

PACJENT

ODMIENNY KULTUROWO
w praktyce ratownika
medycznego

JERZY KISZKA

PACJENT

ODMIENNY KULTUROWO
w praktyce ratownika
medycznego



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU RZESZOWSKIEGO
RZESZÓW 2020

Recenzowała
dr. hab. WIOLETTA MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA

Opracowanie redakcyjne i korekta
ELŻBIETA KOT

Opracowanie techniczne
EWA KUC

Łamanie
KATARZYNA KOT

Projekt okładki
JULIA SOŃSKA-LAMPART

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego
Rzeszów 2020

ISBN 978-83-7996-827-5 (wersja on-line)
ISBN 978-83-7996-826-8 (wersja papierowa)

1767

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU RZESZOWSKIEGO
35-310 Rzeszów, ul. prof. S. Pigonia 6, tel.: 17 872 13 69, tel./faks: 17 872 14 26
e-mail: wydaw@ur.edu.pl; <http://wydawnictwo.ur.edu.pl>
wydanie I, format A5, ark. wyd. 9, ark. druk. 7,75, zlec. red. 59/2020

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
ROZDZIAŁ 1	
Pacjent odmienny kulturowo w systemie ratownictwa medycznego w Polsce	12
1.1. Uwarunkowania kulturowo-religijne pojmowania zdrowia i choroby u pacjentów reprezentujących odmienne kultury	12
1.2. Charakterystyka populacji obcokrajowców, którym świadczone są medyczne czynności ratunkowe	34
ROZDZIAŁ 2	
Edukacja i szkolenie ratowników medycznych w zakresie kompetencji kulturowych	50
2.1. Teoria kompetencji kulturowych	50
2.2. Kształcenie ratowników medycznych w Polsce w zakresie wielokulturowości	63
2.3. Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych a kompetencje kulturowe	74
ROZDZIAŁ 3	
Kompetencje kulturowe w ratownictwie medycznym	79
3.1. Kompetencje kulturowe personelu medycznego systemu ratownictwa medycznego	79
3.2. Etyka zawodu ratownika medycznego	87
3.3. Dobre praktyki postępowania ratownika medycznego z pacjentami odmiennymi kulturowo	92
Zakończenie	113
Bibliografia	115
Wykaz rycin i tabel	122

WYKAZ SKRÓTÓW

AAMC	– Association of American Medical Colleges (Stowarzyszenie Amerykańskich Uczelni Medycznych)
BICAS	– Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (Budowanie kompetencji międzykulturowych dla usług pogotowia ratunkowego)
ERC	– European Resuscitation Council (Europejska Rada Resuscytacji)
FISP	– Fundacja Instytut Spraw Publicznych
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
KDRM	– Kurs doskonalący dla ratowników medycznych
KEL	– Kodeks Etyki Lekarskiej
KEZRM	– Kodeks Etyki Zawodowej Ratownika Medycznego
MCR	– medyczne czynności ratunkowe
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
PTSD	– Post-Traumatic Stress Disorder (zespół stresu pourazowego)
P ZRM	– podstawowy zespół ratownictwa medycznego
PUW	– Podkarpacki Urząd Wojewódzki
RKO	– resuscytacja krążeniowo-oddechowa
RP	– Rzeczpospolita Polska
SOFU	– System Obsługi Formularzy Unijnych
SOR	– szpitalny oddział ratunkowy
System PRM	– System Państwowego Ratownictwa Medycznego
S ZRM	– specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego
UdSC	– Urząd do Spraw Cudzoziemców
UE	– Unia Europejska
UR	– Uniwersytet Rzeszowski
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
Wytyczne 2015	– Wytyczne resuscytacji 2015 Europejskiej Rady Resuscytacji
ZUW	– Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

WSTĘP

W dzisiejszych czasach Europa jest miejscem integracji ludzi odmiennych kulturowo, religijnie i etnicznie. Integracja ta dotyczy różnych sfer życia – od kontaktów handlowych, wspólnych międzynarodowych projektów artystycznych, codziennych relacji związanych z procesem migracji aż po mieszane małżeństwa i kilkuwyznaniowe rodziny.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat kraje Europy Środkowej i Wschodniej zaczęły się bardzo dynamicznie rozwijać. Polska jest jednym z liderów przemian w tej części kontynentu, państwem atrakcyjnym dla mieszkańców innych krajów. Szacuje się, że w Polsce przebywa obecnie ponad 1 milion obcokrajowców. Oficjalne dane nie obejmują w pełni skali tego zjawiska. Nielegalni migranci przebywający w Polsce lub przejeżdżający przez nią nie są ujęci w statystykach. Według danych Eurostatu z 2018 roku Polska znajduje się na pierwszym miejscu w Unii Europejskiej (UE) pod względem liczby wydanych pierwszych zezwoleń pobytu dla obywateli spoza Wspólnoty. Najwięcej do Polski przyjeżdża obywatele Ukrainy, Białorusi i Turcji (1). Urząd do Spraw Cudzoziemców (UdSC) podaje, że liczba obcokrajowców, którym wydano zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony lub pobyt czasowy w Polsce w 2017 roku, wynosiła 103,2 tys. i była o 16% wyższa niż w 2016 roku. Najczęściej w Polsce osiedlają się Ukraińcy (70,3 tys.), Wietnamczycy (3,5 tys.), Chińczycy (3,9 tys.). Kolejne grupy cudzoziemców pochodzą z Białorusi (2,3 tys.) i Rosji 2,2 tys. (2). Monokulturowe społeczeństwo polskie

będzie z upływem lat przeobrażać się w społeczność wielokulturową. Wskazują na to również pojawiające się coraz częściej badania opisujące zjawisko kompetencji kulturowych w różnych dziedzinach naszego życia. Badane są np. różnice kulturowe w zachowaniu negocjacyjnym między Polakami i innymi narodowościami, wydawane są poradniki dla nauczycieli prowadzących zajęcia z uczniami wielokulturowymi (5).

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie prowadzi pełnych statystyk leczenia cudzoziemców w Polsce. Informacja ta zawarta jest w piśmie Dyrektora Gabinetu Prezesa NFZ z dnia 6 marca 2018 r. dotyczącym informacji o danych statystycznych leczenia cudzoziemców i uchodźców przez polski system opieki zdrowotnej (6). Koszty leczenia nieubezpieczonych obcokrajowców również nie są znane. Jedyni migranci, których dostęp do systemu ochrony zdrowia jest monitorowany, to starający się o status uchodźcy. Problemy zdrowotne tych migrantów wynikają głównie z bezdomności, złych warunków mieszkaniowych, niedożywienia, jak również z przeżyć związanych z opuszczeniem swojego kraju z powodu wojny. Pracują oni niejednokrotnie w warunkach szkodliwych dla zdrowia. Niemożność określenia ich potrzeb zdrowotnych wynika z braku statystyk o liczbie cudzoziemców korzystających z usług medycznych.

Dane wskazują, że w Polsce pracownicy ochrony zdrowia, w tym ratownicy medyczni, bardzo często udzielają pomocy osobom pochodzącym z innych krajów i kultur. W piśmiennictwie podkreśla się, że w takich sytuacjach ważną rolę odgrywają tzw. kompetencje kulturowe (9–12). Kompetencje kulturowe (kompetencje międzykulturowe) definiowane są jako zbiór jednolitych postaw, zachowań oraz zasad pracowników medycznych, dzięki którym możliwa jest efektywna praca

z osobami należącymi do odmiennych kultur. W Polsce pacjent wielokulturowy jest zjawiskiem nowym. Ratownicy medyczni mogą więc nie mieć doświadczenia i wiedzy w zakresie postępowania z pacjentem odmiennym kulturowo.

Współpraca z pacjentem podczas wypadku czy zachorowania jest bardzo trudna ze względu na dotykającą go tragedię i towarzyszące tej sytuacji emocje oraz stres. Pacjent z odmiennej kultury może nie mówić w języku polskim czy angielskim, a ratownik przeważnie nie zna jego języka ojczystego. W takich okolicznościach od świadomości ratownika dotyczącej interakcji zachodzących między ludźmi pochodzącymi z różnych kultur, od wrażliwości na pacjenta wychowanego w innej kulturze, wiedzy o danej kulturze i jej zrozumienia będzie zależało, czy odnajdzie się w nowej sytuacji, używając jedynie mowy niewerbalnej i czy uzyska zaufanie pacjenta i udzieli mu optymalnej pomocy medycznej.

Szkolenia ratowników medycznych Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (System PRM) w zakresie kompetencji wielokulturowych mogą przynieść korzyści w postaci lepszego zrozumienia pacjenta odmiennego kulturowo oraz poprawy komunikacji z nim (12). Wiedza o zachowaniach zdrowotnych przedstawicieli różnych kultur, ich reagowaniu na stres, o sposobach porozumiewania się i podejściu do korzystania z fachowej opieki zdrowotnej, także w sytuacjach nagłych, jest podstawą do nabywania praktycznych kompetencji kulturowych i wykorzystywania ich podczas udzielania pomocy medycznej pacjentowi należącemu do odmiennej grupy etnicznej lub narodowościowej.

Kompetencje międzykulturowe potrzebne są również ratownikom medycznym wykształconym w Polsce i podejmującym pracę za granicą. Z badań przeprowadzonych wśród studentów kierunku ratownictwo medyczne na Uniwersytecie Medycznym

w Lublinie wynika, że jedna trzecia z nich planowała wyjechać do pracy za granicę. Główny kraj emigracji, jaki wskazali, to Wielka Brytania (13). Program kształcenia przyszłych ratowników medycznych powinien uwzględniać treści z zakresu wielokulturowości. Studentów kierunku ratownictwo medyczne należy przygotowywać teoretycznie i praktycznie do udzielania pomocy pacjentom odmiennym kulturowo. W nowym standardzie kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne jako jeden ze szczegółowych efektów uczenia się przewidziano nabycie przez absolwenta takich umiejętności, aby po zakończeniu studiów był w stanie „uwzględniać oczekiwania pacjenta wynikające z warunkowań społeczno-kulturowych podczas medycznych czynności ratunkowych (MCR)” (14).

Postrzeżenie potrzeb i oczekiwań pacjentów z innych kultur różnić się może w zależności od ukończonej przez ratowników medycznych szkoły, indywidualnych doświadczeń z pacjentami odmiennymi kulturowo, wyjazdów za granicę, jak również pracy z personelem medycznym odmiennym kulturowo. Istotne jest, aby ratownicy medyczni zdobywali kompetencje kulturowe już podczas studiów przygotowujących do zawodu. Ratownicy, którzy w trakcie kształcenia nie mieli okazji zapoznać się ze zjawiskiem wielokulturowości w ratownictwie, powinni uzupełniać swoją wiedzę i umiejętności w tym zakresie na kursach specjalistycznych.

Brak kompetencji kulturowych może wywołać konflikty i niepotrzebnie wzbudzić negatywny stosunek pacjenta i jego rodziny do ratownika medycznego. Ratownik powinien mieć podstawową wiedzę na temat kultur występujących w rejonie jego aktywności zawodowej lub na terenie danego kraju. Kompetencje międzykulturowe pomagają zredukować stres ratownika podczas udzielania pomocy pacjentowi, który może nie znać języka polskiego lub języka angielskiego na poziomie komunikatywnym.

W literaturze polskojęzycznej nie ma publikacji wskazujących, jak postępować z pacjentem odmiennym kulturowo. Brakuje podręcznika zawierającego najważniejsze informacje na temat występujących w Polsce odmiennych kultur i religii dedykowanego bezpośrednio ratownikom medycznym. Nie opracowano też materiałów informacyjnych dla ratowników, którzy udzielają coraz częściej pomocy obcokrajowcom reprezentującym inne przekonania i system wartości. Kursy z zakresu postępowania z pacjentem odmiennym kulturowo prowadzone są niezbyt często i zwykle przez organizacje pozarządowe. Istnieje również potrzeba przeprowadzenia badań dostarczających informacji na temat kompetencji międzykulturowych ratowników medycznych pracujących w Systemie PRM, którzy jako pierwsi udzielają pomocy pacjentom reprezentujących odmienną grupę niż większość społeczeństwa.

Rozdział 1

PACJENT ODMIENNY KULTUROWO W SYSTEMIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

W rozdziale tym czytelnik dowie się, jak osoby reprezentujące inne kultury i religie postrzegają zdrowie i chorobę. Zwrócono w nim również uwagę na znaczenie zachowania godności i poszanowania wyznawanych wartości pacjenta dla jakości udzielanej pomocy. Scharakteryzowano tu także populację obcokrajowców, którym udzielana jest pomoc przez jednostki systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

1.1. Uwarunkowania kulturowo-religijne pojmowania zdrowia i choroby u pacjentów reprezentujących odmienne kultury

Zachowania zdrowotne to wzory świadomych postępowań człowieka dotyczących zdrowia. Są one rezultatem decyzji podejmowanych w określonych sytuacjach życiowych. Wg Tobiasz-Adamczyk na zachowania zdrowotne wpływa pięć istotnych elementów. Jednym z nich jest sposób odżywiania się, ale również unikanie używek. Inne istotne czynniki wpływające na postawy zdrowotne to prowadzenie aktywności fizycznej, odpowiednia ilość snu, prowadzenie samochodu w sposób bezpieczny oraz zapobieganie chorobom. Na te wszystkie elementy działań zdrowotnych mają niewątpliwie wpływ religia i kultura (15).

Zdrowie jest cenione we wszystkich kulturach. Główne religie świata i ich zasady deklarują różne sposoby wspierania zdrowia, stoją na jego straży, proponują metody jego naprawy. Niosą również pomoc w trakcie choroby, cierpienia czy odczuwania bólu (16).

Religia często zapewnia wskazówki duchowe dotyczące utrzymania zdrowia. Przekonania religijne wpływają na postawy i zachowania pacjentów. Dla pracowników służby zdrowia ważne jest zapoznanie się z tymi zagadnieniami w celu zapewnienia odpowiedniej kulturowo opieki. W opiece nad pacjentem istotne jest zrozumienie, że przestrzeganie lub nieprzestrzeganie przez niego zasad leczenia wynika z przekonań religijnych. Zrozumienie wartości i przyczyn specjalnych próśb o opiekę zdrowotną zapewni wrażliwą kulturowo opiekę zdrowotną, która jest ważna dla pacjenta i jego rodziny. Kultura i religia jednostki może w znacznym stopniu wpłynąć na perspektywy opieki zdrowotnej. Personel opieki zdrowotnej potrzebuje wiedzy na temat kontekstu kulturowego i przekonań pacjentów, aby zapewnić im odpowiednią opiekę zdrowotną (12).

Od 1 maja 2004 roku Unia Europejska rozszerzyła się o największą liczbę państw, w tym Polskę. Przystąpienie Polski do Wspólnoty i wejście do strefy Schengen spowodowało szybki rozwój ekonomiczny kraju. Polska stała się krajem atrakcyjnym dla imigrantów oraz dla obywateli innych państw poszukujących pracy, a także krajem tranzytowym. Stale wzrastająca liczba cudzoziemców przybywających do Polski lub przejeżdżających przez nasz kraj wpływa na zwiększenie częstotliwości udzielanej pomocy przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) pacjentom odmiennym kulturowo.

Rozbudowa autostrad i rozwój ruchu tranzytowego przez nasz kraj sprawiają, że coraz więcej ludzi pochodzących z odmiennych kultur porusza się po drogach środkami transportu.

Wiąże się to z kolei ze zwiększeniem liczby wypadków, w których uczestniczą osoby nieznające języka polskiego, oraz kontaktów z pacjentami odmiennymi kulturowo przy udzielaniu pomocy przez ratowników medycznych w Polsce. Ratownicy medyczni muszą w swoim działaniu zawsze uwzględniać podstawową zasadę etyki mówiącą, że należy udzielać pomocy medycznej każdej osobie potrzebującej bez względu na jej status społeczny, odmienną kulturą, etniczną czy wyznaniową.

Różnorodność religii i kultur stanowi wyzwanie dla personelu opieki zdrowotnej i systemów dostarczających kompetentnej pod względem kulturowym opieki medycznej. Kompetencje kulturowe to zdolność podmiotów i organizacji świadczących usługi zdrowotne do dostarczania usług opieki zdrowotnej, które spełniają kulturowe, społeczne i religijne potrzeby pacjentów i ich rodzin. Kompetentna opieka kulturowa może poprawić stan pacjenta i wyniki jego leczenia. Strategie mające na celu zbliżenie personelu medycznego i systemów opieki zdrowotnej do tych celów przewidują szkolenie w zakresie kompetencji kulturowych oraz opracowywanie polityki i procedur, które zmniejszają bariery w zapewnianiu kompetentnej opieki nad pacjentami (12). Kompetencje kulturowe obejmują również podstawową wiedzę na temat religii i obyczajów pacjenta odmiennego kulturowo, któremu udzielana jest pomoc.

Jeżeli personel medyczny i system opieki zdrowotnej nie zapewniają kompetentnej kulturowo pomocy, to pacjent może odczuwać zagrożenie dla swojej godności i wyznawanych wartości i nisko oceniać jakość opieki. Słabej jakości interakcja pacjenta z personelem medycznym wpływa również na niską satysfakcję z udzielonej pomocy. W Stanach Zjednoczonych grupy Afroamerykanów, Azjatów, Latynosów czy muzułmanów odczuwały gorszą jakość opieki ze względu na ich pochodzenie etniczne czy rasę.

Pracownicy służby zdrowia muszą dbać o pacjenta rozumianego jako integralna jedność ciała, umysłu i ducha. Zaspokajanie potrzeb kulturowych i duchowych pacjenta jest jednym z elementarnych praw pacjentów. Ratownicy medyczni powinni dysponować wiedzą i umiejętnościami, aby umieć odpowiedzieć na potrzeby pacjentów i ich rodzin w bardzo stresujących chwilach. W Stanach Zjednoczonych systemy opieki zdrowotnej i podmioty świadczące opiekę zdrowotną opracowują strategie i techniki uwzględniające religijne i duchowe potrzeby pacjentów i ich rodzin. Zadaniem takiej strategii jest zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie różnic etnicznych i rasowych w dostępie oraz w jakości zapewnianej opieki zdrowotnej (11, 12).

Religia i duchowość są ważnymi aspektami egzystencji dla większości pacjentów wymagających pomocy. Personel opieki zdrowotnej zawsze musi brać pod uwagę przekonania religijne pacjentów i ich rodzin, kiedy podejmuje trudne decyzje medyczne. Wyzwaniem dla personelu medycznego jest zrozumienie, że przekonania religijne i duchowe mogą być bardzo ważne dla pacjentów podczas podejmowania decyzji medycznych. Religia i duchowość niejednokrotnie wpływają np. na decyzje dotyczące przetoczenia krwi, diety, leków opartych na produktach pochodzenia zwierzęcego, skromności i preferowanej płci personelu medycznego. Niektóre religie mają ściśle określone pory dnia przeznaczone na modlitwę, co może zakłócać stereotypowy harmonogram leczenia. Personel medyczny powinien szanować potrzeby religijne i duchowe pacjenta, umieć je rozpoznawać i dostosować się do nich. Niepokoję pacjenta zmniejszają się, gdy zwraca się on do swojej wiary i swoich przekonań podczas trudnych sytuacji w opiece zdrowotnej. Pracownicy służby zdrowia powinni zapewnić pacjentom możliwość podjęcia decyzji zgodnych z przekonania-

mi religijnymi i duchowymi oraz dostosować ocenę i leczenie do potrzeb pacjentów. Podmioty opieki zdrowotnej poprzez edukację i szkolenia na temat religii świata mogą uwrażliwić swój personel medyczny na potencjalny wpływ sfery duchowej na opiekę nad pacjentem. Edukacja personelu opieki zdrowotnej otwiera na pełen szacunek dialog z pacjentami na temat ich religii i jej wpływu na ocenę i leczenie. Wiedza o religiach i potrzebach duchowych pacjentów powinna zostać włączona do kompetencji ratownika medycznego tak samo jak wiedza z zakresu komunikowania się z pacjentem. Szanowanie przekonań pacjenta oraz wynikających z nich jego zachowań zdrowotnych może pomóc w budowaniu pozytywnych relacji między pacjentem a ratownikiem medycznym. Znajomość przekonań, praktyk religijnych i duchowych może skutkować lepszym stosowaniem się pacjentów do zaleceń, dobrą komunikacją pomiędzy pacjentem a ratownikiem medycznym i poszanowaniem praw pacjentów. To z kolei może skutkować bardziej wrażliwą kulturowo opieką, lepszą jakością leczenia i poprawą wyników (11, 17, 18).

