojciec, Syn Boży, Duch Święty); Bóg jako Stwórca i Pan Świata objawił się ludziom; Syn Boży stał się człowiekiem w osobie Jezusa Chrystusa, który jest prawdziwym Bogiem i prawdziwym człowiekiem, jedynym zbawicielem ludzi, który żył na ziemi, umarł za ich grzechy i zmartwychwstał; Bóg stworzył ludzi z miłości; wszyscy ludzie są wezwani do wiary, nadziei i miłości, życia duchowego oraz pełnienia woli Bożej, wyrażanej w przykazaniach, w **Dekalogu**; przeznaczenie ludzi jest wieczne życie z Bogiem i zmartwychwstanie po powrocie Chrystusa na ziemię; społeczność chrześcijan tworzy Kościół, do którego wstępuje się przez chrzest i przyjęcie jego wiary. Katolicy wraz z przyjęciem chrztu są wezwani do życia duchowego oraz pełnienia woli Bożej, wyrażonej w przykazaniach (przykazaniu miłości Boga i bliźniego). To przykazanie jest podstawą i streszczeniem Dekalogu, któremu pełny sens nadał Chrystus w Kazaniu na górze (Osiem błogosławieństw) oraz modlitwa Ojcze nasz. Kazanie zostało wygłoszone na Górze Błogosławieństw (wygłoszone przez Jezusa Chrystusa, zapisane w Ewangelii Mateusza) nad jeziorem Genezaret w okolicach Kafarnaum. Szacuje się, że miało to miejsce około 30 r. n.e.

Dekalog – dziesięć przykazań – zbiór podstawowych nakazów moralnych. Przykazania Dekalogu stanowią reguły postępowania człowieka w dziedzinie życia religijnego i moralnego. War-

tość religijna i moralna przykazań jest zasadnicza i ogólnoludzka. Przykazania są wyrazem prawa natury i zasad etyki ludzkiej. Aby osiągnąć zbawienie chrześcijanin powinien przestrzegać podstawowych przykazań zawartych w Dekalogu: miłosierdzia i przebaczenia oraz głównego przykazania miłości Boga i bliźniego, a nawet miłości nieprzyjaciół.

Oficjalnie wykładnia doktryny wiary i zasad moralności Kościoła katolickiego jest zawarta w Katechizmie Kościoła Katolickiego (KKK). Katolicyzm jest zorganizowany w sposób instytucjonalny – instytucja Kościoła katolickiego. Kościół katolicki stanowi wspólnotę ludzi wierzących i dążących do zbawienia. Głównymi prawdami wiary, których naucza katolicyzm, są twierdzenia zawarte w Apostolskim symbolu wiary. **Katechizm Kościoła Katolickiego** został napisany i ułożony praktycznie jako wykład wiary wyznawanej w Credo, celebrowanej w liturgii oraz przeżywanej w praktykowaniu przykazań i w modlitwie. W ujęciu religioznawczym pojęcie „katolicyzm" odnosi się do licznych wspólnot chrześcijańskich wyznających tę samą doktryną, zaś „Kościół rzymskokatolicki" do jednej organizacji wyznaniowej pod zwierzchnictwem papieża. Cechą wyróżniającą katolicyzm i Kościół katolicki spośród innych nurtów chrześcijańskich jest osoba biskupa Rzymu, prymasa Italii, nazywanego papieżem. Papieżem od 2013r. jest Franciszek – **głowa Stolicy Apostolskiej**, suweren Państwa i Miasta Watykan. Bazylika rzymskokatolicka – Św. Piotra na wzgórzu watykańskim zbudowana w latach 1506–1626). Świątynia jest nekropolią papieży m.in. JP II (1978 – 2005).

Zgodnie z wiarą Kościoła katolickiego biskup Rzymu jest zwierzchnikiem całego kościoła, pełniąc w nim władzę na ziemi jako następca św. Piotra.



Dekalog – dziesięć przykazań

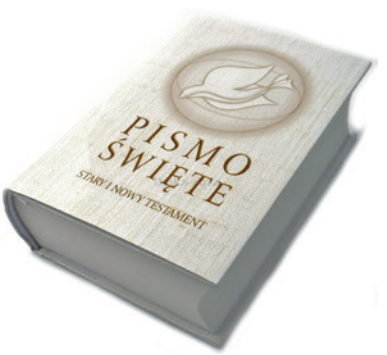

Kazanie na górze – Osiem błogosławieństw

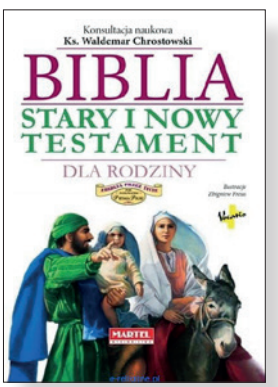

Bazylika Świętego Piotra w Watykanie

Cechy zewnętrzne społeczności katolickiej to: podleganie wiernych w sferze religijnej władzy papieża, biskupa Rzymu; istnienie wydzielonego stanu duchowego, wspólnot zakonnych i ruchów religijnych; organizacyjny podział na diecezje i parafie; bogata obrzędowość; regulacja praktycznego życia kościelnego przez prawo kanoniczne.



W polskim systemie katechetycznym funkcjonuje zestaw tzw. Głównych prawd wiary: Jest jeden Bóg. Bóg jest sędzią sprawiedliwym, który za dobre wynagradza, a za złe karze. Są trzy Osoby Boskie: Bóg Ojciec, Syn Boży, Duch Święty. Syn Boży stał się człowiekiem umarł na krzyżu dla zbawienia. Dusza ludzka jest nieśmiertelna. Łaska Boża jest do zbawienia koniecznie potrzebna. Jest to **„sześć prawd wiary". Ikona Chrystusa – Pantokrata („ten, który wszystko podtrzymuje").** Pantokrator – Wszechwładca, Pan wszystkiego, Sędzia Wszechświata. Chrystus jest przedstawiony z otwartym Pismem Świętym i z uniesioną prawą dłonią w geście błogosławieństwa. Źródłem wiary jest Pismo Święte – Biblia – **Stary i Nowy Testament. Pismo Święte** stanowi podstawową księgę dla wierzących. Cytaty z Pisma Świętego: „chociażbym chodził ciemną doliną, zła się nie ulęknę, bo Ty jesteś ze mną" (Ps. 23,4a); „Przyjdźcie do Mnie wszyscy, którzy utrudzeni i obciążeni jesteście, a Ja was pokrzepię" (Mt 11,28).





Pismo Święte (Stary i Nowy testament)

Tradycja i **Pismo Święte** łącza się ze sobą i przenikają. Bóg jest autorem Pisma Świętego. Spisane ono zostało pod natchnieniem i bez błędu uczy prawd, które są konieczne dla naszego zbawienia. Wiara chrześcijańska nie jest jednak „religią księgi", lecz religią słowa Bożego. Pismo Święte składa się z 46 ksiąg Starego Testamentu i 27 ksiąg Nowego Testamentu. Stary Testament przygotowuje Nowy, a Nowy wypełnia Stary; obydwa wzajemnie się wyjaśniają. Pismo Święte jest podstawą i siłą żywotną dla Kościoła. Jest duszą teologii i przepowiadania duszpasterskiego. „Niech zstąpi duch Twój i odnowi oblicze ziemi" – Święty Jan Paweł II.



W kościele katolickim jest **siedem sakramentów**: **chrzest** (jest sakramentem włączającym w grono członków Kościoła, czuli Lud Boży, i koniecznym środkiem zbawienia), **bierzmowanie** (wraz z chrztem i Eucharystią należy do sakramentów wtajemniczenia chrześcijańskiego; przez sakrament bierzmowania ochrzczeni jeszcze doskonalej łączą się z Kościołem), **Eucharystia** (jest pamiątką Paschy Chrystusa, tzn. dzieła zbawienia wypełnionego przez Jego życie, śmierć i zmartwychwstanie; celebracja Eucharystii obejmuje zawsze: głoszenie słowa Bożego, dziękczynienie konsekrację chleba i wina oraz uczestniczenie w uczcie eucharystycznej przez przyjmowanie komunii eucharystycznej, która podtrzy-

muje, pogłębia i odnawia życie łaski otrzymane na chrzcie), **pokuta** (sakrament pokuty i pojednania uświęca osobista drogę nawrócenia, udziela grzesznikowi miłości Boga przynoszącej pojednanie), **namaszczenie chorych** (sakrament namaszczenia chorych służy duchowemu umocnieniu osób dotkniętych chorobą; polega na namaszczeniu ich czoła i dłoni poświęconym olejem – udzielić go może jedynie kapłan; przyjąć ten sakrament może również wierny, któremu zaczyna zagrażać śmierć z powodu choroby lub starości; jeżeli chory został namaszczony, odzyskał zdrowie i popadł w nową, ciężką chorobę, może przyjąć sakrament ponownie), **kapłaństwo** (sakrament kapłaństwa / święceń jest sakramentem posługi apostolskiej) i **małżeństwo** (sakrament małżeństwa – udziela małżonkom łaski miłowania się wzajemnie tą miłością, jaką Chrystus umiłował swój Kościół).

Chociaż Kościół składa się z ludzi o różnych językach, kulturach i obrzędach, nie przestaje wyznawać swojej jedynej wiary otrzymanej od jednego Pana i przekazanej przez jedną apostolską tradycję. W kulcie katolickim główne miejsce zajmuje msza (wierni zobowiązani są do uczestniczenia we mszy niedzielnej) i liturgia pozostałych sakramentów. Inne formy kultu to brewiarz i rozmaite nabożeństwa, np. obrzęd pogrzebu, różaniec, procesje, pielgrzymki. Rozwinięty jest **kult świętych** (patronów), widzianych jako wzory do naśladowania. Kościół utrzymuje listę świętych (kanonizowanych) otaczany czcią na cały świecie oraz listę błogosławionych (beatyfikowanych).

Oprócz wspólnotowego życia religijnego nie mniej ważna jest **osobista pobożność**. **Wierni powinni szukać więzi z Bogiem przez modlitwę m.in. modlitwy różańcowe** – różaniec z łac. rosarium, ogród różany (Maryja w różańcu jest symbolicznie jako róża), cykl modlitw o ustalonym układzie (5 tajemnic), sznur koralików: 59 paciorków, 53 dla Zdrowaś Maryjo, 6 dla Ojcze Nasz) **i kontemplacje.**

Różaniec – modlitwa Kościoła katolickiego, nazwa wywodzi się ze średniowiecza, Święty Dominik, założyciel zakonu dominikańskiego jest prekursorem modlitwy różań-



Różaniec, koronka modlitewna





Namaszczenie chorych



Święty Jan Paweł II



cowej. Przykazania Dekalogu stanowią reguły postępowania człowieka w dziedzinie życia religijnego i moralnego. Wartość religijna i moralna przykazań jest zasadnicza i ogólnoludzka. Przykazania są wyrazem prawa natury i zasad etyki ludzkiej. Aby osiągnąć zbawienie, chrześcijanin powinien przestrzegać podstawowych przykazań zawartych w Dekalogu: miłosierdzia i przebaczenia oraz głównego przykazania miłości Boga i bliźniego, a nawet miłości nieprzyjaciół. Moralność katolicka jest moralnością religijną, w której zależność człowieka od Boga i wynikające z niej nakazy są uznane za najwyższe kryterium wartościowania. Oficjalna wykładnia doktryny wiary i zasad moralności Kościoła katolickiego jest zawarta w **Katechizmie Kościoła Katolickiego** (KKK). Zawiera on popularnie napisaną wykładnię najważniejszych zasad wiary, moralności i kultu, do których przestrzegania są zobowiązani wierni Kościoła katolickiego. W moralności katolickiej zachowanie nakazów jest zasługą, za którą należy się nagroda (**życie wieczne**).

Przedstawię Państwu wydarzenie, które stało się oficjalnym początkiem działalności Kościoła katolickiego w Polsce: jako pierwszy z historycznych Piastów, prawdopodobnie w Wielką Sobotę 14 kwietnia 966 (data symboliczna), przyjął chrzest Mieszko z rąk duchownego obrzędu łacińskiego, biskupa Jordana. Na zjeździe gnieźnieńskim w roku 1000 zwołano Synod, który zatwierdził pierwszą archidiecezję dla całej Polski z siedzibą w Gnieźnie. Kościół katolicki w Polsce istnieje oficjalnie od zjazdu w Gnieźnie w 1000 r. kiedy to Papież powołał pierwsze polskie diecezje. Kościół katolicki w Polsce – największa wspólnota wyznaniowa, kierowana przez biskupów należących do Konferencji Episkopatu Polski. Od 7 czerwca 2014 r. Prymasem Polski obecnie jest (59 z kolei) abp Wojciech Polak– duchowny rzymskokatolicki. Prymas Polski – tytuł przysługujący urzędującym arcybiskupom metropolitom gnieźnieńskim od 1417 r. Najbardziej znaną inicjatywą charytatywną Kościoła w Polsce jest Caritas Polska, która udziela pomocy doraźnej i długofalowej, materialnej i finansowej osobom bezrobotnym, bezdomnym, chorym starszym, dzieciom z rodzin ubogich, a także imigrantom i uchodźcom. Caritas udziela również pomocy humanitarnej ofiarom wojen, kataklizmów i nieszczęść naturalnych poza granicami Polski.

Podaję z kilku źródeł dane statystyczne. Badania CBOS z listopada 2011 r. wykazało, że 95% mieszkańców Polski deklaruje się jako katolicy. Wg Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego wierzący w Boga stanowią 80% ludności Polski. Wg danych GUS w 2017 r. 32,91 mln ochrzczonych (w tym 30 807 duchownych) w 10 293 parafiach. Wg danych Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego w 2018 r. w mszach uczestniczyło 38,2% zobowiązanych wiernych, a 17,3% przystąpiło do komunii świętej. Wg badań CBOS z Kościołem katolickim identyfikuje 55% Polaków

Stosunek Kościoła katolickiego do zdrowia, choroby i śmierci

Kościół katolicki uważa, że życie i zdrowie fizyczne są cennymi dobrami powierzonymi przez Boga i dlatego należy się o nie troszczyć, uwzględniając potrzeby drugiego człowieka i dobro wspólne. **Trzeba zawsze dbać o zachowanie lub odzyskanie zdrowia, które jest darem Boga**. Człowiek jest powołany do tego, aby czynić dobry użytek z własnego życia i troszczyć się o siebie, aby stać się bardziej zdolnym do dojścia do Boga. Życie cielesne, chociaż stanowi część transcendentnej wartości osoby, odzwierciedla ze swej natury tymczasowość ludzkiego istnienia. Ta tymczasowość uwydatnia się szczególnie w chorobie i cierpieniu.

Krzyż pasyjny ukazuje ogromne cierpienie oraz rany zadane Jezusowi Chrystusowi podczas całej **Drogi Krzyżowej**. Każdy krzyż jest wyjątkowy, ale te są szczególne, które mają figurkę Chrystusa. **Pasja**



Krzyż Pasyjny (z Chrystusem ukrzyżowanym)





(cierpienie, męka) fragmenty Ewangelii opowiadające o męce Pańskiej – ostatnie 12 godzin życia Jezusa Chrystusa, od pojmania w Ogrójcu do śmierci na krzyżu na wzgórzu zwanym Golgota. **Droga krzyżowa** w Kościołach katolickich – nabożeństwo wielkopostne o charakterze adoracyjnym, polegająca na symbolicznym odtwarzaniu drogi Jezusa Chrystusa na śmierć i złożenie do grobu (14 stacji).