Chrześcijanie (Ukraińcy, Rosjanie, Ormianie)

Zdrowie człowieka składa się z komponentu fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego. W chrześcijaństwie jest ono brakiem choroby, ale również odczuwaniem dobra, jedności, integralności, pokoju i dobrobytu. Chrześcijanin ma w obowiązku robić wszystko, aby o nie dbać. Biblia opisuje, jak zachować w zdrowiu ciało, umysł oraz duszę. W tym celu człowiek powinien ćwiczyć, stosować odpowiednią dietę, unikać używek i zachorowań. Powinien także dbać o systematyczny odpoczynek, odpowiednią pracę, utrzymywać dobre

relacje z otoczeniem i pomagać potrzebującym. Część kościołów wydała szczegółowe wytyczne, jak dbać o ciało za pomocą np. stosowanej diety (19, 20).

Chrześcijanie różnych odłamów mają odmienne nauczanie odnośnie niektórych prawd wiary i norm etycznych. Dotyczy to np. kwestii zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro). Kościół katolicki nie dopuszcza tej metody zapłodnienia. Kościoły protestanckie dopuszczają taką możliwość po wcześniejszym spełnieniu warunku leczenia niepłodności lub adopcji. Metoda pozaustrojowego zapłodnienia obwarowana jest przez protestantów kilkoma warunkami: celem metody są narodziny dziecka, nie można dokonywać selekcji zarodków, rodzicami mogą być wyłącznie małżonkowie starający się o dziecko, mają oni obowiązek urodzić dzieci powstałe z wszystkich wytworzonych zarodków. Kościół Zielonoświątkowy w Rzeczypospolitej Polskiej (RP) nie odnosi się jednoznacznie do tej kwestii. Stwierdza jedynie w swoich dokumentach, że życie płciowe małżonków służy prokreacji (17).

W kwestii aborcji i eutanazji chrześcijanie różnych kościołów mają podobne zdanie. Zgodnie z ich wiarą życie ludzkie rozpoczyna się w momencie zapłodnienia. Ma wyjątkową wartość od poczęcia do naturalnej śmierci. Nie wolno go przerywać ani skracać nawet w sytuacji choroby lub kalectwa. Zabroniona jest zatem aborcja i eutanazja. Katolicy mają obowiązek szanować i wspierać osoby chore i upośledzone. Wierzą, że eutanazja uderza w godność człowieka i jest sprzeczna z prawem Bożym. Dopuszczają jednak zaprzestanie stosowania zabiegów medycznych, które są ryzykowne, nadzwyczajne i nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Spowodowane są niemożnością przerwania procesu umierania, a nie celowym zadaniem śmierci. Działanie takie nazywa się zaprzestaniem „uporczywej terapii” i nie jest tożsame z eutanazją. Kościół Zielonoświątkowy w RP nie ma oficjalnego stanowiska w sprawie eutanazji (17).

Stosowanie środków przeciwbólowych, które przynoszą ulgę w cierpieniu, jest dopuszczalne w Kościele katolickim. Substancje te nie mogą jednak powodować zamierzonego skrócenia życia, a śmierć jest w danym przypadku przewidywana i nieunikniona. Chrześcijanie uważają, że umierające osoby w wieku starszym czy po długiej chorobie bardziej akceptują śmierć. Wieżą również, że cierpienie, zwłaszcza osób starszych przy końcu życia, jest udziałem w zbawczej męce Jezusa Chrystusa (17).

Zgodnie z nauczaniem Kościoła katolickiego przeszczep narządu jest gestem miłości wobec drugiej osoby i bardzo szlachetnym czynem. Jest nadzieją dla ludzi nieraz ciężko chorych lub będących w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Zgodnie z wiarą katolików przeszczep narządów jest dopuszczalny, jeżeli nie zagraża dawcy, a może być korzystny dla biorcy. Zabronione jest celowe okaleczanie jednej osoby dla ratowania drugiej. Katolicy akceptują pobranie narządów po śmierci. Przyjmują też definicję „śmierci mózgu”, która mówi, że osobę uznaje się za zmarłą w momencie ustania wszystkich funkcji mózgu. Nie należy pobierać narządów od osoby, która nie wyraziła na to zgody lub której bliscy zgłaszają taki sprzeciw (18).

Wspólnota anglikańska teologicznie ma dużo zbieżnych cech z katolicyzmem, tradycje jej natomiast tkwią w protestantyzmie. Jest ona łącznikiem między tymi dwoma kościołami. Kościół anglikański akceptuje oddanie narządów do transplantacji, powinno się to jednak odbywać z poszanowaniem przeszczepianych organów ciała ludzkiego oraz po orzeczeniu śmierci mózgu. Darowanie narządów do przeszczepu po śmierci uważane jest w tym kościele za akt altruizmu i pomocy bliźniemu (18).

Kościół protestancki składa się z dwóch nurtów. Pierwszy z nich – ewangelicki to przede wszystkim luteranie i kalwini. Drugi nurt reprezentują zielonoświątkowcy, adwentyści i bap-

tyści, tworząc wspólnotę ewangelikańską. Kościół protestancki z powodu dużej liczby wspólnot nie ma jednoznacznego stanowiska w wielu kwestiach. Z zasady nie formuje on w sprawach wiary ostatecznych decyzji. Raczej ma głos doradczy i podpowiada drogę postępowania. Kościół protestancki popiera transplantację narządów. Narządy nie mogą być pobierane w celach zarobkowych i od osób, które zgłaszają sprzeciw w stosunku do takich czynności (18).

Kościół prawosławny traktuje transplantologię narządów jako metodę terapeutyczną. Uznaje za etyczne pobranie narządów po śmierci w celu poprawy życia człowieka. Ma to służyć celom transplantacji lub do badań (18).

Muzułmanie

W 2011 roku w Polsce na potrzeby Narodowego Spisu Powszechnego utworzono nową kilkupoziomową kategorię wyznań. Usystematyzowane dane o rodzaju religii, nurtach religijnych i grupach wyznań wskazują, że osób wyznających islam było w naszym kraju 5,1 tys. (21)

Islam jest systemem religijnym oraz prawnym. Muzułmanie podporządkowują się zatem prawu Bożemu i cywilnemu. Wyznawcy islamu opowiadają się za życiem, propagują zdrowie człowieka jako jednostki oraz zdrowie społeczne przez chronienie środowiska naturalnego. Zgodnie z nauką islamu człowiek musi dążyć do utrzymania równowagi w swoim życiu, aby mógł prawidłowo się rozwijać. Równowaga ta obejmuje poza zdrowiem fizycznym i umysłowym także zdrowie psychiczne. Należy dbać w równy sposób o zdrowie fizyczne i psychiczne. Zachowanie równowagi osiąga się wyłącznie przez uległość wobec nakazów i zakazów Boga, które są spisane w Koranie. Muzuł-

manie zapobiegają chorobie, zachowując czystość i umiarkowanie w życiu codziennym. W osiągnięciu harmonii i wewnętrznego pokoju muzułmanom pomaga wiara. Życiowe przeszkody mogą zostać pokonane tylko poprzez całkowite oddanie się i posłuszeństwo Bogu. Według Koranu wierzący muzułmanin jest zdrowy w sferze fizycznej i duchowej. Osoby niewierzące w Allaha lub wierzące w wielu bogów nazywane są chorymi (16).

Podstawą fizycznego zdrowia jest niespożywanie szkodliwych napojów i pokarmów. Koran zabrania jedzenia wieprzowiny, padliny i krwi zwierząt. Zakazane jest picie alkoholu oraz przyjmowanie narkotyków. Palenie tytoniu jest traktowane jako grzech albo niewłaściwe zachowanie z powodu szkodliwości dla zdrowia. Zgodnie z wiarą muzułmanów na ich zdrowie fizyczne wpływa również regularna modlitwa w ciągu dnia. Dzięki niej człowiek pozbywa się swoich nieczystych pragnień i odczuwa wewnętrzne zadowolenie.

Muzułmanie wierzą, że trudności życiowe oraz choroby nieuleczalne należy znosić cierpliwie. Dzięki takiemu postępowaniu możliwe jest odpokutowanie popełnionych win i osiągnięcie życia wiecznego. Wyznawcy islamu nie mogą rezygnować z leczenia. Mają również obowiązek wspierania osób ze swojej wspólnoty, które są w trudnych sytuacjach spowodowanych chorobą, kalectwem czy wypadkiem (16).

Muzułmanie przestrzegają zasady, że należy uszanować prywatność życia każdego człowieka. Zabrania się wchodzenia do czyjegoś domu podczas nieobecności domowników lub bez ich zgody. Jeżeli mieszkańcy zamieszkujący dom nie pozwolą wejść do środka, wówczas należy odejść. Nie można czekać przy drzwiach ani nalegać na wpuszczenie do środka. Kobiety muzułmanki zamieszkują z osobami spokrewnionymi tzw. „Mahram”. Wspólne więzy krwi nie pozwalają na zawarcie

z nimi małżeństwa. Podczas wykonywania prac domowych przez muzułmankę tylko „Mahram” mogą patrzeć na inne części ciała, poza dłońmi i twarzą, które są widoczne w tego typu czynnościach. Religia islamu zabrania parze niebędącej małżeństwem przebywać razem w odosobnieniu sam na sam. Muzułmanki mają obowiązek strzec swojej czystości, skromnie opuszczać spojrzenie oraz używać nakrycia głowy, które zasłania jednocześnie szyję i klatkę piersiową. W życiu prywatnym muzułmańskie kobiety mają jedynie kontakt z innymi kobietami i „Mahram”. Nie ma różnicy, czy są to kobiety tej samej religii czy nie. Podczas udzielania pomocy medycznej dużym ułatwieniem byłaby sytuacja, w której to ratowniczka medyczna badałaby kobietę muzułmankę (22).

Muzułmanie nie ujawniają swoich dewiacji seksualnych (np. homoseksualizmu, transseksualizmu), gdyż są one zabronione. Według muzułmanów o sprawach zdrowotnych dzieci decyduje ich ojciec. Dzieci nie mogą umieszczać swoich rodziców w domach pomocy społecznej nawet w przypadku dużej niesprawności ruchowej i otępienia. Muzułmanie licznie odwiedzają swoich chorych współwierzących w szpitalu. Przyjeżdżają czasami z odległych miejsc (22).

Korzystając z toalety, muzułmanie zwracają dużą uwagę na zachowanie higieny. Przed przekroczeniem progu wypowiadają słowa: „Boże, chronię się u Ciebie przed złem i brudem”, następnie wkraczają najpierw lewą nogą. Opuszczając toaletę, wychodzą najpierw prawą nogą i mówią „Przebacz mi”. Udzielając pomocy wyznawcom islamu, należy powstrzymać się od ziewania, kichania i odgłosu „bekania”. Wszystkie te „słabości” pochodzą ich zdaniem od szatana (22).

Podczas badania muzułmanie starają się nie odkrywać swojego ciała. Obszarem zakazanym u kobiet jest całe ciało, bez dłoni i twarzy, a u mężczyzn część ciała od pępka do ko-

lan. Wskazane jest, aby kobietę badała kobieta, a mężczyznę mężczyzna. Obecność kogoś z rodziny lub innej kobiety zalecana jest podczas udzielania pomocy kobiecie-muzułmance. W ratowaniu życia osoby wyznającej islam dopuszcza się wszystkie dostępne procedury medyczne. Nie należy jednak za wszelką cenę próbować usilnie przedłużyć życia. Zakazana jest eutanazja. Można podawać wszystkie grupy leków przeciwbólowych. Zabronione jest podawanie alkoholu w leczeniu chorego. Stosowany może być on do dezynfekcji (22).

Islam nie stawia ograniczeń w zakresie wykonywania amputacji, biopsji, przetaczania krwi lub produktów krwiopochodnych. Aborcja jest zabroniona z wyjątkiem przypadków kazirodztwa, gwałtu lub gdy życie matki jest zagrożone. Płód uważany jest za istotę ludzką po 25 tygodniu ciąży (12).

Przeszczep narządów jest dozwolony w sytuacji, gdy nie ma innej możliwości ratowania życia. Transplantacja narządów jest dopuszczalna od osoby zmarłej, która wyraziła na to wcześniej zgodę i nie zmarła z powodu wykonania kary śmierci. Spadkobiercy dawcy mogą również udzielić zgody na pobranie narządów. Jeżeli tożsamość dawcy nie jest znana, zgodę na pobranie może wyrazić przywódca duchowy (22). Pobieranie narządów od osoby z orzeczoną śmiercią mózgu jest u muzułmanów zabronione. Dopóki serce człowieka bije, posiada on swoją duszę (23).

Wyznawcy islamu starają się być w każdych warunkach i sytuacji bogobojni. Spełniają Boże nakazy i przestrzegają Bożych zakazów. Muzułmanie wierzą, że życie na ziemi jest przejściowe i Bóg chce, aby kiedyś się skończyło. Zachowują się jak obcy mieszkańcy w nie swoim kraju, a główny ich cel to zdobycie zaopatrzenia na powrót do ojczystego kraju. Bogobojność jest wg nich najlepszym wyposażeniem, jakie mogą zabrać w swoją podróż. Mahometanie wierzą, że o momencie śmierci decyduje Bóg.

Dokonuje się ona w najbardziej odpowiednim czasie dla człowieka, przez co nie jest uważana za karę. Umierając, chcą zawsze być zwrócenii twarzą w kierunku Mekki. Układają się zatem na prawym boku lub na plecach podszwami stóp i twarzą skierowanymi w kierunku Mekki. Po śmierci ciało muzułmanina należy umyć. Dokonuje tego członek rodziny lub osoba tej samej płci. W przypadku gdy zmarły był osobą samotną, powinno się powiadomić o śmierci ośrodek muzułmański, pomoże on w znalezieniu osoby, która umyje zwłoki. Muzułmanie dopuszczają możliwość wykonania sekcji zwłok w celu ustalenia przyczyny zgonu. Do jej wykonania należy jednak uzyskać zgodę krewnych osoby zmarłej, a w przypadku jej braku zgodę przywódcy duchowego. Przed sekcją odmawia się modlitwę pogrzebową. Sekcję wykonuje się w miejscu zamkniętym dla innych. Po sekcji wszystkie części ciała należy zebrać, zmarłego zawija się w całun koloru białego. Ceremonię pogrzebową przeprowadza się w meczecie lub na cmentarzu. Muzułmanina należy pochować najpóźniej w trzeciej dobie po śmierci, najlepiej za dnia, z głową skierowaną w stronę Mekki. Personel opieki zdrowotnej postrzegany jest przez muzułmanów jako pomocnicy Bożej woli (22).

Żydzi

Judaizm nakazuje dbać o zdrowie. Troska o nie jest powinnością religijną każdego Żyda. Tora (pięć pierwszych ksiąg Biblii) mówi o profilaktyce utrzymania zdrowia. Składają się na nią dobre samopoczucie, zapobieganie chorobom i pomysłność. Tora daje rady i zalecenia, jak dbać o zdrowie. Dobrostan człowieka związany jest z odżywianiem oraz higieną ciała. Święte Księgi dostarczają informacji na temat postępowania z chorymi, miejsca grzebania zmarłych, higieny i częstotliwości stosunków płciowych. Przykazania i Boże zasady zapewniają dobry stan zdrowia. Zgodnie z nauczaniem tej religii

człowiek zachowuje zdrowy umysł, jeżeli ma zdrowe ciało. W przeszłości modlitwa była najbardziej znaną terapią Żydów. Dusza i ciało były jednym bytem. Żydzi pogardzali praktyką medyczną, ponieważ umniejszała znaczenie Boga. Człowiek był zdrowy, jeżeli miał błogosławieństwo od Boga. Wyzdrowienie było duchowym osiągnięciem przywracającym łączność ze Stwórcą. Do ciężko chorych wzywano kapłana lub człowieka służącego w świątyni (16).

Zachowanie życia ludzkiego w judaizmie jest bardzo ważną zasadą etyki. Ratowanie życia jest obowiązkiem i najważniejszym nakazem. Religia żydowska pozwala przetaczać krew u chorych. W chwili zagrożenia życia przestają obowiązywać prawa żydowskie. Chodzi tutaj między innymi o pracę w szabat czy spożywanie kosztownych posiłków. Zdarzają się jednak sytuacje, w których religia żydowska dopuszcza podjęcie decyzji o własnej śmierci. Ma to miejsce, gdy podczas ratowania własnego życia Żyd byłby zmuszony zabić niewinną osobę lub przeżycie skutkowałoby wyrzeczeniem się wiary. Decyzja taka dopuszczalna jest również w sytuacji relacji seksualnych, które są zakazane i prowadziłyby do uratowania czyjegoś życia (23).

W judaizmie pobieranie narządów po śmierci osoby jest dozwolone jedynie w celu ratowania życia innej osoby. Nie mogą być pobierane do badań naukowych lub magazynowania. Wszystkie narządy pobrane do transplantacji, a niewykorzystane do niej muszą być wykorzystane albo pochowane z dawcą. Żydzi mają różne postrzeganie definicji śmierci. Pierwsza dotyczy śmierci pnia mózgu, a druga rzeczywistego zatrzymania oddechu i krążenia. Wszystkie przypadki pobierania narządów do przeszczepu od zmarłych muszą być konsultowane z przywódcą religijnym, którym jest rabin. Pobieranie narządów do przeszczepu od żywych dawców jest zabronione, ponieważ uznawane jest za zagrożenie dla życia dawcy (23).

Wyznawcy judaizmu dopuszczają aborcję w celu ratowania życia matki. Amputowaną kończynę zakopują w poświęconej ziemi. Żydzi wierzą w życie po śmierci. Chcą, aby pogrzeb zmarłego odbywał się po niej jak najszybciej. Akceptują wykonywanie sekcji zwłok. Kremacja zwłok jest zabroniona. Rodzina może chcieć pozostać przy ciele zmarłego, zanim zostanie ono zabrane przez zakład pogrzebowy. Osoby umierające są zachęcane do łączenia się ze społecznością i modlenia się. Modlitwy za chorych są ważną częścią judaizmu (12).

Świadkowie Jehowy

Zgodnie z danymi zawartymi w Narodowym Spisie Ludności i Mieszkań z 2011 roku świadków Jehowy było w Polsce 137,3 tys., co stanowiło 0,4% ogółu ludności kraju (21). Świadkowie Jehowy w swojej diecie unikają jedzenia zawierającego krew. Produkty mięsne muszą być odpowiednio odsączone z krwi.

Od lat osiemdziesiątych pozostawiają oni decyzję dotyczącą donacji narządów każdej osobie indywidualnie. Warunkiem takiego zabiegu jest nieprzetaczanie krwi podczas jego trwania i wypłukanie narządu przed jego przeszczepem. Zabraniają natomiast transfuzji krwi i preparatów z niej pochodzących. Uważana jest ona za grzech ciężki (22).

Śmierć według nauki świadków Jehowy jest stanem braku świadomości. W sytuacji ciężkiego stanu zdrowia pozostawiają każdemu indywidualną decyzję, czy przedłużyć życie czy umrzeć od razu. Aborcja i eutanazja jest zabroniona. Zabrania się również sztucznego zapłodnienia przez dawcę. Kontrola urodzin jest indywidualnym wyborem. Sekcja zwłok jest dopuszczalna, jeżeli jest wymagana prawem (12).

Romowie

Romowie to grupa etniczna wywodząca się z Indii. Jej przedstawiciele zamieszkują w wielu państwach, głównie na Bliskim Wschodzie i w Europie. Największe skupiska Romów w Europie znajdują się na Węgrzech, w Rumunii i w Słowacji. Grupa ta była prześladowana i zniewalana w poprzednich wiekach. W Polsce zamieszkuje obecnie 12–55 tys. Romów. Należą do czterech grup etnicznych. Ponad połowa to Romowie wyżynni. Zamieszkują województwa małopolskie, podkarpackie i śląskie. Pozostałą część stanowią Romowie właściwi (szczepy Kełderaszów, Lowari i Romów nizinnych). Ta wędrująca grupa etniczna zaczęła przybywać do Polski w XV wieku od strony Niziny Węgierskiej. Jej potomkami są Romowie karpaccy, zamieszkujący obecnie górskie tereny woj. małopolskiego, głównie w gminie wiejskiej Bukowina Tatrzańska. W kolejnym wieku z Niemiec napływała ludność romska nazwana później Polska Roma. W II połowie XIX wieku przybyli do Polski Kełderasze – kotlarze i Lowarzy – handlarze końmi (24).

Społeczne stereotypy charakteryzują Romów w dwojaki sposób. Pierwszy identyfikuje ich jako grupę ludzi wolnych, wędrujących, roztańczonych, rozśpiewanych. Odmienny język, folklor i wróżbiarstwo sprawiają, że grupę tę otacza tajemnica. Drugi stereotyp kreuje ich jako ludzi z marginesu zajmujących się działalnością przestępczą. Romowie postrzegani są jako ubogo ubrani, zajmujący się żebractwem i niechętni obowiązkowi szkolnemu swoich dzieci. W społeczeństwie uważani są za oszustów, złodziei i porywaczy dzieci. Nazywani są często Cyganami. Z tego powodu doświadczają niejednokrotnie dyskryminacji i ostracyzmu.