Pieta przedstawia Matkę Boską trzymającą na kolanach martwego Jezusa Chrystusa Chrześcijanin wierzy, że choroba i cierpienie uczestniczą w zbawczej skuteczności Krzyża Zbawiciela.

Cierpiący chorzy przewlekle nieuleczalnie – chory onkologicznie

Postawa wobec zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego relatywizuje choroby, a nawet je gloryfikuje, traktując cierpienie jako drogi do zbawienia.





Kaplice w szpitalach, chorzy uczestniczący we mszy świętej

Styl życia wyznawców Kościoła katolickiego

Nauka moralna wzywa do poszanowania życia fizycznego, sprzeciwia się szerzeniu „kultu ciała". W zakresie pożywienia Kościół katolicki nie wprowadza ograniczeń dotyczących rodzaju spożywania pokarmów ani sposobu ich przygotowywania czy podawania. Zaleca jedynie umiarkowanie, a czasem wstrzemięźliwość, które mają za zadanie ochronę i poszanowanie zdrowia. Nakaz wstrzemięźliwości, podniesiony do rangi swego rodzaju ideału, odnosi się do ostrzeżenia Jezusa z Kazania Na Górze: „Uważajcie na siebie, aby wasze serca nie były ociężałe wskutek obżarstwa, pijaństwa". O poście mówi zarówno Stary jak i Nowy Testament.

Na przestrzeni wieków w Kościele katolickim została wypracowana, mocno z czasem zredukowana, **kultura poszczenia**. Obecnie nakazanymi dniami postu (post ścisły) i abstynencji są: Środa Popielcowa i Wielki Piątek. Z godnie z zaleceniami Kościoła obowiązuje wówczas zakaz spożywania pokarmów mięsnych i umiarkowanie w jedzeniu oraz wstrzymanie się od napojów alkoholowych i innych używek. W tradycji Kościoła osoby, które ukończyły 14 rok życia, obowiązuje także wstrzymanie się od spożywania pokarmów mięsnych w piątki. **Post ścisły obowiązuje wszystkie osoby pełnoletnie, aż do ukończenia 60 roku życia.** Zalecana przez Kościół katolicki wiernym cnota umiarkowania predysponuje do unikania wszelkiego rodzaju nadużyć dotyczących pożywienia, alkoholu i leków. Nauka moralna Kościoła stanowczo potępia i zakazuje zażywania narkotyków. Alkohol nie jest zakazany sam w sobie. Umiarkowana konsumpcja alkoholu nie sprzeciwia się zakazom moralnym. W odniesieniu do tytoniu niegodziwość etyczna nie dotyczy samego używania, lecz nadużywania, szkodliwego dla zdrowia. Ustanowienie przez Kościół dnia Pańskiego – niedzieli, przyczynia się do tego, by wszyscy mogli korzystać z odpoczynku i czasu wolnego, który mogliby poświęcić życiu rodzinnemu, kulturalnemu, społecznemu i religij-



Procesje Niedzieli Palmowej

nemu. W kulcie katolickim ważne miejsce zajmują procesje i pielgrzymki. Procesje przechodzą ulicami miast, miejscowości, parafii (procesje: Bożego ciała, Niedzieli Palmowej, Męki Pańskiej – droga krzyżowa, Misterium Męki Pańskiej w Górze Kalwarii, Orszak Trzech Króli).

Pielgrzymki do sanktuariów maryjnych m.in. Jasna Góra – Częstochowa, Święta Lipka, Licheń, Kalwaria Zebrzydowska, Niepokalanów, Sanktuarium Bożego Miłosierdzi Łagiewniki w Krakowie, Katedra (zwyczaj składania darów pod obrazem Matki Bożej). Według przekazu Kościoła rzymskokatolickiego na przestrzeni wieków przed obrazem Matki Bożej dokonywały się liczne cuda i uzdrowienia.



Jasna Góra



Bazylika Archidiecezjalna w Warszawie pw. Męczeństwa św. Jana Chrzciciela

Bazylika Archidiecezjalna w Warszawie pw. Męczeństwa św. Jana Chrzciciela stanowi jedno z najważniejszych miejsc kultury i tradycji narodowej Polski. Wiele świat katolickich w Polsce wrosło w kulturę kraju oraz jest obchodzonych jako dni wolne od pracy. Zarówno obrzędy religijne , jak i zwyczaje oraz tradycje ludowe w Polsce są chętnie i gromadnie kultywowane. Niektóre Święta w Kościele katolickim: Święto **Bożego Narodzenia** (25–26 grudnia) – uroczystość upamiętniająca narodziny Jezusa w Betlejem, poprzedzona wigilią – 24 grudnia (12 potraw bezmięsnych, łamanie opłatkiem, sianko pod obrusem, szopka w kościołach, choinka, życzenia i prezenty, pasterka); obrzędy Świąt Bożego Narodzenia – zgodnie z polską tradycją, siada się z rodziną do wieczerzy wigilijnej, podczas której smakuje się 12 bezmięsnych potraw (karp, zupa grzybowa, śledź, kutia, kluski z makiem, kapusta z grzybami, pierogi, kapusta z grochem, kompot z suszu, mazurek, makowiec itd.) pod obrus kładzie się sianko na znak stajenki, w której spał Jezus; przed przystąpieniem do kolacji wszyscy łamią się ze sobą opłatkiem i składają sobie życzenia; po kolacji wigilijnej wszyscy wymieniają się prezentami, śpiewają ko-



Stół wigilijny, opłatek


Koszyczek wielkanocny

lędy, a o północy idą na Pasterkę – uroczysta msza święta, celebrująca urodzenie się syna Pana Boga; w okresie świętowania Narodzenia Pańskiego organizowane są szopki, wystawiane są jasełka. Wielki Post rozpoczyna się – **Środą Popielcową** (posypywanie popiołem głów wiernych w kościele katolickim – symboliczne wejście na drogę pokuty, postu i wewnętrznej, duchowej odnowy); **Niedziela Plamowa** – rozpoczyna Wielki Tydzień – tego dnia święcimy palmy na pamiątkę palm, którymi mieszkańcy Jerozolimy witali Pana Jezusa; Święta Wielkanocy – **Zmartwychwstania Pańskiego**, poprzedzone **Wielkim Piątkiem** (śmierć Jezusa Chrystusa) – Drogą krzyżową (14 stacji), **Wielką Sobotą** – święcenie pokarmów (koszyczek wielkanocny: jajka, kiełbaska, chleb, sól, chrzan, baranek, mazurek itd.);

Obrzędy wielkanocne w Polsce polegają na m.in. na uczestniczeniu we mszy rezurekcyjnej, odprawianej o godzinie 6 rano w Dzień Zmartwychwstania Pana Jezusa, dzielenie się z najbliższymi jajkiem ze święconki podczas świątecznego śniadania, zajadanie się mazurkiem, polewanie się wodą w drugi dzień Świąt Wielkanocnych – „lany poniedziałek". **Uroczystość Najświętszego Ciała i Krwi Chrystusa** – 60 dni po Wielkanocy. W Polsce nazywane „Bożym Ciałem".



Wszystkich Świętych (1 listopada) – ku czci wszystkich znanych i nieznanych świętych i męczenników; **Zaduszki** (2 listopada) – wszystkich wiernych zmarłych; odwiedzanie grobów bliskich zmarłych (zapalanie zniczy, chryzantemy, modlitwy itp.). **Objawienie Pańskie** – tradycyjnie określano jako Święto Trzech Króli organizowany 6 stycznia od 2011 r. (K+M+B – imiona trzech mędrców: Kacper, Melchior, Baltazar – symbol wypisywany na drzwiach mieszkań, oznacza błogosławieństwo dla domu i jego ochronę przed złem).