Romowie z całego świata co kilka lat spotykają się na Światowych Kongresach Romów. Mają własny język, hymn i flagę. Wraz z wstąpieniem nowych krajów do Unii Europejskiej około 2/3 po-

pulacji Romów znalazło się w granicach Unii. Ich mobilność i migracja może przyczynić się do wzrostu wymiaru udzielanej pomocy przez pogotowie ratunkowe czy oddział ratunkowy (24).

Romowie są bardzo zróżnicowani kulturowo. Nie mają oficjalnej religii. Przyjmują dominującą religię kraju, w którym przebywają. W Europie wyznają chrześcijaństwo, a na jej południowym wschodzie islam. Romowie w Polsce należą w większości do Kościoła rzymskokatolickiego. Wśród tej grupy etnicznej są również prawosławni, zielonoświątkowcy i świadkowie Jehowy. Poza religią dużą rolę w kulturze romskiej odgrywiają talizmany, czary, wiara w moc uroków, zły los czy duchy.

Romanipen to zasady w tradycji romskiej określające odnoszenie się do siebie w obrębie społeczności. „Czystość” i „skalanie” to dwa przeciwstawne pojęcia odgrywające istotną rolę w życiu romskiej grupy etnicznej. Łamanie zasad powoduje „skalanie”, a konsekwencją tego może być nawet wydalenie osoby z romskiej społeczności. Kodeks określa również wzorce postępowania, nakazuje samorządność i samowystarczalność w zakresie prawa i obyczajów. Rom nie może być lekarzem, pielęgniarką i hydraulikiem. Wykonywanie tych zawodów powoduje kontakt z dolnymi częściami ciała, zmarłymi i nieczystościami. Do „wielkich skałań” zalicza się ciało kobiety od pasa w dół, głównie w wieku rozrodczym. „Nieczyste” są również części ubrania stykające się z tą częścią ciała w postaci butów czy bielizny. Do „małych skałań” zaliczana jest kobieta lekkich obyczajów. Starsze kobiety i dziewczęta przed dojrzewaniem są czyste. Mężczyzna może dotykać kobietę w miejscach intymnych tylko podczas prokreacji. Nie może dotknąć też jej bielizny, ubrania i butów. Zabronione jest wspólne pranie odzieży damskiej i męskiej oraz jedzenie z tego samego talerza. Kobiety ubierają kilka

spódnic, aby nie skalać jedzenia czy przedmiotów. Kobieta nie może siadać na męskiej czapce, na stole, jak również znajdować się powyżej mężczyzny (24).

Duże bezrobocie wśród Romów i niski poziom uczestnictwa w oświacie przyczynia się do ich marginalizacji w Polsce. Dzieci romskie nie są zachęcane przez rodziców do zdobywania wykształcenia. Kiedy już uczęszczają do szkoły na lekcje, to są tam dyskryminowane z powodu odmienności kulturowej.

Podczas spożywania posiłków społeczność romska używa osobnych naczyń do jedzenia produktów mięsnych i mlecznych.

Kobieta w kulturze romskiej w pewnych okresach życia bywa uznana za nieczystą i jest izolowana z tego powodu. Dużą wagę przykłada się również do zachowania dziewictwa przez kobietę. W kulturze romskiej ciało ludzkie dzieli się na dwie części: część czystą (od pępka w górę) i nieczystą (od pasa w dół). Dla personelu medycznego jest to istotna informacja podczas utrzymania higieny u osoby z tej grupy kulturowej. Taki pacjent powinien mieć do dyspozycji np. dwie gąbki czy kostki mydła. Należy zmieniać rękawiczki po wykonanych czynnościach medycznych w obrębie dolnych części ciała, gdy następnie chcemy dotknąć górnej połowy. Romowie preferują mycie się pod bieżącą wodą.

Romowie unikają kontaktów z placówkami opieki zdrowotnej. Uważają, że jeżeli ktoś jest zdrowy i więcej waży, to jest szczęśliwszy. Społeczność romska nie dba o opiekę prenatalną i kontrolę ciąży. Spowodowane jest to głównie przez zależność kobiety od mężczyzny w podejmowaniu decyzji o własnym ciele. Romowie stosują w życiu medycynę ludową i z tego powodu część z nich nie wierzy w skuteczność szczepienia dzieci. Jak wskazują badania Światowej Organizacji

Zdrowia (WHO), wśród Romów notowany jest wysoki wskaźnik zachorowań na odrę i polio. Wg kultury romskiej znieczulenie podczas zabiegu chirurgicznego wywołuje „małą śmierć”, dlatego unikają takich interwencji medycznych (24).

Poród wg Romów jest aktem nieczystym. Nie może odbyć się on w domu. Kobiety romskie chętnie rodzą w szpitalach. Są one dla nich miejscem odosobnienia. Przez ten fakt odbywa się również oczyszczenie kobiety. Kobiecie podczas porodu powinna towarzyszyć akuszerka spoza społeczności romskiej (24).

W kulturze romskiej żałoba przeżywana jest w rytualny sposób. Towarzyszy jej krzyk, wrywanie włosów albo rzucanie się na podłogę. Romowie nie zostawiają zmarłego ani na chwilę samego, nawet w szpitalu. Jeżeli śmierć człowieka miała miejsce w jego domu, to materac z ciałem wynoszony jest na zewnątrz. Rodzina gromadzi się przy zmarłym, prosząc go o przebaczenie wyrządzonych mu krzywd. Krewni rozmawiają ze sobą i popijają alkohol. Osoba zmarła wspominana jest w dobrych słowach. Rzeczy zmarłego są palone lub niszczone. Te wszystkie czynności są potrzebne aby przygotować zmarłego do przejścia do nowego świata. Dusza po śmierci przechodzi reinkarnację i trafia do ciała człowieka bądź zwierzęcia. Społeczność romska wierzy w moc czynienia złośliwych uczynków przez duszę zmarłego. Wierzą, że po śmierci dusza może się mścić za wyrządzone krzywdy. Aby do tego nie doszło, wylewają pierwsze krople alkoholu i mówią słowa: „lekka ziemia zmarłym”. Okres żałoby trwa jeden rok. Jej zakończenie odbywa się przy grobie zmarłego, gdzie pity jest alkohol i wypowiedane są po raz kolejny słowa: „lekka ziemia zmarłym” (24).

Romowie nie mają wspólnego stanowiska w kwestii transplantacji. W przeważającej większości są przeciwni temu zabiegowi. Wierzą, że dusza pozostaje w ciele do roku czasu po śmierci. Przybiera ona kształt ciała i dlatego powinna pozostać z nim scalona (23).

Hindusi

Na świecie żyje prawie 2,3 miliarda hindusów. W Polsce ich liczba stale wzrasta. Pracownicy ochrony zdrowia powinni wiedzieć więcej o zasadach, jakie obowiązują wyznawców tej religii, aby zapewnić im wrażliwą kulturowo opiekę.

W hinduizmie Karma jest połączeniem kosmicznej i moralnej przyczyny i jej skutku. Hindusi są przekonani, że duchowy rozwój i lekcje nabyte w poprzednim życiu mogą podążać z nimi przez kolejne wcielenia (25).

Wierzą w reinkarnację. Wiara ta daje duże pocieszenie umierającym i ich rodzinom, ponieważ wiedzą, że ich ukochana osoba odrodzi się w nowym życiu i nie odejdzie na zawsze. Uważają, że przyszłe życie zależy od tego, jak człowiek zмага się z niepełnosprawnością, chorobą lub śmiercią. Ból i cierpienie są postrzegane jako skutek wcześniejszych działań (karma). Hindusi uznają, że trwałe fizyczne cierpienie może prowadzić do duchowego wzrastania i szczęśliwszego odrodzenia (11, 24).

Hindusi wierzą w moc „złego spojrzenia”, „złego oka” („buri nazar”), co może wynikać ze strachu przed nowym i nieznanym. Są przeświadczeni, że czyjeś spojrzenie może spowodować prawdziwą katastrofę i nieszczęście, np. w postaci choroby. Przed ewentualnym urokiem bronią się, nosząc przy sobie talizmany z podobizną oka lub malują je na ścianach, by pochłaniało złą energię (26).

Wegetarianizm jest bardzo rozpowszechniony wśród hindusów. Unikają jedzenia wołowiny i wieprzowiny. Wyznają zasadę, że prawa ręka służy do jedzenia, a lewa do toalety i higieny. Zgodnie z hinduskimi przekonaniem kąpiel po posiłku może być przyczyną niestrawności. Higiena osobista

jest ważna dla hindusów. Wymagana jest codzienna kąpiel. Zgodnie z tradycją zimna woda nie może być wlewana do ciepłej tylko na odwrót.

Ojciec lub mąż jest głównym rzecznikiem rodziny. To do niego należy kierować pytania. Kobiety nie mogą wymagać szczególnej opieki. Modlitwa o zdrowie nie jest korzystna. Preferowaną postawą życiową jest stoicyzm.

Hindusi dopuszczają przetaczanie krwi, przeszczep narządów i sekcję zwłok. Aborcja i eutanazja jest zabroniona. Dopuszczalna jest kontrola urodzeń i sztuczne zapłodnienie. Dla hinduisty bardzo ważny jest dokładny czas urodzenia. Nie nadają oni imion dzieciom zaraz po urodzeniu. Dziesięć do jedenastu dni po narodzinach odbywa się ceremonia nadania imienia, której dokonuje kapłan.

Nie ma ograniczeń co do przedłużania życia. Hinduści dbają, aby atmosfera wokół umierającej osoby była spokojna. Wolą umrzeć w domu. Wyznawcy hinduizmu nie pozostawiają ciała zmarłego samego do czasu kremacji, która dokonywana jest w dniu śmierci. Dzieci do dwóch lat są zwykle grzebane. Natychmiast po śmierci rodzina myje ciało i kapłan wlewa wodę do ust. Śpiew religijny przed i po śmierci wykonuje rodzina, przyjaciele oraz kapłan. Gita lub pisma są recytowane, aby zapewnić komfort odchodzenia i sprawić, aby ostatnie myśli przed śmiercią były skierowane ku Bogu (12).

Buddyści

W Polsce w 2011 roku zamieszkiwało 6 tys. osób wyznających buddyzm (21). Buddyści uważają, że na życie człowieka wpływają działania i zachowania. Mogą one przynosić mu korzyści lub szkodzić. Zasady i praktyki buddyjskie pomagają

w dążeniu do osiągnięcia jak największej liczby korzyści, a jak najmniej szkód. Buddysta powinien stosować je z własnej nieprzymuszonej woli oraz wspierać je swoim rozumem i wrażliwością. Pierwszą zasadą jest nie zabijać umyślnie. Druga mówi, aby nie brać samemu czegoś, czego się nie otrzymało. Trzecia wskazuje dobre prowadzenie się w sferze seksualnej. Czwarta i piąta nakazują mówić prawdę i nie stosować środków odurzających. Buddyizm nie posługuje się kategoriami „dobro” i „zło”, zamiast tego preferuje słowa „zręcznie” i „niezręcznie”. Buddyści są przeważnie wegetarianami, unikają alkoholu, kawy i tytoniu (11, 27).

Zdrowie w buddyźmie określane jest mianem równowagi. Ciało człowieka ściśle wiąże się ze środowiskiem naturalnym wokół niego. Człowiek składa się z pięciu organów głównych i sześciu organów dodatkowych. Serce, płuca, śledziona, wątroba i nerki to główne organy połączone z dodatkowymi za pomocą sieci kanałów. Wyznawcy Buddy nie wierzą w uzdrawianie przez wiarę. Powrót do zdrowia odbywa się przez przebudzenie do mądrości Buddy. Stan zdrowia w buddyźmie zależy od diety, sposobu życia, klimatu, pogody, stanu duchowego i umysłowego człowieka, predyspozycji genetycznych. Czynniki te mają pozytywny albo negatywny wpływ na zdrowie. Choroba jest wynikiem karmy, nieuniknioną konsekwencją działań w życiu obecnym lub poprzednim lub prawem przyczyny i skutku. Diagnostyka w kierunku choroby prowadzona jest przez zbadanie pulsu, moczu, kału oraz ocenę fizycznego i mentalnego samopoczucia obecnego i przeszłego. Buddyści uważają, że lekarz powinien postrzegać zdrowie chorego całościowo – leczyć chorobę, ból, ćwiczyć techniki medyczne oraz udzielać porad i promować zdrowie. Pacjent natomiast odpowiada za leczenie przyczyny choroby. Wyznawcy buddyźmu

wierzą, że pierwszym lekarstwem była zagotowana woda, którą zastosowano w leczeniu niestrawności. W przypadku poważnej choroby należy najpierw wdrożyć dietę, preparaty lecznicze i odpowiedni styl życia. Do przygotowania lekarstw wykorzystuje się tylko naturalne zioła i minerały. Medycyna wiąże się bardzo mocno z tym samym praktykowaniem religijnym pacjenta i lekarza. Lekarze buddyjscy postrzegają ciało człowieka jako dużą liczbę punktów połączonych kanałami, w których płynie energia. Zaburzenia w obrębie przepływu energii leczy się poprzez nakłucie igłą określonych punktów. Ma to na celu wyregulowanie energii i poprawę zdrowia. Uśmierzanie bólu odbywa się przez masaż ciała. Leki są dopuszczalne, jeżeli nie wpływają na stan umysłu. Buddyści dbają o zdrowie ciała i umysłu również w taki sposób, że nie rozmyślają nad przeszłością i nie myślą o przyszłości, a jedynie żyją teraźniejszością (20).

W religii buddyjskiej dopuszczalne jest sztuczne zapłodnienie i kontrola urodzeń. Aborcja jest zabroniona. Nie ma również ograniczeń, jeżeli chodzi o sekcję zwłok, przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych, donację narządów czy zabiegi chirurgiczne.

Podczas umierania buddyści unikają leków odurzających. Intonują pieśni, modlą się i zachowują spokój. Wierzą w odrodzenie w następnym życiu, odradzając się, unikają niższych form życia. Niespodziewana śmierć może wymagać specjalnych rytuałów (12). Wyznawcy buddyzmu wierzą, że gdy człowiek ginie w wypadku samochodowym, to trzeba mu pomóc w przejściu do innego życia. W Tajlandii np. wspomagają datkami fundacje ratownictwa drogowego. Wierzą, że człowiek, robiąc więcej dobrych uczynków za życia, będzie miał lepszy los po śmierci.

Buddyzm traktuje oddanie organów do przeszczepu jako najwartościowszy dar człowieka dla drugiej osoby. Każda

osoba indywidualnie podejmuje taką decyzję. Jeżeli nieznana jest za życia wola dawcy, rodzina przedstawia wolę zmarłego w tej kwestii. Buddyści wierzą, że dusza opuszcza ciało człowieka dopiero trzy dni po śmierci klinicznej. W dogmacie religii nakazane jest wspólne dla wszystkich buddystów świętowanie. Codzienna modlitwa i medytacja powinny odbywać się zgodnie z formą buddyzmu (23).

1.2. Charakterystyka populacji obcokrajowców, którym świadczone są medyczne czynności ratunkowe

Liczba cudzoziemców przyjeżdżających do Polski stale wzrasta. Umowy międzynarodowe oraz krajowe uregulowania prawne nakładają na Polskę zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej osobom będącym na stałe lub czasowo w Polsce. Sytuacja prawna obcokrajowców jest zróżnicowana. Wpływają na nią kraj pochodzenia oraz powody, dla których przybywają. Urząd do Spraw Cudzoziemców organizuje opiekę dla osób, które czekają na przyznanie ochrony międzynarodowej. Przebywają one w ośrodkach recepcyjnych i poddawane są wymaganym procedurom. Sprawdzane są również pod względem epidemiologicznym. Osoby pracujące legalnie w Polsce i ich rodziny mają takie same ubezpieczenie zdrowotne jak obywatele RP. Legalni migranci oraz pracownicy ochrony zdrowia często nie są świadomi swoich uprawnień w zakresie opieki zdrowotnej. Sytuacja nielegalnych migrantów przebywających na terenie Polski jest znacznie trudniejsza. Nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, przez co mają problem z refundacją świadczeń udzielonych im w sytuacji ratowania

zdrowia i życia. Dzieci migrantów i kobiety ciężarne ze względu na obywatelstwo nie mają pełnego dostępu do opieki zdrowotnej (21, 28).

Zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: „Cudzoziemcowi nadaje się status uchodźcy, jeżeli na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem w kraju pochodzenia z powodu rasy, religii, narodowości, przekonań politycznych lub przynależności do określonej grupy społecznej nie może lub nie chce korzystać z ochrony tego kraju”. Zgodnie z tą ustawą: „Status uchodźcy nadaje się także małoletniemu dziecku cudzoziemca, który uzyskał status uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej, urodzonemu na tym terytorium”. Cudzoziemcowi niespełniającemu warunków nadania statusu uchodźcy, któremu powrót do kraju pochodzenia grozi wyrządzeniem poważnej krzywdy, udziela się ochrony uzupełniającej. Rzeczywista liczba osób korzystających z ochrony międzynarodowej w Polsce nie jest możliwa do ustalenia. Żaden system monitorujący pobyt cudzoziemców w Polsce nie dostarcza takich danych. Informacja, jaką można uzyskać, dotyczy tylko wniosków, umorzeń i wydanych decyzji w tej sprawie. Późniejsze śledzenie losów osób, które otrzymały zgodę na pobyt na terytorium Polski, nie jest możliwe. Nie wiadomo nawet, ilu z tych osób zostało później nadane polskie obywatelstwo, ponieważ wniosek o obywatelstwo nie zawiera takich danych. Dane UdSC z 2017 roku mówią o 5 tys. osób ubiegających się o udzielenie ochrony międzynarodowej (status uchodźcy lub ochrony uzupełniającej). Ochronę międzynarodową przyznano 520 cudzoziemcom. Byli to m.in. obywatele Ukrainy – 276 osób, Federacji Rosyjskiej – 87 osób, Tadżykistanu – 35 osób. Decyzje negatywne otrzymało 2,1 tys. osób.

Umorzono 53% spraw z powodu opuszczenia terytorium RP przez osoby oczekujące na otrzymanie decyzji. W poprzednich latach obywatele innych państw azjatyckich otrzymywali ochronę międzynarodową (29, 30).

Fundacja Instytut Spraw Publicznych (FISP) stworzyła raport, który omawia integrację beneficjentów ochrony międzynarodowej w Polsce i osób ubiegających się o nią. Dane statystyczne przedstawione w raporcie pochodzą między innymi z Urzędu do Spraw Cudzoziemców, Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), ministerstw. Raport dotyczy beneficjentów ochrony międzynarodowej. Dla pozostałych grup migrantów (także ekonomicznych) wyzwania integracji i możliwości rozwiązania problemów z tym związanych są podobne. Z raportu stworzonego przez FISP wynika, że dokładne określenie stopnia powodzenia integracji migrantów posiadających ochronę międzynarodową w Polsce nie jest możliwe. Nie wiadomo, jakie są problemy ich adaptacji w polskim społeczeństwie. Nie można określić dokładnych potrzeb cudzoziemców i społeczeństwa przyjmującego, tak aby odpowiednio na nie reagować. Na taki stan rzeczy wpływa niewielki zakres gromadzonych przez urzędy danych statystycznych na temat polityki integracyjnej. Problemy beneficjentów ochrony międzynarodowej, wskazane we wnioskach raportu, są podobne do tych, z jakimi borykają się obywatele RP. Pojawiają się one głównie w obszarze służby zdrowia, mieszkalnictwa oraz zabezpieczenia społecznego. Mowa tutaj o długich kolejkach do lekarzy specjalistów, małej liczbie mieszkań socjalnych i niskich kwotach zasiłków (31).

Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową mają pełny dostęp do usług medycznych na podstawie umowy między placówką ochrony zdrowia a UdSC. Dla osób, którym przyznano już status (uchodźcy lub ochrony uzupełniającej), opieka

zdrowotna jest dostępna do roku czasu od jego uzyskania. Po tym okresie, aby mieć dostęp do opieki zdrowotnej, należy spełniać takie warunki jak obywatele RP, tzn. opłacać co miesiąc składki. Migranci nieudokumentowani mają jeszcze trudniejszą sytuację z dostępem do opieki zdrowotnej. Prawo do bezpłatnej opieki medycznej mają oni jedynie w stanie zagrożenia życia lub gdy wynika ona z obowiązku leczenia niektórych chorób zakaźnych. Świadczenie to udzielane jest przez zespoły ratownictwa medycznego lub szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Obowiązujący stan prawny zapewnia każdej osobie niesienie pomocy, nawet pomimo braku ubezpieczenia, do czasu występowania stanu zagrożenia życia. Ciągle nie opracowano jednak systemowych rozwiązań wskazujących, który podmiot obowiązany jest do opłacenia udzielonych świadczeń obcokrajowcom nieposiadającym środków do zapłaty. Zestawienie dostępu do ochrony zdrowia przedstawia tabela 1. Dzieci migrantów (bez legalnego pobytu w Polsce) chodzące do szkoły mają dostęp do ograniczonych świadczeń profilaktyki medycznej, jakie zapewniane są w szkole. Obcokrajowcy, których umieszczono w ośrodku strzeżonym albo w areszcie w celu wydalenia, mają taki sam dostęp do opieki zdrowotnej jak osadzeni w zakładzie karnym (21–23, 25).