Stosunek Kościoła katolickiego do transplantacji narządów i transfuzji krwi

Katolicyzm dopuszcza zarówno transplantację narządów, jak i transfuzję krwi. Przeszczepy narządów dla katolików, racji „służby życiu", nabierają wartości moralnej i usprawiedliwiają ich zastosowanie w medycynie, jednak powinno się ich dokonywać z zachowaniem szacunku osoby dawcy i ofiarowanych narządów. Przeszczepy autologiczne, tzn. takie, w których pobranie i przeszczep organu dokonywane są na tej samej osobie, są usprawiedliwione zasadą, w myśl której można zadysponować pewną częścią organizmu dla dobra całego organizmu. Przeszczepy homologiczne, w których pobranie jest dokonywane na jednostce tego samego gatunku co biorca, są usprawiedliwione przez zasadę solidarności, która łączy osoby ludzkie, oraz przez zasadę miłości, która skłania do daru wobec

cierpiących bliźnich. Narządy można pobierać od dawcy żywego lub zmarłego. Pobranie narządów od osoby żyjącej jest uprawnione pod warunkiem, że chodzi o narządy, których przeszczep nie niesie ze sobą poważnej i nieodwracalnej szkody dla dawcy. Przeszczepy heterologiczne, w których dawca i biorca nie należą do tego samego gatunku, z moralnego punktu widzenia nie zawsze są naganne. Każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. Dopuszczalne jest np. przeszczepianie rogówki pochodzącej z organizmu zwierzęcego. Jako niemoralne odrzucane są przeszczepy zwierzęcych gruczołów płciowych. Etyka zabrania ofiarowywania wszystkich narządów. Zakaz ten dotyczy mózgowia i gruczołów płciowych, które zapewniają odpowiednio osobową i prokreacyjną tożsamość osoby. Pobranie narządów od osoby zmarłej jest pozytywnie usprawiedliwione, gdyż służy wzniosłym celom ratowania życia ludzkiego.

Stosunek Kościoła katolickiego do sztucznego zapłodnienia

Moralność katolicka odnosi się negatywnie do sztucznego zapłodnienia, ponieważ „ w małżeństwie nie ma oddzielenia prokreacji od związku małżeńskiego". Jeszcze bardziej niemoralne jest sztuczne zapłodnienie nasieniem pobranym z banku nasienia, ponieważ jest ono przeciwne związkowi małżeńskiemu, godności małżonków, powołaniu rodzicielskiemu i prawu dziecka do poczęcia i przyjścia na świat w małżeństwie i dzięki małżeństwu. Kościół katolicki nie zakazuje w sposób kategoryczny stosowania różnych środków sztucznych, których jedynym celem jest ułatwienie naturalnego aktu. Ma to miejsce w przypadku sztucznego zapłodnienia homologicznego, tj. inseminacji dokonanej w obrębie małżeństwa nasieniem małżonka, pod warunkiem że zostało ono uzyskane przez normalny akt małżeński. Stanowisko Kościoła katolickiego, pomimo wielu kontrowersji i dyskusji związanych z kwestią zapłodnienia in vitro z przechowywaniem embrionów, jest jednoznaczna. Zapłodnienie to jest niegodziwe, ponieważ poczęcie nie dokonuje się w wyniku aktu małżeńskiego, lecz poza nim, na skutek działania techników, którzy determinują warunki poczęcia i czas jego zaistnienia. Metoda in vitro nie zapewnia poszanowania godności osoby ludzkiej i jej poczęcia. Technika ta jest nie do przyjęcia z punktu widzenia moralnego również z powodu strat licznych embrionów i konieczności zamrażania embrionów, co oznacza „zawieszenie" ich życia, a często także unicestwienie. Niedopuszczalna jest również inseminacja post mortem, dokonana po śmierci małżonka nasieniem pobranym przed jego śmiercią. Negatywna ocena etyczna odnosi się do technik heterologicznych zapłodnienia in vitro, ze względu na fakt, że oddzielają poczęcie od małżeństwa. Wykorzystanie gamet osób obcych niebędących małżonkami pozostaje w sprzeczności z jednością małżeństwa i wiernością małżonków oraz uderza w prawo dziecka do tego, by być poczętym i przyjść na świat w małżeństwie i z małżeństwa. Z tych samych motywów jest moralnie nie do przyjęcia sztuczne zapłodnienie kobiet niezamężnych lub pozostających w związkach nieformalnych. Według stanowiska Kongregacji Nauki Wiary również „macierzyństwo zastępcze" stoi w sprzeczności z godnością kobiety, jednością małżeństwa i godnością prokreacji osoby ludzkiej. Implantacja w łonie kobiety embrionu, który jest od niej genetycznie różny, lub tylko zapłodnienie kobiety z konsekwencją obowiązku oddania dziecka „zleceniodawcy" oznacza oddzielenie ciąży od macierzyństwa i zredukowanie ciąży do inkubacji, która nie szanuje godności dziecka i jego prawa do tego, by poczęcie, ciąża, narodziny i wychowanie były wyłącznym dziełem jego rodziców.

Stosunek Kościoła Katolickiego do antykoncepcji i planowania rodziny

W ujęciu katolicyzmu seksualność jest darem Bożym i powinna być praktykowana odpowiedzialnie. Naturalnym miejscem jej rozwoju jako elementu osobowości człowieka jest małżeństwo, a podstawą – wierność i miłość. Etyka seksualna dotyczy podstawowych wartości życia ludzkiego i chrześcijańskiego,

dlatego do niej odnosi się nauczanie Kościoła oparte na prawie objawionym. Nauka Kościoła stanowi, że wszelka aktywność seksualna uzyskuje swoje prawdziwe znaczenie i godziwość moralną tylko w prawowitym małżeństwie. Kościół, który „opowiada się za życiem", naucza, że każdy akt małżeński powinien pozostać sam przez się otwarty na przekazywanie życia ludzkiego. Zadanie to małżonkowie powinni wypełniać w poczuciu ludzkiej i chrześcijańskiej odpowiedzialności. Szczególny aspekt tej odpowiedzialności dotyczy regulacji poczęć. **Okresowa wstrzemięźliwość i metody regulacji poczęć oparte są na samoobserwacji** i odwoływaniu się do okresów niepłodnych są zgodne z obiektywnymi kryteriami moralności. Sztuczna antykoncepcja jest często zdaniem Kościoła, wyrazem przedmiotowego traktowania płciowości.

Stosunek Kościoła katolickiego do aborcji

Moralność katolicka stoi na stanowisku, że prawo do życia warunkujące osiągnięcie wszystkich innych dóbr, zarówno w porządku przyrodzonym, jak i nadprzyrodzonym, odnosi się nie tylko do każdego człowieka, ale również do etapu każdego etapu jego życia. Prawo do życia należy do praw osobowych człowieka. W świetle nauki Pisma Świętego źródłem wszelkiego życia jest Bóg. On to życie stwarza, podtrzymuje i zabiera. Moralność chrześcijańska zawsze sprzeciwiała się jakiejkolwiek postaci świadomego zamachu na życie nienarodzonych, a Kościół jednoznacznie zakazuje wykonywania zabiegów przerywania ciąży. Zabieg ten jest bezwzględnie uznawany za zabójstwo istoty ludzkiej – zabójstwo szczególnie godne potępienia, bo dokonane na bezbronnej istocie. **Kodeks Prawa Kanonicznego przewiduje dla osoby powodującej przerywanie ciąży karę ekskomuniki.** Według Kościoła katolickiego kobieta, która poddała się zabiegowi przerwania ciąży, nie jest jedyną osobą za niego odpowiedzialną. W równym stopniu za podjęcie decyzji o zabiegu odpowiada ojciec nienarodzonego dziecka. Kościół obarcza odpowiedzialnością wszystkie osoby, które w jakikolwiek sposób przyczyniły się do aktu aborcyjnego, nie wykluczając pracowników służby zdrowia, zarządców instytucji służby zdrowia, w których zabiegi są przeprowadzane, i propagatorów legalizacji aborcji. Pracownicy służby zdrowia mają szczególne obowiązki wobec płodów pochodzących z aborcji. Taki płód jeszcze żyjący, jeśli to możliwe, powinien być ochrzczony. Płodowi martwemu należy się szacunek właściwy każdemu zmarłemu człowiekowi (nie można go zniszczyć jak jakiegoś odpadu). W granicach możliwości należy się mu należyty pochówek. Płód pochodzący z dobrowolnej aborcji nie może stać się przedmiotem eksperymentów ani źródłem narządów do przeszczepów.

Stosunek Kościoła katolickiego do kremacji i sekcji zwłok

Tradycja pochówku lub kremacji zwłok jest równie stara jak cywilizacja ludzkości. Do zwłok ludzkich zawsze odnoszono się z należytym szacunkiem i traktowano jako sacrum, gdyż, będąc poprzednio żywym ciałem, współtworzyły razem z duszą jednostkę ludzką. Z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej nakaz pietyzmu w stosunku do ciała ludzi zmarłych jest dodatkowo wzmocniony treścią dogmatów o wcieleniu Chrystusa i o zmartwychwstaniu ciał. Kościół katolicki usilnie zaleca zachowanie pobożnego zwyczaju grzebania ciał zmarłych, nie zabrania jednak kremacji zwłok. W Kościele katolickim **kremacja jest dozwolona od 1964 roku**. Kościół katolicki **dopuszcza wykonanie sekcji zwłok** dla celów dochodzenia sądowego lub badań naukowych.

Stosunek Kościoła katolickiego do eutanazji

Wobec eutanazji Kościół katolicki wypowiada się jednoznacznie, za pośrednictwem Katechizmu: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życia osób

upośledzonych, chorych i umierających. **Jest ona moralnie niedopuszczalna.** W ten sposób działanie bądź zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu powoduje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z szacunkiem wobec Boga Żywego, jej Stwórcy". W Katechizmie przedstawione jest również stanowisko Kościoła wobec „uporczywej terapii". Zaprzestanie wykonywania zabiegów medycznych – kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów – może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii". Nie zamierza się w ten sposób zadać śmierci. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny, w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta.

Opieka pielęgniarska nad kobietą ciężarną i położnicą

Kościół katolicki stoi na stanowisku, że macierzyństwo jest misją szczególnej odpowiedzialności i służby życiu. Zawiera w sobie obcowanie z tajemnicą życia, które dojrzewa w łonie kobiety. **Każda matka w stanie błogosławionym nie może być pozostawiona sama ze swymi wątpliwościami i trudnościami**. Kobieta ciężarna powinna mieć zagwarantowaną wszechstronną pomoc, zarówno ze strony rodziny, jak i współwyznawców. Przygotowanie do rodzicielstwa powinno uwzględniać miejscowe przyzwyczajenia i warunki oraz potrzeby rodzin. Kobieta w połogu ma obowiązek (wynikający z nakazu dbania o swoje zdrowie) stosowania się do wskazówek lekarza i pielęgniarki. Nie istnieją natomiast żadne ograniczające ją zakazy czy nakazy wynikające z religii lub tradycji. Po urodzeniu dziecka sama zajmuje się pielęgnacją i karmieniem dziecka, jeśli pozwalają jej na to umiejętności i stan zdrowia.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **umożliwienie kontaktu z duchownym,** jeżeli położnica wyrazi taką wolę, i zapewnienie takich warunków (cisza, spokój, intymność), by mogła w pełni skorzystać z posługi kapłańskiej;
- **ułatwienie odbywania praktyk religijnych** (np. udziału we mszy św. w kaplicy szpitalnej), jeśli stan zdrowia położnicy na to pozwala;
- **zapewnienie atmosfery życzliwości,** otwartości i szacunku dla wartości religijnych;
- **zapewnienie diety jarskiej** w piątki, Środę Popielcową i Wielki Piątek.

Opieka pielęgniarska nad noworodkiem i chorym dzieckiem.



W oficjalnej nauce **Kościoła katolickiego** brak jest szczegółowych wytycznych dotyczących sprawowania opieki nad noworodkiem i dzieckiem chorym. W przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka dopuszczalne jest wykonanie wszelkich czynności medycznych niezbędnych dla jego zachowania. Głoszone przez Kościół katolicki prawo do ochrony życia i jego rozwoju świadczy o głębokiej trosce i opiekuńczości Kościoła w stosunku do najbardziej bezbronnej istoty, jaką jest dziecko**.** Otaczać je należy miłością, czułością, wyrozumiałością i spokojem.

W sytuacji zagrożenia życia noworodka lub też dziecka nieochrzczonego pielęgniarka może ochrzcić dziecko – po wyrażeniu przez rodziców takiego życzenia. Według KKK „…w razie konieczności może ochrzcić każda osoba, nawet nieochrzczona, mająca wymaganą intencję, używając słów– ja ciebie chrzczę w imię Ojca i Syna i Ducha Świętego, oraz wylewając odrobinę wody na czoło chrzczonego – jako widzialny znak chrztu".

Zadania pielęgniarki są następujące:

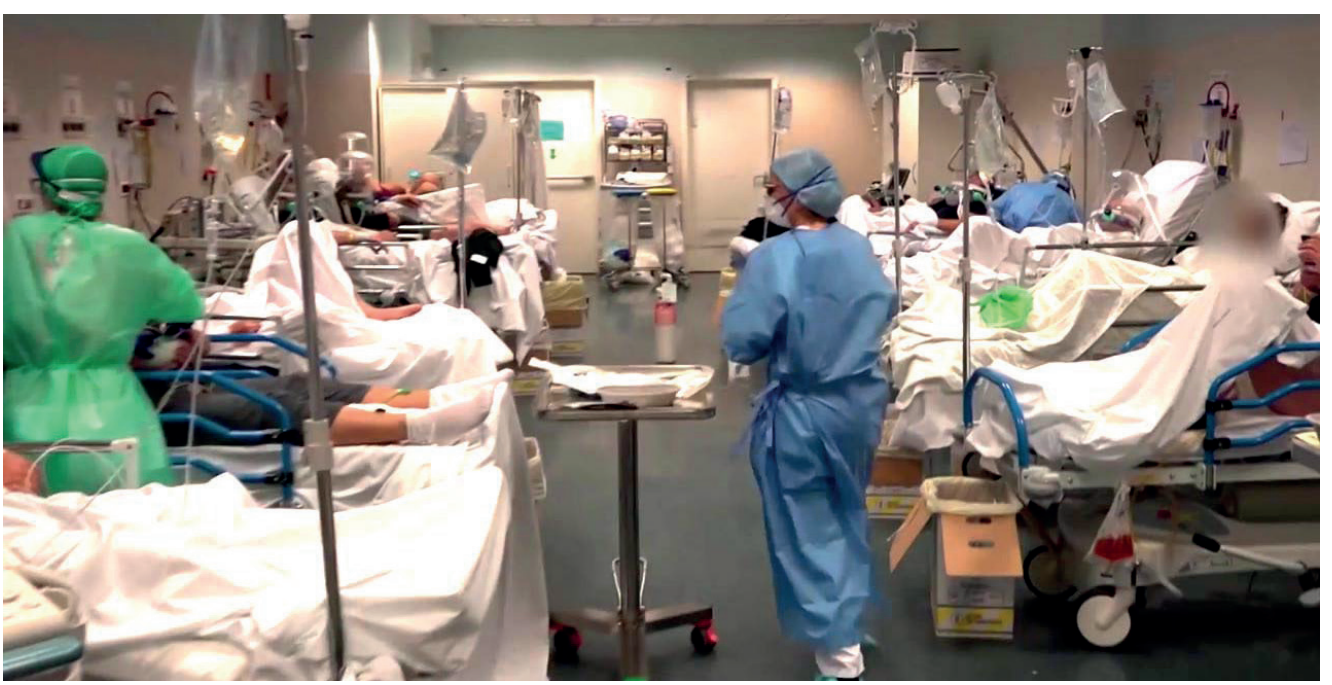
- **ochrzczenie dziecka na życzenie matki** w przypadku zagrożenia jego życia;
- **poinformowanie rodziców o możliwości ochrzczenia** zdrowego dziecka w przyszpitalnej kaplicy;
- **stworzenie warunków matce i jej rodzinie** (mężowi, najbliższym), by po zgonie dziecka mogli z nim przebywać jeżeli będzie takie ich życzenie – do momentu przewiezienia zmarłego dziecka do prosektorium;
- **towarzyszenie matce / rodzinie** zmarłego dziecka podczas załatwiania formalności związanych ze zgonem dziecka.