Tabela 1. Dostęp do ochrony zdrowia obywateli-cudzoziemców o uregulowanym statusie pobytu, cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową oraz nieudokumentowanych migrantów

Udzielane świadczenia	Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Nieudokumentowani migranci
1	2	3	4
Zespoły ratownictwa medycznego	Dostęp bezpłatny. Posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego i opłacanie składki ubezpieczeniowej	Dostęp bezpłatny. Umowa zawarta przez Szefa UdSC.	Dostęp bezpłatny
Opieka szpitalna			Pełna odpłatność

1	2	3	4
Opieka okołoporodowa	Dostęp bezpłatny. Posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego i opłacanie składki ubezpieczeniowej	Dostęp bezpłatny. Posiadanie udokumentowanego statusu osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową	Pełna odpłatność
Leki	Leki z listy refundowanej, wniesienie opłaty ryczałtowej, 30% lub 50%	Leki wydawane w ambulatoriach w ośrodkach dla uchodźców za zgodą zatrudnionych tam lekarzy	Dostęp odpłatny
Badanie w kierunku HIV	Bezpłatny dostęp do anonimowych badań w wyspecjalizowanych centrach diagnostycznych		
Leczenie HIV	Ubezpieczenie zdrowotne i opłacona składka ubezpieczeniowa	Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową. Dostęp do świadczeń w wybranych placówkach służby zdrowia	Dostęp odpłatny
	W przypadku leczenia poekspozycyjnego – terapia przeciwwirusowa pokryta ze środków publicznych		

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Maśliński, Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce (30).

Służba zdrowia w Polsce nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych większości uchodźców lub osób dopiero ubiegających się o ochronę międzynarodową. Problemy administracyjne, z jakimi się borykają, to m.in. odległe terminy wizyt do lekarzy specjalistów. Istotną barierą jest także słaba znajomość języków obcych oraz specjalistycznego słownictwa wśród personelu ochrony zdrowia. Brakuje systemowych rozwiązań w podmiotach leczniczych zapewniających dostęp do bezpłatnego

tłumacza. Osoba taka zapewniłaby migrantom lepszy dostęp do usług zdrowotnych. Usługi tłumacza są obecnie zapewniane w niektórych przypadkach przez organizacje pozarządowe lub samorządy. Personelu medycznego nie wyposaża się w wiedzę na temat problemów psychicznych migrantów wynikających z przeżyć w kraju pochodzenia. Personel nie jest również poinformowany o procedurach korzystania z opieki zdrowotnej w tym zakresie. Także psycholodzy nie są przygotowani do pracy z obcokrajowcami z zespołem stresu pourazowego (ang. Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) czy naznaczonymi przeżyciami wojennymi. Nie znają w odpowiednim stopniu najczęstszych języków – angielski i rosyjski – jakimi posługują się cudzoziemcy (21–23).

Polski system ochrony zdrowia sformułował procedurę na wypadek konieczności specjalnego traktowania osób ubiegających się o status uchodźcy lub posiadających już ten status. Szczególne potrzeby wymagające odmiennego traktowania zależą od wieku, stopnia niepełnosprawności, przeżytych doświadczeń. O ich przyznaniu decyduje Szef UdSC. Uchodźca otrzymuje wtedy możliwość zakwaterowania w warunkach dostosowanych do jego potrzeb, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w hospicjum. Szczególne traktowanie może być także realizowane przez przydzielenie specjalnej diety lub umieszczenie małoletniego, który nie posiada opieki, w pieczy zastępczej. Migranci starający się o ochronę międzynarodową mogą korzystać z prywatnej opieki zdrowotnej. Wymogiem jest podpisana umowa z taką placówką przez UdSC. Usługami, jakie będą wtedy świadczone, są podstawowa opieka zdrowotna (lekarska i pielęgniarska), opieka lekarzy specjalistów, opieka psychologiczna (22, 25).

Większość beneficjentów ochrony międzynarodowej kwateruje w przeludnionych mieszkaniach o niskim standardzie. Związane jest to ze skromnymi środkami, jakie otrzymują na

ich wynajęcie. Cudzoziemcy nie mają w nich prywatności. Brakuje sprawnie działających toalet i łazienek oraz podstawowych urządzeń i instalacji. W pokojach obecne są insekty. Podobne warunki panują również w ośrodkach dla uchodźców. Nieznana jest liczba uchodźców, którzy są bezdomni, mieszkają w noclegowniach lub ośrodkach interwencji kryzysowej. Dzieci cudzoziemców mają nieograniczony dostęp do usług edukacyjnych. Korzystają z nauki w klasach przygotowujących ich do uczenia się w standardowych szkołach. Problemem jest brak odpowiednio przygotowanych nauczycieli do pracy z nimi.

Kolejnym obszarem badanym w raporcie jest łączenie rodzin migrantów. Wnioski z raportu FISP mówią o zbyt małej aktywności państwa polskiego w tym zakresie, która jest niezgodna z przepisami dostosowującymi do prawa UE. Beneficjenci ochrony międzynarodowej mają taki sam dostęp do zabezpieczenia społecznego jak obywatele RP. Obowiązuje on jednak przez 1 rok i towarzyszą mu niskie środki pieniężne. Polska nie prowadzi oficjalnej polityki integracyjnej migrantów ze społeczeństwem lokalnym. Nie odbywają się również konsultacje władz z organizacjami reprezentującymi uchodźców w celu wypracowania wspólnych instrumentów prawnych służących skuteczniejszemu „budowaniu mostów” ze społeczeństwem przyjmującym (15, 21, 22).

Wyzwaniem w sferze usług opieki zdrowotnej dla osób starających się o opiekę międzynarodową jest dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Duża odległość ośrodków migrantów od aglomeracji miejskiej, zwrot kosztów jedynie za transport publiczny sprawia, że kobiety w ciąży, osoby ciężko chore i niepełnosprawne mają utrudniony dostęp do usług medycznych (21, 22).

Niski poziom kompetencji kulturowych, ograniczona znajomość języka obcego i słownictwa specjalistycznego personelu służby zdrowia wskazują na potrzebę szkolenia w zakresie

tych kompetencji międzykulturowych i przygotowania tłumaczy języków obcych. Kolejnym wyzwaniem jest zapewnienie cudzoziemcom dostępu do legalnych form zatrudnienia. Migranci posiadający ochronę muszą opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne, aby otrzymać świadczenia opieki zdrowotnej oraz pokrywać koszty leków (18).

Prowadzone w Polsce z udziałem personelu medycznego badania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej migrantom wskazują na problemy systemowe i kulturowe w udzielaniu świadczeń tej grupie. Personel medyczny ma małą wiedzę dotyczącą przysługujących cudzoziemcom świadczeń. Nieznane są uprawnienia do korzystania z opieki medycznej czy refundacji leczenia. Problemem jest również brak dokumentacji medycznej migrantów lub brak jej tłumaczenia na język polski. Negatywne nastawienie personelu ochrony zdrowia do migrantów i dyskryminacja powodowana różnicami kulturowymi oraz przepracowanie służby zdrowia to kolejne problemy występujące podczas leczenia cudzoziemców. Obcokrajowcy mają inne pojęcie o systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Związane jest to głównie z ich doświadczeniami z kraju pochodzenia. Przeszkody, jakie się pojawiają w udzielaniu świadczeń, to także spóźnianie się na wizyty czy stosowanie medycyny ludowej przez cudzoziemców. Obcokrajowcy inaczej postrzegają zdrowie i choroby, często np. skracają okres leczenia zaraz po wstępnym ustąpieniu objawów (21).

W badaniach przeprowadzonych wśród osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (głównie Czechenów i Gruzynów) i nieudokumentowanych migrantów (Ukraińców i Wietnamczyków) został oceniony ich własny stan zdrowia. Odpowiedzi udzielone przez ankietowanych budzą niepokój. Stan zdrowia (fizyczny i ogólny) określany jako zły lub bardzo zły

zadeklarowało 38% badanych. Zły stan zdrowia podało 44% kobiet i 30% mężczyzn, którzy wnioskowali o status uchodźcy. Stan taki spowodowany był zaniedbaniami w diagnostyce i leczeniu, chorobami nieleczonym wcześniej w kraju ojczystym, a także ciężkimi przeżyciami migranta. Prawie 50% osób z wnioskiem o status uchodźcy deklarowało również zły lub bardzo zły stan zdrowia psychicznego. Najczęściej obserwowano u nich PTSD, depresję, zaburzenia snu i zaburzenia somatyczne. W nowym kraju migranci są narażeni na szok akulturacyjny, stres, złe warunki życia i brak poczucia sprawczości. Dla osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy w Polsce dostęp do pomocy psychologicznej jest ograniczony. Brakuje psychologów, psychiatrów i lekarzy, którzy posiadaliby wiedzę i kompetencje w zakresie zjawisk związanych z uchodźstwem i międzykulturowością oraz ich specyficznymi konsekwencjami zdrowotnymi. Organizacje pozarządowe rzadko świadczą usługi tego typu. Są one oferowane w ramach określonych projektów, co uniemożliwia wprowadzenie ich na stałe do programu wsparcia psychologicznego osób starających się o status uchodźcy. Nieudokumentowani imigranci rzadziej oceniali swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe w stosunku do aplikujących o status uchodźcy. Prawie 1/3 kobiet z tej grupy zadeklarowała zły lub bardzo zły stan zdrowia. Migranci z tej grupy oceniali również stan swojego zdrowia psychicznego. Prawie 1/4 z nich określiła go jako zły lub bardzo zły. Wpływa na to głównie rozłąka z rodziną i niemożność swobodnego przekraczania granicy. Przyjechali oni do obecnego kraju w większości w celach zarobkowych (32).

Prawie 90% osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy i ponad 60% ankietowanych o nieuregulowanym statusie zadeklarowało, że w razie potrzeby mogą liczyć na

pomoc innej osoby w dostępie do opieki medycznej. Badani najczęściej wskazywali w tym kontekście na pracownika socjalnego. Pytano ich o ostatni problem zdrowotny i działania, jakie podjęli. Migranci ubiegający się o status uchodźcy odpowiedzieli, że sami poradziли sobie z problemem zdrowotnym lub nie podejmowali działania w tym zakresie. Nieudokumentowani migranci w prawie 50% zadeklarowali niepodjęcie żadnych działań lub poradzenie sobie z problemem zdrowotnym samodzielnie. Trudności napotymane przez ankietowanych w dostępie do opieki zdrowotnej skutkują rezygnacją z korzystania ze świadczeń zdrowotnych. 17% osób wnioskujących o status uchodźcy i ponad 25% nieudokumentowanych migrantów stwierdziło, że w jakimś momencie zrezygnowali z konsultacji medycznej lub leczenia. Wszyscy cudzoziemcy, którzy podjęli taką decyzję, napotkali przeszkody w korzystaniu z usług w ostatnim roku (32).

Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi pełnych statystyk leczenia cudzoziemców w Polsce. Pismo Dyrektora Gabinetu Prezesa NFZ z dnia 6 marca 2018 r. dotyczące informacji o statystykach leczenia cudzoziemców i uchodźców przez polski system opieki zdrowotnej potwierdza tę tezę. NFZ wyjaśnia w nim, że System Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU) nie gromadzi danych o przyczynach leczenia cudzoziemców. SOFU nie dokumentuje również konkretnych procedur medycznych w zakresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej obcokrajowcom. Zgodnie z przepisami o dostępie do informacji publicznej NFZ posiada jedynie informacje proste, w zakresie liczby osób leczonych w ramach zagranicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w latach 2009–2017. Informacje te są niepełne, gdyż dotyczą jedynie obywateli państw członkowskich UE – przytoczona została wyłącznie liczba formularzy, a nie

liczba osób, które leczono. Na jednym formularzu E125 („dokument załączony”) mogą być przekazane przez oddziały wojewódzkie NFZ zbiorcze informacje o kilku udzielonych świadczeniach. W piśmie podane są także kwoty udzielonych świadczeń w latach 2009–2017. Koszty obejmują udzielone świadczenia w pięciu obszarach: leczenie medyczne, hospitalizacja, leki, leczenie dentystryczne i inne świadczenia. W przytoczonych latach daje się zauważyć wzrost liczby udzielonych świadczeń i kosztów roszczeń od innych państw UE, z których pochodzą świadczeniobiorcy. Dla przykładu w 2009 roku liczba załączonych dokumentów (liczba świadczeń) wynosiła 95 578 formularzy, a roszczenia z tego tytułu generowały kwotę 59 186 710,77 zł. W 2012 roku liczba załączonych dokumentów wynosiła 331 270 formularzy, a wydatki poniesione przez NFZ wyniosły 117 094 300,48 zł. W roku 2016 do centrali NFZ wpłynęła największa liczba załączonych dokumentów (810 839 formularzy), które opiewały na roszczenia w wysokości 217 975 028,83 zł (6, 23).

NFZ nie posiada danych ogólnopolskich za lata 2009–2017 w poniższych obszarach:

- a) liczba cudzoziemców, którym pomocy udzielały jednostki Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w danym okresie
- b) liczba cudzoziemców leczonych w szpitalach
- c) powody udzielania pomocy przez jednostki Systemu PRM oraz przyczyny hospitalizacji cudzoziemców
- d) koszty leczenia cudzoziemców w Polsce w latach 2009–2017
- e) placówki medyczne, które udzielały pomocy migrantom
- f) liczba udzielanych świadczeń medycznych cudzoziemcom o uregulowanym statusie pobytu, rodzaje udzielanych świadczeń

- g) liczba udzielanych świadczeń medycznych migrantom o nieudokumentowanym statusie (nieubezpieczonych), rodzaje udzielanych świadczeń
- h) liczba udzielanych świadczeń medycznych migrantom starającym się o status uchodźcy i ochronę międzynarodową w Polsce, rodzaje udzielanych świadczeń.

Inne opracowania również wskazują na brak informacji o kosztach leczenia nieubezpieczonych obcokrajowców w Polsce. Osoby starające się o status uchodźcy mają jako jedyni migranci monitorowany dostęp do systemu ochrony zdrowia. Brak statystyk o liczbie cudzoziemców korzystających z usług medycznych uniemożliwia określenie ich potrzeb zdrowotnych. Problemy zdrowotne migrantów, jakie są wskazywane w nielicznych opracowaniach, wynikają głównie z ich bezdomności, złych warunków mieszkaniowych, niedożywienia. Pracują oni niejednokrotnie w warunkach szkodliwych dla zdrowia. Przeżycia związane z opuszczeniem swojego kraju z powodu wojny wpływają również negatywnie na zdrowie migrantów (7, 8).

Analiza danych z dwóch położonych skrajnie urzędów wojewódzkich (podkarpackiego i zachodniopomorskiego) wykazała, że dysponują one tylko częściowymi danymi na temat cudzoziemców i udzielanej im pomocy medycznej. Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego (PUW) w piśmie z dnia 11 kwietnia 2018 r. informuje, że posiada dane jedynie na temat dzieci cudzoziemskich w pieczy zastępczej oraz wypłacanych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach dla cudzoziemców. Sprawozdania pn. „Dzieci cudzoziemskie w pieczy zastępczej” sporządzane są od 2012 roku. W 2012 roku pieczą zastępczą objęto 13 dzieci

cudzoziemców. Dwa lata później liczba takich dzieci wynosiła 24. W 2016 i 2017 roku w pieczy zastępczej przebywało 16 dzieci cudzoziemców (33).

Sprawozdania sporządzone przez PUW w zakresie udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach w latach 2009–2013 wskazują, że żadne świadczenia nie były wypłacane cudzoziemcom w tym okresie. Kolejne lata przyniosły zmianę sytuacji. Cudzoziemcom, którym udzielono zgody na pobyt ze względów humanitarnych lub zgody na pobyt tolerowany na terytorium RP, wypłacono w 2014 roku 5 świadczeń. W kolejnym roku świadczeń tych zrealizowano 13. Liczba świadczeń, jakie zostały wypłacone w 2016 roku, wyniosła 14. Największa liczba wskazanych należności wynosiła 16 i dotyczyła 2017 roku (33).

Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki (ZUW) nie gromadzi danych statystycznych dotyczących przebywania i leczenia cudzoziemców oraz udzielania im pomocy. Posiada jedynie dane dotyczące liczby wypłaconych świadczeń cudzoziemcom, którzy otrzymali zgodę na pobyt ze względów humanitarnych lub pobyt tolerowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Sprawozdania zawierają również informacje na temat liczby dzieci cudzoziemców w pieczy zastępczej. W latach 2009–2013 nie było żadnego dziecka w pieczy zastępczej. W 2014 roku było ich najwięcej – 8 dzieci. W latach 2015–2016 liczba dzieci utrzymywała się na tym samym poziomie i wynosiła 3. W 2017 roku odnotowano 6 dzieci w pieczy zastępczej (34).

Świadczenia wypłacane cudzoziemcom, którzy otrzymali zgodę na pobyt ze względów humanitarnych lub pobyt tolerowany na terytorium RP, monitorowane są przez ZUW od 2009 roku. Największa liczba świadczeń wypłacana była

w latach 2013–2014. Liczba świadczeń w 2013 roku wyniosła 34, a w kolejnym roku 32. Najmniejszy wymiar pomocy zrealizowano w latach 2009–2012. W 2009 i 2011 roku przyznano 9 świadczeń, po 11 należności w 2010 i 2012. W 2015 było 19, w 2016 – 15, a w 2017 – 17 świadczeń (34).

ZUW udzielał pomocy cudzoziemcom ze statusem uchodźcy i ochrony uzupełniającej. W latach 2009–2017 formami pomocy były świadczenia pieniężne na utrzymanie oraz wydatki związane z nauką języka polskiego. Najwięcej uchodźców – 10 osób – otrzymało pomoc w 2009 roku (kwota świadczeń wyniosła 126 tys.). Decyzję o świadczeniu przyznano 4 uchodźcom w 2013 (na kwotę 17 376 zł) i 2014 roku (kwota wyniosła 58 600 zł). Po 3 świadczenia zostały wypłacone w latach 2012 i 2015. W latach 2016–2017 świadczenie otrzymał 1 uchodźca w każdym roku (kwota wynosiła 2016 – 10 779 zł; 2017 – 7850 zł). Cudzoziemcy z ochroną uzupełniającą byli mniejszą grupą otrzymującą pomoc finansową. Najwięcej z nich otrzymało świadczenia w 2017 roku, było to 9 cudzoziemców (na kwotę 10 7885 zł), a najmniej w 2009, 2013 i 2016 roku – po 1 cudzoziemcu (kwota świadczeń wyniosła 2009 – 4455 zł; 2013 – 6174 zł; 2016 – 18476 zł). Liczba świadczeń przypadających do wypłaty w 2010 i 2014 roku wynosiła 2 w każdym roku (2010 – 2405 zł; 2014 – 16 784 zł) (34).

PUW i ZUW posiadają ogólne dane na temat leczenia obcokrajowców w województwie podkarpackim i zachodniopomorskim. Tabela 2 przedstawia liczbę cudzoziemców oraz powody udzielanej im pomocy przez jednostki Systemu PRM. W tabeli ujęci są obcokrajowcy będący w stanie zagrożenia zdrowia i życia z podziałem na urazowych i nieurazowych. Dane obejmują również pacjentów niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Tabela 2. Liczba cudzoziemców, którym udzielono pomocy w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w woj. podkarpackim i zachodniopomorskim w latach 2016–2017

		Woj. podkarpackie			Woj. zachodniopomorskie		
		Cudzoziemcy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	Cudzoziemcy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego - urazowi	Cudzoziemcy niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	Cudzoziemcy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	Cudzoziemcy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego - urazowi	Cudzoziemcy niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
2017	Wyjazdy ZRM	411	140	43	1581	311	2039
	Wyloty lotniczych ZRM	–	–	–	–	–	–
	Liczba przyjęć cudzoziemców w SOR	838	450	520	1138	866	168
	Liczba przyjęć cudzoziemców w izbie przyjęć	788	412	331	1968	1350	667
	RAZEM	2037	552	563	4687	2527	2874
			3152		10088		
2016	Wyjazdy ZRM	262	101	86	2247	335	2057
	Wyloty lotniczych ZRM	–	–	–	–	–	–
	Liczba przyjęć cudzoziemców w SOR	779	385	499	924	527	441
	Liczba przyjęć cudzoziemców w izbie przyjęć	3092	1033	327	741	1207	714
	RAZEM	4133	1519	912	3912	2069	3212
			6564		9193		

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Aktualizacja nr 23 do Planu działania Systemu PRM dla województwa podkarpackiego oraz Aktualizacja nr 18 do Planu działania Systemu PRM województwa zachodniopomorskiego

PUW i ZUW nie posiadają szczegółowych informacji w zakresie udzielania pomocy cudzoziemcom przez jednostki Systemu PRM w następujących obszarach:

- a) powody udzielania pomocy przez jednostki Systemu PRM oraz przyczyny hospitalizacji cudzoziemców (wg klasyfikacji ICD-10)
- b) placówki medyczne, które udzielały pomocy migrantom
- c) liczba osób leczonych w ramach zagranicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w latach 2009–2017 oraz przyczyny ich leczenia
- d) liczba udzielanych świadczeń medycznych cudzoziemcom o uregulowanym statusie pobytu, rodzaje udzielanych świadczeń
- e) liczba udzielanych świadczeń medycznych migrantom o nieudokumentowanym statusie (nieubezpieczonych), rodzaje udzielanych świadczeń
- f) liczba udzielanych świadczeń medycznych migrantom starającym się o status uchodźcy i ochronę międzynarodową w Polsce, rodzaje udzielanych świadczeń
- g) koszty leczenia cudzoziemców w Polsce w latach 2009–2017
- h) liczba cudzoziemców przebywających w ośrodkach dla uchodźców na Podkarpaciu w latach 2009–2017
- i) liczba placówek i ośrodków dla uchodźców.

Informacji o problemach zdrowotnych uchodźców dostarczają badania przeprowadzone w latach 2004–2005 przez Stowarzyszenie Polska Misja Medyczna. Przebadano wtedy 375 osób dorosłych i 274 dzieci. Wśród dorosłych uchodźców postawiono najwięcej rozpoznań gastroenterologicznych (89 diagnoz) i psychiatryczno-neurologicznych (89 diagnoz). Na trzecim miejscu znalazły się rozpoznania urazowo-ortopedyczne (68 diagnoz). U dzieci najczęściej rozpoznawano urazy (56 rozpoznań), zakażenia (33 rozpoznań) i problemy stomatologiczne (20 rozpoznań) (3).

Rozdział 2

EDUKACJA I SZKOLENIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W ZAKRESIE KOMPETENCJI KULTUROWYCH

Rozdział ten uzmysławia czytelnikowi, dlaczego ratownik medyczny powinien stać się kompetentny kulturowo. Definiuje także pojęcie kompetencji kulturowych w odniesieniu do systemu ratownictwa medycznego. W rozdziale omówiono dotychczasowe kształcenie w zakresie wielokulturowości. Rozdział przybliży dostępne formy doskonalenia zawodowego personelu medycznego w zakresie kompetencji kulturowych.

2.1. Teoria kompetencji kulturowych

Nieodłączną projekcją naszych myśli jest uprzedzenie w stosunku do różnic i tendencja do klasyfikowania jednostek jako należących do określonej grupy kulturowej, która może być dla nas obca. Na tej podstawie przyjmujemy założenia dotyczące tego, w jaki sposób pacjenci i ich rodziny myślą i czują. Z życia w społeczeństwach wielokulturowych wiemy jednak, że wykształcają się w nich stereotypy. Niezależnie od nich działa zaś personel medyczny, który udziela pomocy w systemie ratownictwa w sposób indywidualny i niestereotypowy. Udzielenie pomocy osobom odmiennym kulturowo nie powinno różnić się od udanej relacji z pacjentem z tej samej kultury.

Dostarczenie pomocy medycznej w sposób bezpieczny kulturowo wymaga od personelu medycznego pracującego w systemie ratownictwa medycznego zrozumienia, czym jest kultura i co oznaczają kompetencje kulturowe. Ratownicy medyczni, stając się kompetentnymi kulturowo jednostkami, uczą się właściwie odpowiadać na specyficzne potrzeby wszystkich pacjentów oraz są znacznie lepiej przygotowani do współpracy z innymi jako członkowie coraz bardziej zróżnicowanego zespołu medycznego. Podkreślając znaczenie kompetencji kulturowych, zachęca się jednocześnie ratowników do akceptowania różnic i traktowania koleżanek i kolegów z wrażliwością i szacunkiem kulturowym.

Kultura jest zestawem postaw, przekonań, wartości i zachowań kształtowanych przez takie czynniki jak: pochodzenie etniczne, płeć, język, zdolności umysłowe, narodowość, zawód, rasa, religia, orientacja seksualna i status społeczno ekonomiczny. Czynniki te są wspólne dla grupy ludzi i jednocześnie różne dla każdego z osobna oraz przekazywane z pokolenia na pokolenie. Kompetencje kulturowe to z kolei zdolność do zrozumienia i integracji inteligencji kulturowej z dostarczaniem opieki zdrowotnej. Celem świadczenia kompetentnej kulturowo opieki zdrowotnej jest zapewnienie stałej jakości opieki każdemu pacjentowi niezależnie od jego pochodzenia kulturowego, etnicznego, rasowego lub religijnego (12, 35).

Istnieje wiele definicji kompetencji kulturowych. Mają one jednak wspólny rdzeń znaczeniowy. Australijska Rada Narodowa ds. Zdrowia i Badań Medycznych (The Australian National Health and Medical Research Council – NHMRC) definiuje kompetencje kulturowe jako „zestaw przystających zachowań, postaw i zasad, które łączą się w system, agencję lub obejmują profesjonalistów i umożliwiają temu systemowi, agencji i profesjonalistom efektywną pracę w sytuacjach mię-

dzykulturowych”. Osiągnięcie kompetencji kulturowych wymaga złożonego podejścia ukierunkowanego na strukturalne i systemowe aspekty systemu opieki zdrowotnej, a także na rozwój kompetentnych kulturowo pracowników. Odmianą terminologię odnotowuje się w literaturze międzynarodowej przy opisywaniu populacji mniejszościowych, w szczególności w odniesieniu do objętych niedostateczną opieką grup rasowych i etnicznych w Stanach Zjednoczonych, mniejszości etnicznych lub zróżnicowanych kulturowo grup w Wielkiej Brytanii oraz osób nieanglojęzycznych i populacji zróżnicowanych kulturowo i językowo w Australii. Pomimo różnic w terminologii zalecane są spójne strategie mające na celu usunięcie wielu społeczno-kulturowych barier w opiece zdrowotnej dla tych populacji. Obejmują one rekrutację pracowników służby zdrowia ze społeczności mniejszościowych, rutynowe korzystanie z usług tłumacza i przetłumaczonych materiałów edukacyjnych dla osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, dostosowywanie kulturowe programów opieki zdrowotnej i szkolenie kompetencji kulturowych dla pracowników służby zdrowia (36).

Kształcenie i szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie kompetencji kulturowych zostało uznane za niezbędną strategię rozwoju wrażliwej kulturowo, spójnej i elastycznej praktyki klinicznej. W literaturze międzynarodowej znaczny nacisk kładziony jest na kompetencje kulturowe podczas studiów pielęgniarskich, szczególnie w środowisku klinicznym. Różne podejścia do treningu kompetencji kulturowych zostały opisane w literaturze w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Podejścia akcentujące rolę świadomości i wrażliwości kulturowej preferowały instruktaz kulturowy na temat tradycji i zwyczajów grup etnicznych, pojawiły się jednak obawy, że taki przekaz będzie promować stereotypy. Podejścia skoncen-

trowane na pacjencie skupiają się na wpływach społecznych, kulturowych i ekonomicznych na zdrowie jednostki w odniesieniu do wartości, przekonań i zachowań. Podejścia systemowe z kolei podkreślają kompetencje kulturowe organizacji, gdzie szkolenie jest postrzegane jako strategiczne działanie w kierunku poprawy wyników organizacji (36).

Istnieje coraz więcej dowodów z Australii i Stanów Zjednoczonych, że trening kompetencji kulturowych może poprawiać nastawienie, wiedzę, umiejętności i zachowania pracowników służby zdrowia i pozytywnie wpłynąć na zadowolenie pacjenta. Korzystanie z profesjonalnych tłumaczy wiązało się ze zmniejszeniem długości pobytu w placówkach służby zdrowia i redukcją błędów medycznych u pacjentów z ograniczoną znajomością języka angielskiego. Istnieje kilka badań, które łączą zwiększone kompetencje kulturowe z lepszymi wynikami zdrowotnymi. Dysproporcje zdrowotne wśród mniejszości rasowych i osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego nadal są jednak zauważalne (36).

Według Sharifi i wsp. z Iranu kompetencje kulturowe są dynamicznym procesem pozyskiwania zdolności do zapewnienia pacjentom skutecznej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki poprzez rozważenie ich różnych aspektów kulturowych. Kompetencje kulturowe zmniejszają nierówność w opiece zdrowotnej, zapewniają bezpieczeństwo kulturowe oraz zwiększają zaufanie pacjentów do systemu opieki zdrowotnej, w tym również systemu ratownictwa medycznego. Autorzy twierdzą, że system edukacji pielęgniarek i organizacja opieki zdrowotnej odgrywają znaczącą rolę w podnoszeniu kompetencji kulturowych pielęgniarek (37).

Kompetencje kulturowe definiowane są przez Ślusarską i wsp. jako „proces, w którym człowiek odnosi się z szacunkiem do ludzi wszystkich kultur, języków, klas, ras, pochodze-

nia etnicznego, religii i innych charakteryzujących ich czynników. W procesie tym istotny jest fakt uznania i potwierdzenia wartości osób, rodziny czy społeczności oraz ochrony i zachowania godności każdego z uczestników interakcji” (38).

Z kolei Mattson podaje, że kompetencje kulturowe to rozwijanie świadomości własnych przekonań, odczuć i myśli oraz zmniejszanie ich niewłaściwego wpływu na osoby z innych środowisk. To także zrozumienie, akceptowanie i szanowanie różnic kulturowych oraz dostosowanie i świadczenie opieki zgodnie z oczekiwaniami kulturowymi klienta (39).

Zrozumienie elementów tworzących kompetencje kulturowe jest ważnym i koniecznym składnikiem wdrażania idei wielokulturowości w pielęgniarstwie oraz w ratownictwie medycznym. W literaturze opisywane są teorie i modele teoretyczne pielęgniarstwa transkulturowego. Modele teoretyczne stanowią wytyczne zapewnienia świadczeń opieki pielęgniarskiej różnym populacjom. Teorie dostarczają środków do mierzenia się z trudnościami i wyzwaniem w sytuacji zajmowania się zróżnicowanym kulturowo pacjentem (38).

W latach 50. XX wieku Madeleine Leininger zapoczątkowała badania nad kompetencjami kulturowymi. Opracowała teorię opieki kulturowej, w której dowodzi, że pielęgniarstwo na całym świecie potrzebuje rozwoju wrażliwej kulturowo opieki nad pacjentem. Teoria ta przyczyniła się do zbudowania i rozwinięcia modeli teoretycznych w pielęgniarstwie transkulturowym, co z kolei dało podstawy do tworzenia kompetencji kulturowych. Leininger twierdziła, że każda kultura wypracowała wiedzę i praktykę w zakresie profesjonalnej opieki, które są transkulturowe i indywidualne. Jej treści wpływają na wartość opieki kulturowej, przekonania i praktyki dotyczące opieki. Zakorzeniają się w światopoglądzie, języku, filozofii, religii i duchowości. Po-

siadają również kontekst kulturowy w znaczeniu społecznym, politycznym, prawnym, edukacyjnym, ekonomicznym, technologicznym, etnohistorycznym i środowiskowym (38, 40).

Model opieki kulturowej Madeleine Leininger obejmuje trzy elementy zapewnienia przez pielęgniarki korzystnej i znaczącej opieki:

1. Zachowanie i utrzymanie – zapewnienie wsparcia dla praktyk kulturalnych, np. zastosowanie akupresury lub akupunktury do leczenia bólu i niepokoju przed interwencjami medycznymi.
2. Przystosowanie i negocjacje – udzielenie wsparcia pacjentom i członkom ich rodzin w prowadzeniu indywidualnych działań kulturowych (niebędących zagrożeniem dla zdrowia pacjentów lub innych osób w otoczeniu opieki zdrowotnej), np. zachęcanie osoby z niedoborem białka będącej weganem do stosowania diety wegetariańskiej bogatej w białko zwierzęce nie pochodzące z mięsa.
3. Ponowne modelowanie i przekształcanie – skoncentrowanie wysiłków na pacjencie i pomoc w modyfikowaniu lub zmianie jego działania w obrębie praktyk kulturowych. Przekształcanie elementów kultury jest zalecane, gdy praktyki kulturowe szkodzą pacjentowi lub osobom z nim zamieszkującym, np. przekonanie pacjenta we wczesnym stadium choroby nowotworowej stosującego tylko niekonwencjonalne metody leczenia do poddania się również tradycyjnej terapii (38, 41).

Kolejnym modelem kompetencji kulturowych jest model stworzony przez Larry'ego Purnella w 1995 roku. Zawiera on schematyczną reprezentację dwunastu kulturowych domen, które określają różnice w wartościach, przekonaniach oraz praktykach kulturowych ludzi. Model ten buduje świadomość kulturową jednostki. Zwizualizowany został w formie koła

z trzema obręczami. Obrzeże koła to społeczeństwo globalne, zewnętrzna obręcz reprezentuje społeczność, środkowa obręcz symbolizuje rodzinę, a wewnętrzna obręcz przedstawia osobę. Wnętrze koła jest podzielone na 12 klinów obrazujących domeny kulturowe i ich koncepcje. Ciemne centrum koła symbolizuje nieznanne zjawisko. W dolnej części modelu (pod kołem) umieszczona jest postrzępiona linia reprezentująca nieliniową koncepcję świadomości kulturowej. 12 domen kulturowych (konstrukcji myślowych) zapewnia ramy organizacyjne dla modelu. Domeny oraz ich koncepcje są niezbędne do oceny atrybutów kulturowych jednostki, rodziny lub grupy. Zawierają następujące elementy:

1. Komunikacja – dominujący język, dialekty, użycie kontekstowe języka, głośność/ton. Obejmuje ona także komunikację niewerbalną – kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, dotyk, język ciała, praktyki dystansu przestrzennego oraz akceptowalne pozdrowienia. To również czasowość w odniesieniu do przeszłości oraz użycie nazw.
2. Pełnione role i organizacja życia rodzinnego – głowa rodziny, role związane z płcią, priorytety i zadania w rozwoju dzieci i młodzieży, sposoby wychowywania dzieci, role osób starszych, status społeczny, poglądy na alternatywny styl życia.
3. Kwestie związane z pracą – autonomia, akulturacja, asymilacja, role płci, styl komunikacji etnicznej, bariery językowe, praktyki opieki zdrowotnej z kraju pochodzenia.
4. Ekologia biokulturowa – pochodzenie etniczne i rasowe – zabarwienie skóry i fizyczne różnice w budowie ciała, choroby dziedziczne, różnice w metabolizmie leków.
5. Zachowania wysokiego ryzyka – palenie tytoniu, alkohol, narkotyki, brak aktywności fizycznej, nieużywanie pasów bezpieczeństwa i kasków, ryzykowne zachowania seksualne.

6. Odżywianie – posiadanie odpowiedniego pożywienia dla zaspokojenia głodu, rytuały żywieniowe, deficyty związane z odżywianiem, wpływ substancji pokarmowych na utrzymanie zdrowia i w leczeniu choroby.
7. Ciąża i porody – praktyki płodności, aprobowane i nieaprobowane kulturowo metody kontroli urodzeń, poglądy dotyczące ciąży, narodzin i porodu.
8. Rytuały śmierci – poglądy kulturowe na śmierć, zachowania przygotowujące do śmierci oraz praktyki pogrzebowe.
9. Duchowość – praktyki religijne, modlitwy i zachowania, które nadają sens życiu i stanowią indywidualne źródła siły.
10. Praktyki w zakresie opieki zdrowotnej – poglądy na opiekę zdrowotną, tradycyjne praktyki, wierzenia magiczne, religijne i biomedyczne, odpowiedzialność za zdrowie, samoleczenie, poglądy na choroby psychiczne, rehabilitację i transplantację, odpowiedź kulturowa na ból i rolę choroby, bariery dla opieki zdrowotnej.
11. Pracownicy ochrony zdrowia – status, wykorzystanie, postępowanie tradycyjnych, magicznych, religijnych i zachodnich pracowników ochrony zdrowia, Znaczenie płci personelu medycznego w niektórych kulturach.
12. Dziedzictwo – kraj pochodzenia, miejsce zamieszkania, skutki zmiany topografii z kraju pochodzenia do obecnego miejsca przebywania, ekonomia, polityka, przyczyny emigracji, edukacja i zawód (38, 42).

Z modelu tego może korzystać personel medyczny pracujący w dowolnym środowisku. Był on używany z powodzeniem w praktyce edukacji, administracji i badaniach przez pielęgniarki, lekarzy, fizjoterapeutów oraz terapeutów zajęciowych w takich krajach jak: Wielka Brytania, Belgia, Szwecja, Korea, Australia, Kanada, kraje Ameryki Środkowej i Południowej (38, 42).

Campinha-Bacote, wychodząc naprzeciw wyzwaniom zapewnienia opieki zdrowotnej w rozwijającym się wieloetnicznym świecie, stworzył model kompetencji kulturowych w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej. Opublikował go w 2002 roku w artykule „Proces kompetencji kulturowych w świadczeniu usług opieki zdrowotnej”. Model ten postrzega kompetencje kulturowe jako ciągły proces, w którym pracownicy ochrony zdrowia nieustannie dążą do osiągnięcia zdolności do efektywnej pracy z pacjentem w kontekście kulturowym (jednostka, rodzina, społeczność). Ten ciągły proces obejmuje integrację świadomości kulturowej, wiedzy kulturowej, umiejętności kulturowych, spotkań kulturowych i pragnień kulturowych (38, 43).

Świadomość kulturowa jest fenomenem myślowym, który obejmuje samokontrolę i eksplorację własnego poglądu na środowisko kulturowe i zawodowe, poznanie tożsamości, własnych uprzedzeń i założeń dotyczących poszczególnych osób. Nieznajomość własnych wpływów kulturowych może powodować niepożądany wpływ pracownika opieki zdrowotnej na pozycję kulturową pacjenta. Wpływ kulturowy to skłonność jednostki do narzucania swoich przekonań, wartości i wzorców zachowania innej kulturze.

Wiedza kulturowa budowana jest na drodze pozyskiwania naukowej informacji o różnych grupach kulturowych i etnicznych. Pracownik ochrony zdrowia, aby uzyskać ten zasób wiedzy, musi skoncentrować się na trzech kwestiach: przekonaniach zdrowotnych i wartościach kulturowych, zachorowalności i występowaniu chorób oraz skuteczności leczenia. Zdobycie wiedzy kulturowej na temat przekonań i wartości pacjenta dotyczących zdrowia wymaga zrozumienia jego światopoglądu. Jest to pomocne w odczytywaniu tego, jak pacjent interpretuje swoją

chorobę, jak myśli i działa oraz jaką ma naturę. Drugą kwestią jest uzyskanie wiedzy w zakresie ekologii biokulturowej. Dane epidemiologiczne o częstości występowania i rozpowszechnieniu chorób wśród grup etnicznych są niezbędne do podjęcia decyzji o leczeniu oraz do uzyskania pozytywnych wyników leczenia. Trzecim aspektem wiedzy kulturowej jest skuteczność leczenia. Obejmuje ona farmakologię etniczną, czyli badanie zmian w metabolizmie leków między grupami etnicznymi.

Umiejętność kulturowa jest procesem osiągnięcia zdolności do przeprowadzania oceny kulturowej w celu zebrania danych o prezentowanych problemach pacjenta. Jest to również przeprowadzanie oceny fizycznej opartej na podstawach kulturowych. Pracownik ochrony zdrowia powinien wiedzieć, w jaki sposób fizjologiczne i biologiczne cechy pacjenta wpływają na jego zdolność zachowania stosownej oceny fizycznej. Przykłady obejmują budowę ciała, kolor skóry, widoczne cechy fizjologiczne, różnice laboratoryjne.

Spotkania kulturowe to proces, który zachęca personel medyczny do bezpośredniego zaangażowania w interakcje międzykulturowe z pacjentem odmiennym kulturowo. Bezpośrednia interakcja z pacjentami z różnych środowisk kulturowych modyfikuje indywidualne przekonania na temat grupy kulturowej i burzy ewentualne stereotypy. Spotkania kulturowe ujawniają także potrzeby językowe pacjenta. Konieczne może być skorzystanie z pomocy zawodowych tłumaczy.