Opieka pielęgniarska nad dorosłym pacjentem

Opiekę nad chorymi dorosłymi powinna cechować miłość bliźniego, zrozumienie trudnej sytuacji choroby i ograniczeń z nią związanych. Człowiek jest jednostką autonomiczną, niepowtarzalną i dlatego należy traktować chorego z należytym szacunkiem, respektować jego prawo do decydowania o swoim zdrowiu i działaniach leczniczo-pielęgnacyjnych. Każdy dorosły katolik ma obowiązek dbania o swoje zdrowie. Z tego nakazu religijnego wypływa konieczność stosowania się do wszelkich zaleceń



profesjonalistów, mających na celu przywrócenie zdrowia lub jego wzmocnienie. Osoby należące do Kościoła katolickiego mogą poddawać się wszystkim procedurom medycznym, pozwalającym na walkę z chorobą i ratowanie życia.

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **umożliwienie choremu** – jeżeli ma takie życzenie – usytuowanie w swoim otoczeniu symboli religijnych: krzyża, medalika, obrazka itp.;
- **umożliwienie choremu kontaktu z duchownym,** jeżeli wyrazi taką wolę, zapewnienie takich warunków (cisza, spokój, intymność), by mógł skorzystać z posługi kapłańskiej, np. sakramentu pokuty, komunii eucharystycznej, namaszczenia chorych;
- **ułatwienie odbywania praktyk religijnych** (np. udziału we mszy świętej w kaplicy przyszpitalnej), jeśli stan zdrowia na to pozwala;
- **zapewnienie atmosfery życzliwości,** otwartości i szacunku dla wartości religijnych;
- **zapewnienie diety jarskiej** w piątki, Środę Popielcową i Wielki Piątek, jeśli pacjent wyrazi takie życzenie.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem umierającym i po śmierci

Śmierć jest kresem życia ziemskiego. Zgodnie z oficjalną nauką Kościoła rzymsko-katolickiego sam **akt śmierci jest jedynie przejściem, z życia doczesnego do życia wiecznego.** Dla chrześcijanina moment śmierci jest momentem definitywnego zjednoczenia się z Chrystusem. Dla wierzących bardzo ważna jest obecność i kontakt z kapelanem, którego obecność w ciągu całego przebiegu choroby ma zasadnicze znaczenie, a jego misja wyznacza mu rolę uprzywilejowaną w stopniowym przygotowaniu chorego na śmierć.


Ubiór medyka podczas zarazy

Zadania pielęgniarki są następujące:

- **wezwanie szpitalnego kapelana** na życzenie chorego lub rodziny;
- **utrzymywanie kontaktu** z chorym i jego rodziną;
- **wspieranie** rodziny;
- **zapewnienie choremu** warunków sprzyjających skupieniu i intymności w czasie odwiedzin duchownego, zwłaszcza jeżeli pacjent pragnie skorzystać z sakramentu pojednania i komunii eucharystycznej;
- **przekazywanie informacji** dotyczących stanu świadomości chorego i możliwości połykania w czasie odwiedzin kapłana u chorego;
- **przygotowanie** przegotowanej wody, jeżeli chory przyjmuje komunię, by mógł po jej otrzymaniu wypić kilka łyków;
- **umożliwienie choremu,** jeżeli ma takie życzenie, usytuowania w jego otoczeniu symboli religijnych: krzyża, medalika, obrazka itp.;

- **wyrażenie zgody** na zapalenie świecy/gromnicy na życzenie pacjenta/rodziny, jeżeli w sali chorego nie jest prowadzona tlenoterapia;
- **odmówienie krótkiej modlitwy po śmierci chorego**: „Wieczny odpoczynek racz mu dać Panie, a światłość wiekuista niechaj mu świeci na wieki wieków. Amen”;
- **umożliwienie rodzinie** (po stwierdzeniu zgonu przez lekarza) spokojnego pożegnania się ze zmarłym, poinformowanie rodziny, że ciało zmarłego pozostawać będzie na oddziale jeszcze przez dwie godziny;
- **poinformowanie rodziny** o fakcie wykonania toalety pośmiertnej przez pielęgniarkę;
- **okazanie ciału zmarłego pacjenta szacunku**, postępowanie z nim kompetentnie, zgodnie z obowiązującą procedurą i rozporządzeniem w tej sprawie;
- **pomoc rodzinie osoby zmarłej** w załatwieniu formalności związanych ze zgonem.



Podsumowanie

Szanowni Państwo, Szanowne Koleżanki i Koledzy,

To opracowanie kieruję do pielęgniarek i położnych pracujących zawodowo a także do studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

Zdaję sobie sprawę, że nie wyczerpałam w pełni wszystkich problemów związanych z poprawnym komunikowaniem się z chorym z innej kultury oraz uwarunkowaniami religijnymi w opiece zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi: buddyzm, hinduizm, katolicyzm. Mam jednak nadzieję, że wzbogaciłam wiedzę z tego trudnego i złożonego zagadnienia.

Ważne!

Wdrożenie do praktyki pielęgniarskiej XXI wieku paradygmatu trans kulturowego: umożliwia rozwój pielęgniarstwa jako nauki i zawodu; wpłynie na poprawę jakości opieki nad pacjentem; zapewni pielęgniarce skuteczną komunikację z osobami odmiennymi kulturowo i pomoże uniknąć: stereo typizacji, uprzedzę, konfliktów międzykulturowych, zjawiska „szoku kulturowego”, etnocentryzmu, egocentryzmu, stawiania błędnych diagnoz, udzielania błędnych porad i nieprofesjonalnej opieki z powodu braku wiedzy o danej kulturze; pozwoli pacjentowi unikać: ostracyzmu, czyli nieprzyjęcia lub wykluczenia przez otoczenie, stygmatyzacji, czyli napiętnowania.

Pielęgniarstwo musi wpływać na tworzenie bezpiecznego świata, przyjaznego dla człowieka środowiska, opracowywać i wdrażać programy kształcenia zachowań potęgujących zdrowie, uczestniczyć w nauczaniu umiejętności życia w zgodzie zarówno z własnym wewnętrznym środowiskiem, jak też otaczającym nas oraz wykorzystywania wewnętrznych sił człowieka i właściwości natury (pielęgniarstwo ekologiczne).

Człowiek – jakość jego zdrowia i życia, przedmiot zainteresowania pielęgniarstwa, współcześnie potencjalny obywatel świata, powinien być postrzegany nie tylko ze swą innością płci, wieku, stanu zdrowia, środowiska w którym przebywa ale również jako reprezentant społeczeństwa, rasy, wiary, kultury, posługującej się często niezrozumiałym dla nas językiem, indywidualnym obrazem świata i często odmiennymi od naszych sposobami reagowania, co rodzi zapotrzebowanie na pielęgniarstwo trans kulturowe.