Pragnienie kulturowe jest procesem motywacji pracownika ochrony zdrowia do chętnego podjęcia pracy nad tym, aby stać się kulturowo świadomym, kulturowo kompetentnym oraz posiadać wiedzę kulturową w trakcie spotkań kulturowych. Campinha-Bacote twierdził, że „ludzi nie obchodzi, jaką wiedzę posiadasz, dopóki nie poznają najpierw, jak bardzo się nimi opiekujesz”.

W 2003 roku Betancourt i wsp. zdefiniowali kompetentny kulturowo system opieki zdrowotnej jako uznający i uwzględniający (na wszystkich poziomach) znaczenie kultury, ocenę relacji międzykulturowych, czujność wobec dynamiki wynikającej z różnic kulturowych, poszerzanie wiedzy kulturowej i dostosowanie pomocy do zaspokajania unikalnych kulturowo potrzeb. Kompetentny kulturowo system jest również zbudowany na świadomości integracji i interakcji przekonań i zachowań zdrowotnych, powszechnym występowaniu chorób oraz wynikach leczenia dla różnych populacji pacjentów.

Podejście do opieki międzykulturowej oparte na pacjencie jako jej podmiocie obejmuje po pierwsze ocenę podstawowych zagadnień międzykulturowych, po drugie badanie znaczenia choroby dla pacjenta, po trzecie określenie kontekstu społecznego, w którym żyje pacjent, i po czwarte angażowanie się w negocjacje z pacjentem w celu zachęcenia do przestrzegania zaleceń. Kwestia przestrzegania zasad jest szczególnie trudnym zagadnieniem, którego determinantami są wieloczynnikowe uwarunkowania. Model kompetencji kulturowych Betancourta wywodzi się z podejścia opartego na pacjencie. Jest narzędziem, które identyfikuje bariery w stosowaniu i zapewnia strategię zajęcia się nimi. Opanowanie wszechstronnej wiedzy o każdej kulturze jest niemożliwe. Personel medyczny powinien zgłębiać wiedzę o społecznościach, którymi się opiekuje. Powinien także działać według ram, które pozwolą mu zapewnić odpowiednią opiekę każdemu pacjentowi, niezależnie od rasy, pochodzenia etnicznego lub pochodzenia kulturowego (44, 45).

Schwarz i wsp. w 2015 roku opracowali konceptualny model kompetencji kulturowych składający się z pięciu uzupełniających się nawzajem elementów (rycina 1). Model ten był

wzorowany na modelu Betancourta. W skład kompetencji kulturowych wchodzi pięć elementów: zachowania wykazywane w zakresie kompetencji kulturowych, komunikacja skoncentrowana na pacjencie, świadomość i wrażliwość na kompetencje kulturowe, orientacja praktyczna skierowana na pacjenta oraz samoocena kompetencji kulturowych (46).



Rycina 1. Konceptualny model kompetencji kulturowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Schwarz i wsp. „Development and Psychometric Assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument” (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813644/>).

Świadomość i wrażliwość są uważane za niezbędny element kultury w tym modelu kompetencji kulturowych. Te dwa wymiary obejmują wiedzę personelu medycznego na temat świadomości i wrażliwość na przejawy kulturowe, postawy i zachowania różnych grup pacjentów, takie jak różnice w języku, religii, nawykach żywieniowych, wzorcach pokrewieństwa i praktykach opieki zdrowotnej. Podejście takie różni się od znajomości specyfiki każdej grupy kulturowej, która jest popierana w wielokulturowym podej-

ściu. Wyzwaniem dla pracowników opieki zdrowotnej w ramach wymiaru świadomości i wrażliwości jest rozpoznawanie grupy podobieństw w kontekście różnic indywidualnych. Może to jednak prowadzić do stereotypowego postrzegania pacjentów. W badaniach podkreślana jest głównie rola pacjenta (jego rasa, płeć, pochodzenie kulturowe) w kształtowaniu spotkań klinicznych, a mniej mówi się na temat roli personelu medycznego. Schwarz i wsp. stwierdzają, że kluczowe znaczenie dla świadomości i wrażliwości mają cechy personelu medycznego. Tożsamość społeczna i kulturowa pracowników ochrony zdrowia odgrywa znaczącą rolę w wynikach leczenia pacjentów. Wpływa na zaufanie pacjentów, przestrzeganie zaleceń i zadowolenie z rezultatów leczenia (46).

W omawianym modelu kompetencji kulturowych zachowanie jest centralnym elementem. Postrzegane jest jako przejaw i demonstracja przekonań i postaw.

Komunikacja skoncentrowana na pacjencie jest odrębnym wzorcem zachowania, dlatego wymiar ten umieszczono w środku modelu. Style komunikacji z pacjentem powinny obejmować jego uczucia, przekonania i oczekiwania w trakcie spotkania. Istnieje związek między komunikacją skoncentrowaną na pacjencie i zadowoleniem pacjenta, przestrzeganiem leczenia i wynikami medycznymi.

Czwarty wymiar w modelu to orientacja praktyczna, obejmuje ona stosunek personelu medycznego do pacjenta. Zapewniana opieka powinna szanować indywidualne preferencje, potrzeby i wartości pacjenta. Orientacja praktyczna skoncentrowana na pacjencie obejmuje świadomość i wrażliwość, preferencje pacjenta i style komunikacji.

Samoocena jest ostatnim wymiarem podkreślanym jako niezbędna umiejętność pracowników ochrony zdrowia w zakresie kompetencji kulturowych. Samoocena wymaga refleksji

nad własnymi przekonaniemii, wartościami i postawami. Różni się od świadomości, która koncentruje się na pacjencie. Istnieją dowody na to, że pracownicy ochrony zdrowia mogą posiadać zarówno świadome, jak i nieświadome negatywne stereotypy o pacjentach innych niż biali. Te negatywne stereotypy mogą być „nawykami umysłu” personelu medycznego korzystającego w szczególności z niepewnych okoliczności klinicznych. Model sugeruje, że refleksje nad nimi i aktywne zaangażowanie w praktyki integracyjne mogą poprawić kompetencje kulturowe pracowników ochrony zdrowia (46).

2.2. Kształcenie ratowników medycznych w Polsce w zakresie wielokulturowości

Przyszli ratownicy medyczni w czasie studiów zdobywają wiedzę i praktyczne umiejętności dotyczące postępowania z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po zdaniu egzaminu dyplomowego uzyskują tytuł licencjata, który uprawnia ich do samodzielnej pracy w ZRM. Absolwenci kierunku lekarskiego czy pielęgniarstwa uprawnienia do samodzielnego wykonywania czynności medycznych w jednostkach systemu ratownictwa medycznego nabywają dopiero po ukończeniu dodatkowego szkolenia. W przypadku lekarzy jest to co najmniej drugi rok specjalizacji z medycyny ratunkowej, a w przypadku pielęgniarek ukończenie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (47).

Zakres kompetencji ratownika medycznego, który ma ukończone studia wyższe, jest znacznie większy i dodatkowo regulowany odrębnymi przepisami. Oprócz udzielania tak zwanej kwalifikowanej pierwszej pomocy jest on uprawniony

do podjęcia medycznych czynności ratunkowych (48). Studenci kierunku ratownictwo medyczne coraz częściej wyjeżdżają w trakcie studiów na wymianę studentów lub praktyki do Niemiec, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii. Mają tam kontakt z pracownikami i pacjentami odmiennymi kulturowo. Z analizy sprawozdań studentów wyjeżdżających w latach 2007–2015 w ramach programu Erasmus wynika, że każdego roku liczba osób wyjeżdżających na zagraniczne studia i praktyki zawiera się w przedziale 14 000 – 16 000. Czynnikiem kulturowym jest na trzecim miejscu wśród wszystkich czynników wpływających na chęć wyjazdu na praktyki za granicę, Po powrocie z praktyk studenci potrafią lepiej współpracować z osobami z innych środowisk i kultur (89,85% wyjeżdżających na praktyki) oraz dostrzegają wartości innych kultur (88,80% wyjeżdżających na praktyki) (49).

Komunikacja międzykulturowa będzie nabierać coraz większego znaczenia w kształceniu ratowników medycznych ze względu na transgraniczną mobilność studentów, nauczycieli i pracowników służby zdrowia. Rozwój kompetencji kulturowych nadal stanowi wyzwanie, szczególnie wśród profesjonalistów, takich jak nauczyciele lub pracownicy służby zdrowia, którzy są opiekunami studentów różnorodnych kulturowo i językowo podczas praktyki klinicznej. Pomimo rosnących oczekiwań stawianych edukacji w związku z różnorodnością kulturową udowodniono, że kompetencje w komunikacji międzykulturowej wzmacniają pozycję studentów i pomagają im rozwijać się zawodowo. Ciągłe kształcenie w zakresie kompetencji w komunikacji międzykulturowej może także przyczynić się do dalszego rozwoju wiedzy eksperckiej mentorów klinicznych, która potencjalnie przekłada się na ogromne korzyści dla studentów, pacjentów i personelu. Takie kształcenie można

zaprojektować, wdrożyć i zmierzyć pod kątem efektu we współpracy między jednostkami systemu ratownictwa i instytucjami szkolnictwa wyższego (50).

Zawodowi ratownicy medyczni wyjeżdżają również w charakterze pracowników cywilnych wojska na misje pokojowe do krajów, gdzie w większości obowiązuje odmienna kultura i język. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, można stwierdzić, że kształcenie ratowników medycznych w zakresie wielokulturowości ma aktualnie bardzo duże znaczenie.

Plan i program nauczania w zawodzie ratownik medyczny kilkakrotnie podlegał modyfikacjom. W 2006 roku liczba godzin kształcenia na kierunku ratownik medyczny w szkołach policealnych wynosiła 2100 jednostek. Podbudowa programowa dawała wykształcenie średnie. Plan nauczania zawierał m.in. takie przedmioty jak: psychologia z elementami socjologii i etyki (2 godziny w tygodniu przez 3 semestry), język migowy (3 godziny tygodniowo przez 1 semestr). Listę przedmiotów ujętych w programie kształcenia przedstawia tabela 3 (51).

W trakcie kształcenia słuchacz osiąga szczegółowe cele kształcenia. Po zakończeniu nauki z przedmiotu psychologia z elementami socjologii i etyki słuchacz powinien umieć:

- a) nawiązać i utrzymać kontakt z pacjentem i współpracownikami
- b) udzielić wsparcia psychologicznego poszkodowanemu w wypadku i jego bliskim
- c) wskazać pozytywne i negatywne skutki obecności bliskich pacjenta podczas zabiegów ratujących zdrowie i życie
- d) zastosować zasady etyki w działalności zawodowej (51).

Tabela 3. Program nauczania na kierunku ratownik medyczny w szkole policealnej

Semestr	Przedmioty	Liczba godzin tygodniowo w semestrze
I	Psychologia z elementami socjologii i etyki, Anatomia z fizjologią i patologią, Podstawy prawa i ekonomiki, Dydaktyka ratownictwa, Ratownictwo w zagrożeniach cywilizacyjnych i środowiskowych, Ratownictwo medyczne, Medyczne zabiegi ratunkowe, Techniki samoobrony	25
II	Psychologia z elementami socjologii i etyki, Dydaktyka ratownictwa, Ratownictwo w zagrożeniach cywilizacyjnych i środowiskowych, Ratownictwo medyczne, Farmakologia w ratownictwie, Stany zagrożenia życia, Medyczne zabiegi ratunkowe, Techniki samoobrony	25
III	Psychologia z elementami socjologii i etyki, Język migowy, Dydaktyka ratownictwa, Ratownictwo medyczne, Farmakologia w ratownictwie, Stany zagrożenia życia, Medyczne zabiegi ratunkowe, Techniki samoobrony, Zajęcia praktyczne	25
IV	Zajęcia praktyczne	25

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Program nauczania Ratownik Medyczny 322[06]”. Ministerstwo Edukacji i Nauki. 322[06]/SP/MEiN/2006.02.06.

Program nauczania w szkole policealnej na kierunku ratownik medyczny nie przygotowywał bezpośrednio przyszłych ratowników do udzielania pomocy pacjentom o odmiennych systemach wartości czy kulturze.

Pierwszy nabór kandydatów na studia licencjackie zdrowie publiczne – specjalność ratownictwo medyczne odbył się w roku akademickim 2000/2001. Śląska i Bydgoska Akademia Medyczna rozpoczęły trzyletnie kształcenie przyszłych ratowników medycznych jako pierwsze. W kolejnych latach inne szkoły wyż-

sze i akademie medyczne podjęły kształcenie ratowników medycznych w ramach specjalności. Osobny kierunek ratownictwo medyczne w tamtych latach nie był jeszcze utworzony. Kształcenie na studiach pierwszego stopnia odbywało się na kierunku zdrowie publiczne ze specjalnością ratownictwo medyczne. Nie istniały także standardy kształcenia, które obowiązywałyby na uczelniach wyższych w całej Polsce. Model kształcenia odzwierciedlał wzorzec anglo-amerykański (Emergency Medical Service). Przystosowano go do warunków krajowego szkolnictwa wyższego i systemu opieki zdrowotnej.

Grupa treści podstawowych miała zawierać treści kształcenia z zakresu socjologii. Obejmowały one m.in. elementy kompetencji kulturowych. Elementy te to: kultura, wartości i normy społeczne, zachowania w zdrowiu i chorobie, socjologiczne aspekty starości i umierania, badania socjomedyczne i ich zastosowanie w ocenie potrzeb zdrowotnych, oczekiwań pacjentów, zachowań służby zdrowia i pracy placówek opieki zdrowotnej oraz typy interakcji międzyludzkich, więzi organizacyjne, sytuacje konfliktowe (52).

W Rzeszowie od roku akademickiego 2008/2009 Uniwersytet Rzeszowski (UR) kształcił ratowników medycznych na studiach pierwszego stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Plan i program tych studiów został zatwierdzony przez Senat uczelni. Obejmują one ramowe treści kształcenia zawarte w standardzie kształcenia z 2007 roku (53).

W 2013 roku Senat UR uchwalił efekty kształcenia dla kierunku ratownictwo medyczne. Zgodnie z nimi w trakcie studiów przyszli ratownicy medyczni powinni nabyć podstawową wiedzę i umiejętności przydatne w udzielaniu pomocy pacjentowi o odmiennej kulturze. W kategorii wiedzy zawarte były następujące efekty odnoszące się częściowo do tematu pacjentów z odmiennych kultur:

- a) K_W03 „Zna podstawy psychologii w zakresie zachowania i rozwoju człowieka, uwarunkowań jego prawidłowego i zaburzonego funkcjonowania; zna problematykę relacji człowiek – środowisko społeczne”
- b) K_W06 „Wskazuje kulturowe, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia publicznego”
- c) K_W07 „Różnicuje podstawowe pojęcia dotyczące zdrowia i choroby, klasyfikuje czynniki warunkujące zdrowie w ujęciu jednostkowym i globalnym, określa swoiste zagrożenia zdrowotne występujące w środowisku zamieszkania, edukacji i pracy; charakteryzuje istotę promocji zdrowia i prewencji chorób”.
W kategorii umiejętności efekty kształcenia przydatne w udzielaniu pomocy pacjentowi odmiennemu kulturowo były następujące:
 - a) K_U05 „Kontroluje błędy i bariery w procesie komunikowania, wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i pozawerbalnej w pracy zawodowej, wykazuje umiejętność aktywnego słuchania”
 - b) K_U08 „Porozumiewa się w języku obcym na poziomie B2, analizuje piśmiennictwo w języku angielskim”
 - c) K_U10 „Rozpoznaje uwarunkowania zachowań zdrowotnych jednostki i czynniki ryzyka chorób wynikających ze stylu życia”.
Kompetencje społeczne będące podstawą do zdobywania kompetencji kulturowych są również ujęte w efektach kształcenia studentów kierunku ratownictwo medyczne:
 - a) K_K01 „Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece”
 - b) K_K02 „Identyfikuje problemy oraz odpowiednio do nich określa priorytety działań”
 - c) K_K04 „Zna poziom swoich kompetencji i jest gotowy do korzystania z pomocy ekspertów, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i uregulowaniami prawnymi”

- d) K_K05 „Dostrzega potrzebę ciągłego samokształcenia, a także potrzebę całościowej aktywności ruchowej do wykonywania pracy ratownika medycznego”
- e) K_K08 „Potrafi rozwiązywać najczęstsze problemy związane z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego”
- f) K_K09 „Potrafi prezentować swoje opinie, widzi potrzebę nauki języków obcych, które pozwalają mu lepiej zrozumieć obcą kulturę” (54).

Najwięcej efektów kształcenia zawiera się w sferze zachowań społecznych studenta. Jednakże bez wiadomości na temat odmiennych kultur w społeczeństwie i odpowiednich ćwiczeń symulowanych pogłębiających umiejętność komunikacji nie da się przygotować absolwenta do udzielania pomocy pacjentom z odmiennych kultur.

W planie studiów – moduł przedmiotów podstawowych – zawarte są przedmioty do wyboru przez studenta. Przygotowują one bezpośrednio absolwenta kierunku ratownictwo medyczne do komunikacji i pracy z pacjentem wielokulturowym. Na II roku studiów przewidziano przedmioty: komunikacja społeczna; prawa człowieka; komunikacja i asertywność w służbie zdrowia; wielokulturowość w ratownictwie medycznym. Każdy z tych przedmiotów ma przeznaczone na realizację wykładów 10 godzin i na ćwiczenia 5 godzin. W tym samym module na III roku studiów realizowany jest przedmiot socjologia z elementami demografii (15 godzin wykładów). Przedmiotem, który najbardziej przygotowuje studentów do udzielania pomocy pacjentowi z odmiennej kultury, jest wielokulturowość w ratownictwie medycznym (53). W sylabusie do tego przedmiotu zawarte są następujące cele do realizacji:

a) zapoznanie studenta z różnymi aktualnie istniejącymi denominacjami w obrębie kościołów chrześcijańskich i innych współczesnych do głównych religii świata

b) przygotowanie studenta do podejmowania działań na rzecz pacjenta i jego rodziny w sytuacji odmienności religijnej i kulturowej podopiecznych

c) nauczenie umiejętności komunikacji z pacjentem i jego rodziną w sytuacji odmienności kulturowej i religijnej (55).

Przedmiot „wielokulturowość w ratownictwie medycznym” obejmuje następujące treści programowe:

a) Procesy socjo-psychologicznej akulturacji. Podstawy edukacji wielokulturowej. Imigranci w procesie adaptacji. Stereotypy i uprzedzenia / wizerunek „obcego” w mediach. Proces leczenia w warunkach szpitalnych pacjentów z różnych wyznań i obszarów kulturowych. Wielokulturowość społeczeństwa polskiego. Krajowy program przeciwdziałania dyskryminacji rasowej, ksenofobii i związanej z nimi nietolerancji 2004–2009

b) Główne denominacje chrześcijańskie i kultury neopogańskie. Opieka nad pacjentem-katolikiem, neopoganką, jej rodziną w różnych okresach i sytuacjach życiowych, tj. pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny; opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

c) Prawosławie i grekokatolicyzm – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem prawosławnym, grekokatolikiem i jego rodziną w różnych okresach i sytuacjach życiowych: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa; sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

d) Protestantyzm – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem protestantem i jego rodziną w różnych sytuacjach i okresach życia: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

e) Judaizm – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem Żydem i jego rodziną w różnych sytuacjach i okresach życia: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

f) Islam i buddyzm – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem muzułmaninem, buddystą i jego rodziną w różnych sytuacjach i okresach życia: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

g) Świadkowie Jehowy – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem świadkiem Jehowy i jego rodziną w różnych sytuacjach i okresach życia: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania

h) Romowie – uwarunkowania kulturowe i religijne. Opieka nad pacjentem pochodzenia romskiego i jego rodziną w różnych sytuacjach i okresach życia: pokwitanie, okres prekonceptyjny i koncepcyjny, opieka okołoporodowa, sytuacja choroby ginekologicznej i onkologicznej, menopauza, senium, akt umierania (55).