Komunikacji międzykulturowej nie można się nauczyć, ale można zrozumieć procesy wpływające na jej przebieg, a dzięki temu uniknąć błędów w komunikacji. Błędna interpretacja zachowania, gestów, ubioru lub mowy ciała może stać się powodem wielu kłopotliwych sytuacji.

Różnorodność to szansa na rozwój, ale równocześnie źródło konfliktów i problemów. Aby sprostać wyzwaniom stawianym przez globalizację, życie, ale przede wszystkim pracę w zróżnicowanym kulturowo społeczeństwie, nieodzownym elementem praktyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia powinno stać się poznawanie kultury, zwyczajów i norm krajów, których przedstawiciele są lub mogą się stać naszymi pacjentami.

Korzyści z dobrego komunikowania z pacjentem:

1. **Uzyskanie** wiarygodnego opisu choroby (trafna diagnoza).
2. **Podporządkowanie** się pacjenta trudnym wymogom leczenia (przyjmowania leków, dieta, zmiana stylu życia).
3. **Zmniejszenie** poczucia bezradności u pacjentów.
4. **Pojawienie** się pozytywnych emocji, które skutecznie wspomagają dochodzenie do zdrowia.
5. **Podjęcie** przez pacjentów współodpowiedzialności za proces leczenia.
6. **Rzadsze występowanie** u personelu medycznego syndromu wypalenia zawodowego.

„Salus aegroti suprema lex”.

Na poziomie procesu komunikowania można wyróżnić przyczyny, które zakłócają, a niekiedy nawet blokują sprawność porozumiewania się:

- ✔ odbiorca rozumie informacje inaczej, niż było to w intencji nadawcy;
- ✔ nie zawsze komunikujemy to, co mamy na myśli – obawa przed lekceważeniem, brak pewności siebie;
- ✔ negatywne emocje drugiej strony – wrogość, strach, brak zaufania;
- ✔ niedopuszczanie nowych treści;
- ✔ zniekształcanie informacji z powodu niedokładności przekazu;
- ✔ reakcje odbiorcy w sytuacji pojawienia się konfliktu w zespole – reakcja kontraktu;
- ✔ brak zaangażowania w sprawę;
- ✔ zbyt silna potrzeba bezpieczeństwa i uznania przez współpracowników;
- ✔ różnice w postrzeganiu – ludzie patrzą na to samo zjawisko z odmiennych punktów widzenia;
- ✔ różnice językowe – użyte słowa muszą zawsze znaczyć to samo zarówno dla nadawcy, jak i dla odbiorcy;
- ✔ brak zaufania pomiędzy odbiorcą i nadawcą.

Aby komunikowanie w zespole terapeutycznym odbywało się skutecznie należy pamiętać o czynnikach, od których zależeć będzie jej powodzenie:

- ✔ umiejętne, wczesne nawiązanie kontaktu „wszyscy ze wszystkimi”;
- ✔ unikanie sporów kompetencyjnych – każdy zgodnie ze swoim wykształceniem i rolą w zespole wnosi to, co potrafi robić najlepiej;
- ✔ demokratyczny klimat w zespole;
- ✔ odejście od hierarchicznego układu stosunków;
- ✔ respektowanie zasady współdziałania, a nie podporządkowania czy rywalizacji;

- ✔ partnerski styl komunikowania się;
- ✔ traktowanie pacjenta i jego rodziny jako pełnoprawnego członka zespołu (wspólne podejmowanie decyzji);
- ✔ całościowe podejście do pacjenta (holistyczne);
- ✔ stały przepływ informacji;
- ✔ empatia; asertywność;
- ✔ rozumiejący, wrażliwy, plastyczny stosunek do pacjenta;
- ✔ zaangażowanie zespołu;
- ✔ wspólne prowadzenie dokumentacji medycznej – wzajemne korzystanie z zebranych danych, informowanie o celach i oczekiwaniach, o planach leczenia i pielęgnowania, opieki społecznej oraz osiągniętych wynikach;
- ✔ szkolenia personelu medycznego z zakresu umiejętności prawidłowego, skutecznego komunikowania się;
- ✔ nastawienie na zmiany, rozwój, wprowadzanie nowych metod usprawniających proces komunikowania między członkami zespołu terapeutycznego.

Znajomość komunikacji międzykulturowej i umiejętność jej efektywnego wykorzystania mogą pomóc w pokonaniu różnic kulturowych, łagodzeniu problemów i pomagać w osiągnięciu bardziej harmonijnych, produktywnych relacji. Jest to szczególnie ważne w dzisiejszym świecie, w którym proces globalizacji jest nieunikniony. Ludzie mogą błędnie interpretować swoje motywy.

Skuteczna komunikacja na linii personel medyczny – pacjent jest powszechnie uznawana za potężne narzędzie diagnostyczne i jest warunkiem koniecznym, wskazującym na wysoką jakość opieki zdrowotnej. Pielęgniarki muszą umieć odnaleźć się w komunikacji na różnych poziomach i w różnych sytuacjach.

Umiejętność dobrej komunikacji jest przypisywana jako jedna z podstawowych kompetencji dobrego personelu medycznego. Kwestia właściwej komunikacji przedstawicieli ochrony zdrowia z pacjentem jest jednym z istotniejszych warunków skutecznego leczenia i pielęgnacji.

Szanowni Państwo,

➜ **Ważne jest, aby chory zrozumiał co do niego mówi lekarz, pielęgniarka, położna czy ratownik medyczny, jaka jest diagnoza i zalecona terapia.**

Komunikacja personelu ochrony zdrowia z pacjentem odmiennym kulturowo wymaga dużego zaangażowania i mobilizacji siły. Świadczenie usług medycznych tej grupie osób jest szczególnie wymagające, gdyż potencjalne nieporozumienie, w tym niemożność porozumienia się, są najczęściej wynikiem różnic kulturowych. Brak możliwości porozumiewania się czyni opiekę nad chorym bardzo trudną. Komunikacja stanowi podstawę interakcji i relacji społecznych. Tworzy, wzmacnia i utrzymuje psychologiczny dobrostan każdego człowieka. Człowiek jest istotą komunikującą się, tak jak jest istotą myślącą, emocjonalną i społeczną. Znajomość zasad skutecznej komunikacji otwiera drogę do porozumiewania się z druga osobą.

Ludzie, którzy umieją dobrze komunikować się z innymi:

1. Potrafią jaśniej precyzować swój przekaz.
2. Trafniej odczytują intencje swoich rozmówców i przez to są w stanie zapobiec nieporozumieniom.
3. W czasie rozmowy bardziej świadomie budują prawidłowe relacje z rozmówcą.
4. Potrafią skutecznie przekonywać innych do swoich racji.
5. Są lepiej rozumiani przez otoczenie.
6. Komunikacja interpersonalna jest bogatsza, skuteczniejsza i korzystniejsza dla dobrego samopoczucia każdego człowieka.

Zakłócenia w komunikacji między pracownikiem medycznym (np. pielęgniarką) a pacjentem doprowadzają do powstania między nimi bariery – blokady. Bariery komunikacyjne utrudniają porozumienie, komunikowanie z pacjentem. Ma to ujemne skutki na cały proces leczenia, pielęgnowania, począwszy od diagnozy na wypełnianiu przez pacjenta zaleceń lekarskich i pielęgniarskich skończywszy.

Bariery w komunikacji:

1. Osądzanie.
2. Decydowanie za innych.
3. Uciekanie od cudzych problemów.
4. Przewaga sił.
5. Presja czasu.
6. Komentarze na temat wyglądu.
7. **Żargon medyczny.**
8. Status społeczny (różnice społeczno-kulturowe).
9. Brak zaufania.