W latach 2012–2013 przeprowadzono badania 80 absolwentów kierunku ratownictwo medyczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej. Wskazują one na chęć ciągłego pogłębiania przez nich zdobytej wiedzy, podnoszenia swoich kwalifikacji i satysfakcję z możliwości udzielania pomocy ludziom. Absolwenci studiów licencjackich, którzy nie mieli w planie studiów przedmiotów z zakresu wielokulturowości, będą sami chętniej podnosić swoje kompetencje, również kulturowe. Badania przeprowadzone na podstawie autorskiego kwestionariusza

ankiety wskazały powody wyboru zawodu ratownika medycznego przez absolwentów kierunku. 98,7% respondentów wybrało ten zawód, ponieważ zmusza on do ciągłego pogłębiania wiedzy. 81% badanych wskazało na satysfakcję ze świadczenia pomocy i opiekowania się ludźmi dzięki ukończonemu kierunkowi studiów. Zawód ten pozwala również na przynoszenie ulgi cierpiącym ludziom – opinię taką wyraziło 80% ankietowanych. Studiowanie ratownictwa medycznego wybrałoby ponownie 82,5% absolwentów, a 17,5% zapisałoby się na inny kierunek. Pracę ratownika medycznego wykonywało 72,5% badanych. Zmienić zawód chciało 27,5% ankietowanych. Większość ratowników medycznych (75%) chce podnosić swoje kwalifikacje i doskonalić się zawodowo. Powinni zatem chętnie brać udział w szkoleniach z wielokulturowości (56).

Nowy standard kształcenia z 26 lipca 2019 roku przygotowujący do wykonywania zawodu ratownika medycznego zawiera elementy przysposobienia do pracy w środowisku wielokulturowym. W ogólnych efektach uczenia się wyodrębniono umiejętności i kompetencje społeczne absolwenta, takie jak planowanie własnej aktywności edukacyjnej i stałe dokształcanie się w celu aktualizacji wiedzy, aktywne słuchanie, nawiązywanie kontaktu interpersonalnego, skuteczne i empatyczne porozumiewanie się z pacjentem, dostrzeganie i uwzględnianie czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta, samodzielne wykonywanie zawodu zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistyczne i zindywidualizowane podejście do pacjenta, uwzględniające poszanowanie i respektowanie jego praw, organizowanie pracy własnej i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym, dostrze-

ganie i rozpoznawanie własnych ograniczeń, dokonywanie samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych, kierowanie się dobrem pacjenta. Nowy standard zawiera trzy grupy zajęć, w ramach których osiąga się szczegółowe efekty uczenia się. Są to nauki podstawowe, behawioralne i społeczne oraz kliniczne. Szczegółowe efekty uczenia się w naukach behawioralnych i społecznych odnoszące się do tematu pacjentów odmiennych kulturowo to przestrzeganie wzorców etycznych podczas wykonywania działań zawodowych (B.U5), przestrzeganie praw pacjenta (B.U6), uwzględnianie oczekiwań pacjenta wynikających z uwarunkowań społeczno-kulturowych podczas medycznych czynności ratunkowych (B.U7), porozumiewanie się z pacjentem w jednym z języków obcych na poziomie B2 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego (14).

W 2011 roku Kokko badała wpływ doświadczenia edukacyjnego obejmującego wymianę i studia za granicą na kompetencje kulturowe przyszłych pielęgniarek. Systematyczny przegląd literatury opisującej studiowanie studentów pielęgniarstwa za granicą wykazał, że studia zagraniczne są korzystną strategią rozwoju kompetencji kulturowych przyszłych pielęgniarek. Proces rozwoju kompetencji dokonuje się na trzech płaszczyznach: zwiększenie bazy wiedzy kulturowej, rozwój osobisty i wpływ wymiany doświadczeń na praktykę własną studenta pielęgniarstwa (57).

Studenci kierunku ratownictwo medyczne tak jak studenci pielęgniarstwa wyjeżdżają na studia za granicę w ramach wymiany studentów. Jest to bardzo dobra okazja od rozwijania kompetencji kulturowych, dzięki czemu ratownicy z doświadczeniem studiowania za granicą mogą zaoferować pracodawcom dodatkowe, wartościowe doświadczenie.

2.3. Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych a kompetencje kulturowe

Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych realizowane jest w pięcioletnich okresach edukacyjnych. Okres rozliczeniowy rozpoczyna się 1 stycznia następnego roku po uzyskaniu dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Ratownik medyczny ma obowiązek w ciągu 5 lat uzyskać 200 punktów edukacyjnych za udział w wybranych formach doskonalenia. Do form kształcenia zalicza się kurs doskonalący i samokształcenie. Kurs doskonalący dla ratowników medycznych (KDRM) kończy się egzaminem i jest on kursem obowiązkowym. Za udział w nim uzyskuje się 120 punktów edukacyjnych. Szkolenie to ma za zadanie pogłębić i zaktualizować wiedzę oraz umiejętności zawodowe. W programie kursu nie ma treści związanych z poszerzaniem kompetencji kulturowych ratownika medycznego. Samokształcenie ratowników medycznych obejmuje udział w seminariach, konferencjach, warsztatach szkoleniowych, zawodach z zakresu ratownictwa medycznego oraz opublikowanie artykułu naukowego. W tej formie kształcenia ratownik medyczny może doskonalić się w zakresie kompetencji kulturowych (58).

W Polsce dostrzegana jest coraz częściej potrzeba doskonalenia zawodowego ratowników medycznych w zakresie kompetencji kulturowych. Zrealizowano do tej pory kilka projektów poszerzających wiedzę i umiejętności w udzielaniu pomocy pacjentom odmiennym kulturowo. Jeden z takich projektów, współfinansowany przez Komisję Europejską, nosił nazwę „Pakiety szkoleniowe dla profesjonalistów zdrowotnych – poprawa dostępności i jakości świadczeń dla migrantów

i mniejszości etnicznych, w tym Romów” (Projekt MEM-TP). Wykłady i ćwiczenia prowadzone były w 2015 roku w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zamierzeniem projektu była poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla migrantów i mniejszości etnicznych w krajach Unii Europejskiej. Odbywało się to przez przegląd, rozwijanie, testowanie i ocenę szkoleń profesjonalistów zdrowotnych pierwszej linii świadczących usługi dla omawianych grup (59).

Kolejnym projektem doskonalącym kompetencje kulturowe jest kurs Building Intercultural Competencies for Ambulance Services – BICAS (Budowanie kompetencji międzykulturowych dla usług pogotowia ratunkowego). Celem szkolenia jest rozwijanie kompetencji kulturowych w ratownictwie medycznym, co z kolei powoduje redukcję stresu związanego z pracą w środowisku międzykulturowym (60). Kurs BICAS jest narzędziem dla ratowników, wspiera ich w radzeniu sobie ze zdenerwowaniem w sytuacji międzykulturowej. Szkolenie zapewnia wiedzę na temat kompetencji międzykulturowych, obeznanie w obcych kulturach oraz przybliża metody i strategie kompetencji w działaniu. Kurs składa się z dwóch części: lekcji do samodzielnej nauki on-line, w których można uczestniczyć w dowolnym czasie, oraz lekcji face-to-face, dzięki którym można pogłębiać teorię i wymieniać informacje. Lekcje on-line składają się z trzech modułów oraz spisu treści, do którego można wrócić w dowolnym czasie. Pod koniec trzeciego modułu zaplanowany jest test sprawdzający zrozumienie zdobytych wiadomości. Po pozytywnym ukończeniu kursu jego uczestnicy otrzymują dostęp do aplikacji BICAS. Wspomaga ona ratowników medycznych w ich pracy zawodowej (60).

W trakcie kursu uczestnik dowiadyuje się między innymi, że wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w środowisku międzykulturowym nasila stres (zmniejsza pewność w działaniu),

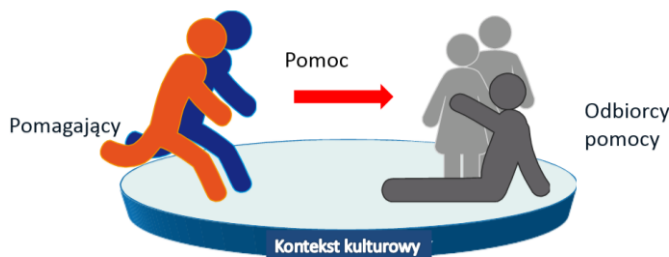
negatywnie wpływa na jakość opieki, a w konsekwencji może zagrozić profesjonalnemu wykonaniu akcji ratunkowej. Zwiększenie poziomu kompetencji międzykulturowych pozytywnie wartościuje wykonywaną pracę przez ratowników medycznych:

- a) dodaje pewności w działaniu
- b) zmniejsza stres związany z pracą
- c) podwyższa jakość udzielanej pomocy
- d) zwiększa satysfakcję z pracy
- e) chroni przed wyczerpaniem psychicznym (60).

W ratownictwie medycznym należy dążyć do zapewnienia dostępności do świadczeń osobom ze zróżnicowanych środowisk, zgodnie z obecnymi potrzebami i obowiązującymi normami etycznymi i prawnymi. W przypadku kiedy osoby wymagające pomocy kierują się uprzedzeniami, ratownicy muszą umieć kontrolować negatywne emocje i wykonywać swoje zadania. Stres powstały w takiej sytuacji zwiększa się w trakcie realizacji zadania i po jego ukończeniu. Zalecenia wynikające z kursu BICAS mówią o konieczności dokonania przez ratowników przeglądu własnych poglądów oraz postaw dotyczących określonych osób (grup). W razie potrzeby należy zweryfikować je w taki sposób, aby zapewnić osobom profesjonalne wsparcie. Zwiększanie swoich kompetencji międzykulturowych jest bardzo pomocne w udzielaniu pomocy określonym grupom i osobom (60).

Ratownik medyczny lepiej zrozumie informację dostarczaną przez pacjenta, jeżeli będzie pamiętał, że pogląd na chorobę może zawierać obce kulturowo elementy. Brak zrozumienia tych elementów lub prezentacja objawów uwarunkowanych kulturowo (np. nadmierne okazywanie bólu, cierpienia) może prowadzić do aktywacji stereotypów. Wiążą się one z kolei z ryzykiem pośpiesznej i błędnej oceny sytuacji poszkodowanych oraz podjęciem nieodpowiedniego udzielania pomocy. Przykła-

dem może być komunikacja pomiędzy ratownikiem a pacjentem, który wezwał pomoc: *Tutaj zakłada się, że ratownik uważa cierpienia danej osoby za dziwne i wyolbrzymione i stąd reaguje z zachowaniem dystansu. Poszkodowany z kolei czuje się zlekceważony i oczekuje więcej wsparcia, jasno wyrażając swoje stanowisko.* Współczucie i wsparcie chorego ze strony krewnych podyktowane potrzebą kulturową może być denerwujące i stresujące dla ratowników. Powinni oni jednak z zasady szanować takie zachowanie. Jeżeli ratownik ma utrudnione udzielanie pomocy z powodu zbyt dużej liczby obserwatorów, powinien zakomunikować to w sposób grzeczny, ale stanowczy. Zapobieganie nieporozumieniom, niewłaściwej komunikacji i zwiększonemu poziomowi stresu między ratownikami a pacjentami można uzyskać przez lepsze zrozumienie uwarunkowanych kulturowo koncepcji dotyczących ciała, zdrowia i chorób (rycina 2) (60).



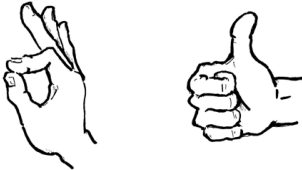
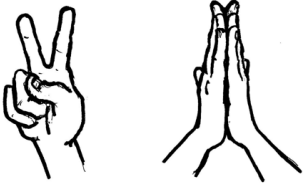
- Pomagający działają w obcym kulturowo środowisku **oraz / lub**
- Pomagający należą do różnych grup kulturowych **oraz / lub**
- Pomagający i odbiorcy należą do różnych grup społeczno-kulturowych.

Rycina 2. Sytuacja międzykulturowa w aspekcie udzielania pomocy

Źródło: Projekt Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (<http://bicas-online.eu/pl/projekt-2/>).

Podczas komunikowania się w sytuacji międzykulturowej rekomendowane jest, aby ratownik medyczny przedstawił się, podał swoje imię. W trakcie rozmowy należy zwracać się do pacjenta, używając jego pełnego imienia i nazwiska (należy wymawiać jego imię tak poprawnie, jak to tylko możliwe). Ratownik musi mówić powoli, spokojnie, używając prostych zdań. Jeżeli są dostępne wielojęzyczne/niewerbalne narzędzia komunikacji (np. aplikacji BICAS), powinno się z nich korzystać. Bezpośredni kontakt wzrokowy nawiązuje się tylko wtedy, gdy jest on również poszukiwany przez pacjenta. W interakcjach kobieta–mężczyzna zalecana jest ostrożność w kontaktach fizycznych, obowiązuje zachowanie stosownej odległości od ciała. Używanie gestykulacji rąk może prowadzić do nieporozumień (rycina 3) (60).

- Język migowy

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ „OK“ ▪ „Super!“ ▪ Obrażliwy gest |  | <ul style="list-style-type: none"> ▪ „OK“ ▪ „jeden“ ▪ „Zabierz mnie ze sobą!“ ▪ Obrażliwy gest |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Zwycięstwo!“ ▪ „Pokój“ ▪ „Dwa“ ▪ Obrażliwy gest (kiedy tylna część dłoni skierowana jest do przodu) |  | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modlitwa ▪ Pozdrowienie ▪ „Dziękuję!“ ▪ „Przepraszam!“ |

Rycina 3. Komunikacja niewerbalna – gesty rąk

Źródło: Projekt Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (<http://bicas-online.eu/pl/projekt-2/>).

Rozdział 3

KOMPETENCJE KULTUROWE W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

W rozdziale tym zostało przedstawione znaczenie kompetencji kulturowych w udzielaniu pomocy pacjentowi odmiennemu kulturowo. Rozdział omawia także zasady etyczne, jakie powinien stosować ratownik medyczny w trakcie przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych. Scharakteryzowano w nim ponadto zalecane postępowanie oraz praktyczne wskazówki, jak udzielać pomocy pacjentom reprezentującym inne kultury i religie.

3.1. Kompetencje kulturowe personelu medycznego systemu ratownictwa medycznego

Kompetencje kulturowe to świadomość własnego systemu wartości, istniejących stereotypów i uprzedzeń, świadomość różnic kulturowych i ich akceptacja, na przykład w odniesieniu do tego, jak ludzie radzą sobie z bólem i stresem. Dobrze jest także pamiętać, że różne kultury inaczej przekazują i interpretują informacje. Kompetentny kulturowo ratownik medyczny korzysta z zasobu wiadomości, umiejętności i prezentuje postawy potrzebne do udzielania pomocy pacjentom. W zakresie wiadomości:

- a) posiada wiedzę ogólną i świadomość różnic kulturowych
- b) dysponuje wiedzą w zakresie innych kultur
- c) zna języki obce.

W zakresie umiejętności:

- a) rozwinął umiejętności komunikacyjne (aktywnie słucha, wsłuchuje się w obawy pacjentów)
- b) spokojnie i z opanowaniem zachowuje się w trudnych sytuacjach (kontroluje impulsywność)
- c) opanował umiejętność rozwiązywania konfliktów
- d) rozumie stereotypy.

W zakresie postaw społecznych ratownik medyczny:

- a) motywuje się i interesuje się kontaktem międzykulturowym
- b) szanuje obyczaje, w tym obyczaje innych
- c) jest bezstronny, unika wypowiedzania negatywnych opinii
- d) jest uprzejmy, pozytywnie nastawiony, dyplomatyczny
- e) wykazuje cierpliwość i tolerancję
- f) akceptuje sprzeczności (toleruje wieloznaczność) (10, 60).

W stanach zagrożenia życia, jeżeli nie ma wyraźnego i jednoznacznego sprzeciwu wobec udzielenia pomocy, ratownicy kierują się przy podejmowaniu decyzji stanem pacjenta i wiedzą medyczną. W sytuacji zachorowania lub wypadku, w którym zespół ratownictwa nie ma do czynienia ze stanem nagłym, ważne stają się kompetencje kulturowe.

Strategie poprawy kompetencji kulturowych pracowników i systemów obejmują kilka elementów:

- a) zachęcanie rodzin do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej
- b) włączanie wartości kulturowych do promocji zdrowia
- c) zapewnienie szkolenia w zakresie świadomości kulturowej
- d) zapewnienie środowiska, które pozwala na tradycyjne uzdrawianie w zakresie niekolidującym z niezbędnym dla pacjenta leczeniem
- e) zapewnienie usług tłumacza
- f) rekrutacja pracowników z mniejszości zamieszkującej dany teren.

Kiedy ratownicy medyczni i systemy współpracują ze sobą, aby zapewnić pozytywne środowisko dla kompetencji kulturowych, w którym spełnione są religijne i duchowe potrzeby pacjenta, wyniki leczenia mogą się poprawić, a system jako całość tworzy bardziej przyjazne środowisko opieki zdrowotnej (12).

Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie jest obecnie promowane jako sposób poprawy opieki zdrowotnej. Zalecenia praktyczne dotyczące wrażliwego kulturowo udzielania pomocy medycznej przedstawiają się następująco:

- a) przepaszaj za błędy kulturowe
- b) zapytaj pacjenta i rodzinę, w jaki sposób można pomóc w zwiększeniu komfortu w danej sytuacji
- c) unikaj osądzania
- d) unikaj przypuszczeń i bądź cierpliwy
- e) unikaj personelu wcielającego się w rolę tłumacza dla ratowników
- f) bądź świadomy wyjątkowości religii pacjentów i ich specjalnych potrzeb
- g) szanuj pacjentów
- h) obserwuj język ciała i mimikę twarzy
- i) rozpoznawaj, w jaki sposób wartości, zachowania i przekonania mogą wpływać na innych
- j) szkół ratowników medycznych w zakresie kompetencji kulturowych
- k) korzystaj z wyszkolonych medycznie i biegłych językowo tłumaczy z przeszkoleniem w zakresie kompetencji kulturowych (12).

Kompetencje kulturowe przyczyniają się również do zadowolenia z pracy i redukcji stresu ratowników medycznych. Są one kompetencjami o dużym znaczeniu obecnie oraz w przyszłości (57, 61).

Kompetencje kulturowe obejmują rozumienie złożoności kultury oraz jej wpływu na postrzeganie choroby przez pacjenta i jego oczekiwania wobec ratowników. Kietzmann i współautorzy na przełomie 2012 i 2013 roku przeprowadzili w Niemczech badanie na 218 osobach (57 imigrantach i 161 nieimigrantach), którzy otrzymali pomoc w nagłych wypadkach od zespołu ratownictwa medycznego. Badanie miało na celu sprawdzenie, w jaki sposób czynniki społeczno-demograficzne pacjenta i krewnych pacjenta, w tym status migrantów i aspekty związane z udzieloną pomocą, wpływają na ogólną satysfakcję z przedszpitalnej opieki w nagłych wypadkach. Wnioski płynące z badań pokazują, że czynniki społeczno-demograficzne, z wyjątkiem umiejętności językowych, nie są znacząco związane z ogólną satysfakcją z przedszpitalnej opieki w nagłych wypadkach. Czynniki związane z udzieleniem pomocy, takie jak kompetencje zawodowe i społeczno-emocjonalne personelu pogotowia, są głównymi czynnikami decydującymi o ogólnej satysfakcji. W przypadku potencjalnych barier językowych zaleca się korzystanie z usług tłumaczy w celu zwiększenia zadowolenia pacjentów imigrantów z opieki przedszpitalnej (62).

Prace badawcze przeprowadzone w krajach, gdzie dłużej występuje zjawisko wielokulturowości, uzasadniają konieczność edukacji w zakresie kompetencji kulturowych. Wskazują one również właściwe podejście do pacjentów o odmiennej kulturze czy religii (11, 44). W Niemczech od 2010 roku kompetencje międzykulturowe są integralną częścią specjalistycznego szkolenia ratowników oraz edukacji przeddyplomowej (60). W 2002 roku Instytut Medycyny (Institute of Medicine) rozpoznał i opisał znaczenie kompetencji międzykulturowych. Opublikowany został raport pn. „Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care” („Nierówne

traktowanie: konfrontacja rasizmu i różnic etnicznych w opiece zdrowotnej”). Poruszył on kwestie zawarte w tytule i podkreślił potrzebę niwelowania różnic w opiece zdrowotnej. Od tego momentu literatura medycyny ratunkowej zajęła się kwestią rozbieżności w opiece nad chorym na oddziale ratunkowym oraz zwiększeniem różnorodności pracowników i wielokierunkowości ich szkolenia. Zostały sformułowane pierwsze zalecenia dotyczące kompetencji kulturowych w postaci programów edukacyjnych w medycynie ratunkowej. W 2015 roku Kessler i wsp. dokonali przeglądu literatury na temat kompetencji kulturowych w medycynie ratunkowej. Przeprowadzona analiza wykazała, że pomimo udokumentowanego znaczenia edukacji kompetencji kulturowych w medycynie ratunkowej, w ciągu ostatnich 12 lat pojawiło się tylko 10 artykułów dotyczących tego zagadnienia. Przegląd literatury ujawnia relatywnie skromny zasób publikacji związanych z kompetencjami kulturowymi w medycynie ratunkowej. Ograniczona liczba artykułów na ten temat jest uderzająca w porównaniu zwłaszcza do wzrostu badań nad medycyną ratunkową w tym samym okresie. Autorzy publikacji podkreślają, że wiedza ta powinna służyć do prowadzenia dalszych badań w obszarze edukacji medycyny ratunkowej (63).