„Kontakt między istotami żywymi nie mógłby istnieć, gdyby nie było powszechnie rozumianego języka emocji".

G. Mietzel

W komunikowaniu pomiędzy pacjentem, a pielęgniarką istotne znaczenie odgrywa aktywne słuchanie oraz spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Jest to delikatna siec interakcji między jedną stroną, a drugą umiejętnością, której trzeba się uczyć, doskonalić ją i skutecznie używać.

Komunikacja niewerbalna to inaczej mowa ciała. 93% komunikacji odbywa się bez użycia słów, zaś pozostała część 7% to przekaz werbalny – słowny. Nasuwa się wniosek, że „mniej ważna jest treść tego, co mówisz, istotne jest – jak mówisz".

Nęcki (1992) wyróżnia **10 kategorii sygnałów pozasłownych:**

1. **gestykulacja** (ruchy rąk, dłoni, palców, nóg, stóp, głowy i korpusu ciała),
2. **mimika** (grymas, uśmiech, wyraz twarzy),
3. **wygląd fizyczny** (sposób ubierania się, fryzura, ozdoby – biżuteria, makijaż, ekspresja wizualna, budowa zewnętrzna ciała),
4. **dźwięki paralingwistyczne** (westchnienia, pomruki, płacz, sapanie, gwizdanie, świsty, jęki, śmiech),
5. **wokaliza** (intonacja, akcentowanie, barwa głosu, rytm mówienia, szybkość mówienia, głośność, wysokość tonu głosu),
6. **spojrzenia** (kontakt wzrokowy: nawiązywanie, podtrzymywanie, zamykanie, doglądanie),
7. **dotyk i kontakt** fizyczny (pielęgnacja, odległość terytoria osobiste), dystans fizyczny i przestrzeń (odległość, strefa oficjalna, osobista i intymna), pozycja ciała (postawa otwarta, zamknięta), organizacja środowiska (wystrój wnętrz, sposób zagospodarowania przestrzeni).



Należy pamiętać, że komunikaty niewerbalne są wieloznaczne. Pacjent zauważając niespójność tych komunikatów (werbalnych i poza werbalnych) zapewne czuje się nieswojo, może obwiniać siebie o takie reakcje u pomagającego (np. pielęgniarki). Na komunikację znacząco wpływają emocje. Są one nieodłącznym elementem naszego życia i świadczą o naszym człowieczeństwie. To one pozwalają na budowanie i utrzymywanie relacji między ludźmi.

Należy pamiętać, to co jest celem komunikacji, czyli porozumienie zawiera w swojej konstrukcji słowo „rozum" (po-rozum-ienie), odnosimy się do rozumu, a nie do serca (uczuć). Niewyobrażalna jest sytuacja, w której rozmawiając z drugim człowiekiem nie będziemy okazywali mu jakichkolwiek uczuć. Gdy w sytuacji jego werbalizowanego lęku czy rozpaczy nie okażemy mu cienia serdeczności, akceptacji, czy troski. Prof. Antoni Kępiński – mistrz kontaktu z drugim człowiekiem „aby odnieść sukces komunikacyjny potrzebna jest troska o ten proces zarówno ze strony odbiorcy, jak i nadawcy".

➜ **We współczesnych demokracjach, afirmujących wolność człowieka i poszanowanie jego godności, ważnym uprawnieniem jest wolność sumienia i wyznania.**

Prawo podmiotowe przysługuje każdemu człowiekowi. Posiada je również człowiek chory, niedołężny, wymagający opieki i potrzebujący świadczeń zdrowotnych. Każdy z nas musi je respektować, aby zapewnić z jednej strony swobodę realizacji świadczeń a z drugiej strony przeciwdziała wszelkim przejawom nietolerancji i dyskryminacji a nawet „zmowy milczenia". Wolność sumienia i wyznania stanowi kluczowe prawo człowieka, w polskim prawie podniesione do rangi konstytucyjnej. Jest ono zagwarantowane również osobom chorym, zwłaszcza przebywającym w placówkach medycznych. Ze względu na panujący w nich reżim, pacjenci mogą być w sposób naturalny ograniczeni w swoich uprawnieniach, w tym religijnych. Z tego powodu ustawodawca zapewnia im możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej.

Zadaniem podmiotu leczniczego i zatrudnionego w nim personelu (lekarze, pielęgniarki, położne) jest także zorganizowanie jego funkcjonowania, by prawo to faktycznie mogło być realizowane. Od strony pozytywnej pracownicy medyczni powinni zatem ułatwić możliwość uzewnętrznienia przekonań religijnych, np. w postaci udziału w ceremoniach religijnych oraz dostępu do duchownego. Od strony negatywnej zaś nie wolno narzucać chorym swego systemu wartości, przekonań i światopoglądu. Tylko taka postawa zapewni możliwość skorzystania przez pacjenta z omawianego prawa, a także będzie kształtowała pozytywne relacje między chorym i pielęgniarka, położną, lekarzem.

Szanowni Państwo, Szanowne Koleżanki i Koledzy,
przedstawiam plan tematów do następnego suplementu Impulsu:



1. Wielokulturowość społeczeństwa polskiego (uchodźca, imigrant), mniejszości narodowe i etniczne w Polsce.
2. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.
3. Krajowy program przeciwdziałania dyskryminacji rasowej, ksenofobii i związanej z nimi nietolerancji w aspekcie ochrony zdrowia.
4. Religijność a zdrowie (znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej).
5. Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia.
6. Kulturowe uwarunkowania eutanazji.
7. Starość i samotność – transkulturowa analiza wzajemnych powiązań.
8. Odmienność kulturowa pacjentów jako źródło dylematów moralnych w praktyce medycznej.

Wykaz literatury:

1. Redakcja naukowa: Elżbieta Krajewska-Kułak, Irena Wrońska, Kornelia Kędziora-Kornatowska. **Problemy wielokulturowości w medycynie.** Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 19–27; s. 60–65; s. 103–111; s. 206–214;
2. Redakcja naukowa**:** Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała, Beata Ogórek-Tęcza. **Pielęgniarstwo trans kulturowe**. Podręcznik dla studentów Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2010 s. 27– 32; s. 32–42; s. 110–121; s. 124–141; s.171–172;
3. Redakcja naukowa: Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda. **Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej**. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im Hanny Chrzanowskiej, Kraków 2010 s. 21–28; s. 63–78;
4. Redakcja naukowa: Anna Kwiatkowska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Wenancjusz Panek. **Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie.** Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003, s. 14–27; s. 49–56; s. 65–76; s.77–84; s. 123–124; s. 262–269.

Grudzień to nie tylko Boże Narodzenie





Grudzień to wyjątkowy okres w roku. W większości krajów i wyznań jest to bardzo świąteczny miesiąc, dlatego każdy znajdzie tu coś dla siebie.

- 11 grudnia wyznawcy judaizmu obchodzą **Święto Świateł**, powszechnie znane jako Chanuka,
- 21 grudnia wyznawcy hinduizmu celebrują **Pancha Ganapati**,
- 22 grudnia Chińczycy, Japończycy, Koreańczycy i Wietnamczycy świętują przesilenie zimowe **Donghzi**,
- 24 grudnia katolicy obchodzą **Boże Narodzenie**.

Choć każda z tych okazji w zależności od kultury i regionu celebrowana jest nieco inaczej, łączy je jedno: jest to czas spędzany w gronie najbliższych osób, przy stole pełnym smakołyków, ciepła i miłości. I to właśnie do tych wartości warto odwołać się, składając wielokulturowe i wielojęzyczne życzenia. Bo choć język znacząco wpływa na sposób postrzegania świata, to takie pojęcia, jak rodzina, domowa atmosfera i życzliwość są uniwersalne.

KOLORY ŚWIATA

Wielokulturowość w XXI w.