Jongen i wsp. z kolei przeprowadzili systematyczny przegląd literatury opisującej przydatność szkolenia w zakresie kompetencji kulturowych i jego wpływ na wiedzę, postawy, umiejętności i zachowanie pracowników służby zdrowia w sytuacji międzykulturowej. Analizie poddano również strategie, wyniki i środki zrealizowanych badań oraz oceniono planowane działania w celu poprawy kompetencji kulturowych pracowników służby zdrowia. Przegląd literatury dotyczył interwencji w zakresie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii opublikowanych w latach 2006–2015. Wyodrębnione

zostały dwie główne strategie interwencyjne pracowników służby zdrowia: szkolenia z zakresu kompetencji kulturowych oraz inny rozwój zawodowy (w tym inne szkolenia i mentoring). Pozytywne wyniki uzyskano dla poprawy wiedzy personelu medycznego, umiejętności oraz postaw i przekonań. Badania wykazały, że szkolenia i rozwój pracowników służby zdrowia pozostają główną strategią w dążeniu do zwiększenia kompetencji kulturowych w systemie opieki zdrowotnej (27).

Badacze analizowali także wpływ szkolenia personelu medycznego w zakresie kompetencji kulturowych na poprawę stanu pacjenta. W tym celu Lie i wsp. w 2010 dokonali przeglądu literatury, oceniając jakość badań i siłę efektu, aby znaleźć dowody potwierdzające, że te interwencje zmniejszyły różnice zdrowotne. Wnioski wskazują na brak wysokiej jakości badań. Istnieją jedynie ograniczone badania pokazujące pozytywny związek między szkoleniami w zakresie kompetencji kulturowych i lepszymi wynikami pacjentów. Przyszłe prace badawcze powinny uwzględniać badania wysokiej jakości. Zaproponowany został również algorytm do kierowania edukatorami w projektowaniu i ocenie programów nauczania, tak aby rygorystycznie demonstrować wpływ kompetencji na wyniki pacjentów i różnice w zdrowiu (64).

Prowadzono także analizy związków pomiędzy poziomem kompetencji międzykulturowych a dobrym samopoczuciem pielęgniarek. Badania takie przeprowadziła Wesołowska i wsp. w 2018 roku. Miały one na celu sprawdzenie, czy kompetencje międzykulturowe (empatia, umiejętności, pozytywne postawy i motywacja) powiązane są z postrzeganiem presji czasu w pracy, cierpieniem psychicznym i problemem ze snem wśród zarejestrowanych pielęgniarek w Finlandii oraz czy istnieją różnice w badanych zjawiskach między rodzimymi i zagranicznymi pielęgniarkami. W badaniu wzięło udział 212 pielęgniarek uro-

dzonych za granicą i posiadających licencje do pracy w Finlandii oraz 744 rodzime fińskie pielęgniarki. Z badań wynika, że tylko na empatię (jako 1 z 4 wymiarów kompetencji kulturowych) miały wpływ presja czasu, stres i problemy ze snem. Wyniki badań uwzględniają wiek, płeć, sektor zatrudnienia i częstotliwość interakcji z pacjentami i kolegami z różnych kultur. Nie wykazano różnic między rodzimymi i zagranicznymi pielęgniarkami w badanych powiązaniach (61).

Kompetencje międzykulturowe mierzone były głównie wśród studentów medycyny i pielęgniarstwa oraz pracujących lekarzy i pielęgniarek. Casillas i wsp. porównali umiejętności międzykulturowe pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami ze Szwajcarskiego Szpitala Uniwersyteckiego w Lozannie. Kwestionariusz użyty do badań kompetencji kulturowych składał się częściowo z pytań pochodzących z Cross-Cultural Care Survey oraz pytań autorskich badaczy. Używając zwalidowanego narzędzia, porównano średnie wyniki lekarzy i pielęgniarek oraz odsetek odpowiedzi „3 – dobre, 4 – bardzo dobre” dla dziewięciu postrzeganych umiejętności (4-punktowa skala Likerta). Użyto regresji liniowej do zbadania, w jaki sposób rola personelu medycznego (lekarz vs. pielęgniarka) była powiązana z wynikami umiejętności dostosowanymi do czynników demograficznych (płeć, język inny niż francuski), miejsca pracy (okres pracy w szpitalu, jednostka „uwrażliwiona” na opiekę kulturową), zgłaszanych szkoleń w zakresie kompetencji kulturowych oraz świadomości problemów międzykulturowej opieki. Ankiety wypełniło 124 (33,6%) lekarzy i 244 (66,4%) pielęgniarki. Lekarze uzyskali lepsze średnie wyniki dla zaobserwowanych umiejętności i znacznie wyższy odsetek odpowiedzi „dobry/bardzo dobry” dla 4/9 pozycji. Wśród wszystkich badanych większa umiejętność była związana z percepcją/świadomością problemów w następujących obsza-

rach: nieodpowiednie szkolenie międzykulturowe i brak praktycznego doświadczenia w opiece wśród zróżnicowanej populacji. Analiza wykazała, że wśród samych lekarzy mówiących po francusku język był ujemnie skorelowany z umiejętnością.

Istnieje wiele możliwości poprawy kompetencji kulturowych personelu medycznego. Wyniki badań potwierdzają potrzebę szkoleń w zakresie umiejętności międzykulturowych, z naciskiem na pracę zawodową pielęgniarek, konieczność pogłębiania świadomości pracowników służby zdrowia co do lokalnych kwestii w opiece międzykulturowej oraz zwiększenia wysiłków na rzecz różnorodności, szczególnie wśród lekarzy (65).

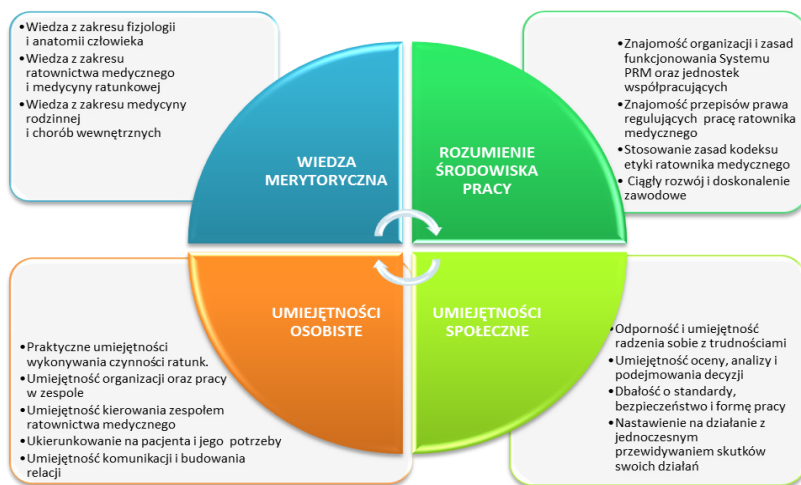
W Polsce w 2017 roku Majda i wsp. zbadali postawy pielęgniarek w odniesieniu do pacjentów wyznających islam. Analizie poddano komponent behawioralny, poznawczy i emocjonalny postaw. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa oraz skala Bogardusa i skala ASKED. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek (98 kobiet) mających styczność w pracy zawodowej z pacjentem wyznającym islam. Respondenci deklarowali neutralną postawę wobec osób wyznających islam. Negatywną postawę wykazała jednakże skala Bogardusa. Analizując jej elementy, można stwierdzić, że dystans społeczny badanych był największy w sferze prywatnej i intymnej, a najmniejszy w sferze publicznej. Kompetencje kulturowe były oceniane przez pielęgniarki na poziomie średnim. Brak szacunku ze strony islamskich pacjentów odczuwany był przez większość ankietowanych. Nie miało to jednak żadnego wpływu na współpracę z pacjentami ani odczuwanie zagrożenia z ich strony. Wnioski z badania stwierdzają, że należy doskonalić kompetencje kulturowe i inteligencję kulturową

w ramach edukacji międzykulturowej przed- i podyplomowej. Pozwoli to na redukcję stereotypów, zlikwiduje uprzedzenia, jak również złagodzi negatywne postawy wobec pacjentów odmiennych kulturowo (10).

3.2. Etyka zawodu ratownika medycznego

Na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych, który odbył się w Krakowie w dniach 11–12 października 2013 r., został stworzony pierwowzór Kodeksu Etyki Zawodowej Ratownika Medycznego (KEZRM). Nie istnieje jednak żaden akt prawny, który by zobowiązywał do jego przestrzegania ani nie ma przewidzianych sankcji karnych za niestosowanie się do niego. Kodeks etyki został opracowany przez Zarząd Społecznego Komitetu Ratowników Medycznych. KEZRM składa się z trzech rozdziałów. Rozdział I dotyczy działań ratownika medycznego w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia człowieka. W rozdziale II opisane jest wykonywanie zawodu ratownika medycznego. Rozdział III zawiera zasady końcowe. W kodeksie znalazły się normy postępowania, którymi należy kierować się również w sytuacji udzielania pomocy pacjentowi o odmiennej kulturze. Artykuł 1 KEZRM stanowi, że *w zgodzie z najnowszą wiedzą naukową oraz najwyższą starannością zawodową ratownik medyczny podejmuje medyczne czynności ratunkowe wobec każdej osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, bez względu na jej wiek, rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy, stan majątkowy i inne różnice*. W artykule 3 zawarte jest następujące stwierdzenie: *Ratownik medyczny okazuje każdej osobie znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia*

należy jej szacunek, przestrzegając praw człowieka oraz praw pacjenta, w tym poszanowania godności osobistej oraz intymności. Artykuł 7 KEZRM mówi o zakazie stosowania eutanazji i pomocy w popełnieniu samobójstwa. Artykuł 10 kodeksu ratowniczego wskazuje na umożliwienie kontaktu z duchownym osobie, która jest w stanie zagrożenia życia. Artykuł 15, rozdział II, stanowi, że systematyczne uzupełnianie swojej wiedzy, jak również doskonalenie umiejętności zawodowych jest jednocześnie prawem i obowiązkiem ratownika medycznego (66). Przykładowy szablon kompetencji ratowników medycznych stworzony na podstawie KEZRM przedstawia rycina 4.



Rycina 4. Szablon kompetencji ratowników medycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Wnukowski, Specyfika pracy ratownika medycznego (http://jchc.eu/numery/2015_3/201531.pdf)

KEZRM wzorowany był na Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) i Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej. Na wstępie KEL umieszczone jest przyrzeczenie lekarskie. Składając przyrzeczenie, lekarz przyjmuje następujące zobowiązanie:

według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek. Ratownicy medyczni w swojej pracy również powinni kierować się tymi zasadami postępowania, szczególnie podczas udzielania pomocy pacjentom o odmiennej kulturze.

Kodeks etyczny jest też dokumentem, który rozwiązuje niekiedy sporne kwestie na linii wiara i medycyna. W KEL znajduje się zapis, który mówi, że lekarz w przypadku stanu terminalnego nie ma obowiązku *podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych* (67). Zapisy dotyczące tej kwestii zostały również ujęte w rozdziale 11 „Wytycznych resuscytacji 2015 Europejskiej Rady Resuscytacji” (Wytyczne 2015). Dla ratowników medycznych są one podstawowym źródłem informacji w kwestii prowadzenia zabiegów resuscytacyjnych.

Publikacje wskazują, że w uboższym społeczeństwie częściej występuje pozaszpitalne zatrzymanie krążenia niż w społeczeństwie o wyższym statusie materialnym. Osoby bardziej zamożne częściej podejmują, jako świadkowie zdarzenia, zabiegi resuscytacyjne. Zabiegi resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) są częściej podejmowane u poszkodowanych rasy białej niż u pacjentów reprezentujących inne rasy. Ratownicy medyczni o wysokim poziomie kompetencji kulturowych bez żadnych oporów będą podejmować zabiegi RKO u ludzi z innych grup etnicznych, także w sytuacji gdy będą działać jako świadkowie zdarzenia (68).

Obecne wytyczne uwzględniają bardziej wolę pacjenta i szanują jego autonomię, a nie zwracają jedynie uwagi na potencjalne korzyści medyczne. W rozdziale 11 Wytycznych

2015 ujęte są wskazówki co do problemu rozpoczęcia i zakończenia RKO u dorosłych i u dzieci. Wskazówki te mówią o zachowaniu zasad etyki w udzielaniu pomocy. Jedną z tych zasad jest poszanowanie autonomii pacjenta. Wynika z niej, że decyzja o leczeniu powinna być podjęta przy uwzględnieniu wartości, wierzeń i przekonań pacjenta. Druga zasada mówi o działaniu w interesie pacjenta po uwzględnieniu możliwych korzyści i ewentualnego ryzyka. Trzecią zasadą jest zasada nieczynienia krzywdy. Podjęcie RKO ma miejsce zatem w przypadku każdej osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oświadczenie woli pacjenta o niepodejmowaniu RKO jest przeważnie nieosiągalne w trakcie zabiegów ożywiania. Czwarta zasada sprawiedliwości i równego dostępu do leczenia oznacza, że każdy pacjent bez względu na swój status socjalny ma prawo do bycia ratowanym wg najlepszych dostępnych standardów. Ratownicy medyczni powinni znać i stosować zasady etyczne zawarte w rozdziale 11 wytycznych European Resuscitation Council (ERC), podejmując decyzję o rozpoczęciu resuscytacji. Nie powinni podejmować RKO, która z góry skazana jest na niepowodzenie. Jeżeli szanse na dobrą jakość przeżycia po RKO są minimalne, to w takiej sytuacji mówi się o terapii daremnej. Rozpoczęcie udzielania pomocy w takim przypadku daje bliskim pacjenta fałszywą nadzieję i odbiega od racjonalnej oceny sytuacji, przez co podważa autonomię pacjenta. W przypadku niepodejmowania RKO należy wytłumaczyć rodzinie, że ze względu na cierpienie pacjenta i brak możliwości zapewnienia akceptowalnej jakości życia (złe wyniki neurologiczne) po przywróceniu spontanicznego krążenia nie będą prowadzone zabiegi ożywiania. Zabiegów resuscytacyjnych nie należy podejmować w sytuacji, gdy wiadome jest, że są one z góry skazane na niepowodzenie.

Podjęcie decyzji o zakończeniu resuscytacji jest trudniejsze w postępowaniu przedszpitalnym niż w szpitalnym, zwłaszcza gdy sytuacja dotyczy osoby młodej. Nie powinno się jednak prowadzić pozorowanej RKO, mając na względzie tylko interes rodziny pogrążonej w smutku po stracie pacjenta. Badania wskazują, że rodziny pacjentów, którzy mieli zakończoną resuscytację na miejscu zdarzenia, lepiej radziły sobie z utratą osoby bliskiej. Resuscytacja dopasowana do sytuacji jest alternatywą dla pozorowanej RKO. Należy w jej trakcie prowadzić wysokiej jakości RKO i jasno określić granice wykonywania RKO. Rodzina pacjenta musi wiedzieć, jakie procedury będą wykonywane, a jakie nie i z jakiego powodu (68).

ERC wskazuje na potrzebę akceptacji i rozumienia lokalnych kulturowych, socjalnych, religijnych, duchowych i emocjonalnych preferencji w kontekście obecności rodzin podczas RKO. ERC popiera obecność rodzin i krewnych podczas zabiegów RKO. Niesie to duże korzyści dla rodziny – zmniejsza poczucie winy i pomaga zaakceptować sytuację śmierci bliskiej osoby, przez co smutek i żal są mniejsze. Rodziny pacjentów potwierdzają również, że chcą być obecne podczas resuscytacji swoich bliskich w przyszłości. Obecność rodziny w trakcie RKO ma wpływ na pozytywną ocenę sytuacji i uznanie autonomii pacjenta oraz ich samych. Jeżeli jest taka możliwość, to jeden dostępny członek zespołu resuscytacyjnego powinien wspierać i zaopiekować się rodziną będącą na miejscu resuscytacji (68).



Umiejętne postępowanie z pacjentem odmiennym kulturowo czy religijnie wymaga odpowiedniego przygotowania. Podstawowe kompetencje kulturowe ratownik medyczny powinien nabyć już na etapie studiów licencyjnych. Można je również nabywać na kursach z zakresu wielokulturowości. Kompetencje kulturowe powinny być kształtowane na trzech poziomach: afektywnym, kognitywnym, behawioralnym. Pierwszy poziom odnosi się do przełamywania stereotypów i przekonania, że




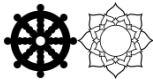
czyjś światopogląd jest najważniejszy. Drugi poziom dotyczy posiadania wiedzy na temat wpływu religii i kultury na zachowania ludzi w czasie zdrowia i choroby. Trzeci poziom pogłębia umiejętność komunikacji werbalnej i niewerbalnej (69).

3.3. Dobre praktyki postępowania ratownika medycznego z pacjentami odmiennymi kulturowo

Opieka przedszpitalna w nagłych wypadkach wykonywana jest przez zespoły ratownictwa medycznego. W porównaniu z oddziałem ratunkowym wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez ratowników medycznych jeżdżących w karetkach pogotowia jest skomplikowane ze względu na ograniczone możliwości diagnostyczne i mniejszą liczbę personelu obecnego na miejscu zdarzenia. W sytuacji międzykulturowej pomocne może być rozpoznawanie symboli religijnych i ich znaczenia klinicznego podczas udzielania pomocy medycznej (tab. 4).

Tabela 4. Znaczenie kliniczne religii oraz jej symboli podczas udzielania pomocy medycznej

Religia	Symbole	Znaczenie kliniczne
Chrześcijaństwo	 Krzyż łaciński i prawosławny	Adwentyści Dnia Siódmego mogą wymagać specjalnej ograniczonej diety
Islam	 Półksiężyc	Znajdź personel tej samej płci, jeśli nie jest to nagły wypadek

Judaizm	 Gwiazda Dawida	Zabezpiecz amputowane kończyny Zapewnij koszerne jedzenie
Świadkowie Jehowy	 Krzyż w koronie	Brak zgody na przetaczanie krwi i produktów krwiopochodnych
Hinduizm	 Kwiat lotosu, Om (Aum)	Brak problemów klinicznych hamujących opiekę zdrowotną
Buddyzm	 Koło Dharmy, Kwiat lotosu	Unikaj leków odurzających

Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci odmienni kulturowo migrujący do Europy narażeni są na stres i poważne zaburzenia psychiczne. W Europie migranci mają mniejszy dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym, prowadzi to niejednokrotnie do zaostrzenia stanów chorobowych. W konsekwencji może nastąpić nagłe pogorszenie stanu zdrowia wymagające dostarczenia takiego pacjenta do psychiatrycznej izby przyjęć z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego (70–72).

WHO – Biuro Regionalne w Europie przygotowało w 2008 roku raport analizujący system ratownictwa medycznego we wszystkich krajach UE. W zaleceniach rozdziału opisującego istniejący stan w zakresie centrów powiadamiania ratunkowego i pogotowia ratunkowego w Europie zostały umieszczone krótkoterminowe rekomendacje dla wszystkich krajów członkowskich UE. Zgodnie z nimi kraje członkowskie muszą poprawić dostęp dla mniejszości i cudzoziemców do wszystkich systemów ratownictwa medycznego w Europie (73).

Doświadczenia australijskie wskazują na uzasadnioną potrzebę szkoleń w zakresie kompetencji kulturowych. Pojawiający się popyt na kompetentnych kulturowo pracowników ochrony zdrowia spowodowany jest coraz większym zróżnicowaniem populacji z powodu migracji i globalizacji. Każda osoba może reprezentować odmienne od innych, unikalne dziedzictwo kulturowe, zbiór wartości i przekonań oraz język. W Australii w 2004 roku powstała potrzeba opracowania ram i zestawu narzędzi do zwiększenia kompetencji kulturowych. Powstał poradnik „Kompetencje kulturowe w zdrowiu. Przewodnik dla polityki, partnerstwa i uczestnictwa” („Cultural Competency in Health: A guide for policy, partnership and participation”). Jest to narzędzie do promocji, pomaga decydentom, menedżerom oraz dostawcom usług medycznych w planowaniu i integracji kompetencji kulturowych na wszystkich poziomach sektora zdrowia. Używany jest również w pogotowiu ratunkowym przez ratowników medycznych. Przewodnik ma za zadanie zapewnić dobrobyt ludziom, którzy mają odmienne przekonania od ogólnie przyjętych w danym środowisku, różnią się często też kulturą czy językiem. Stworzony został w głównej mierze dla ułatwienia współpracy ratowników z Aborygenami i rodowitymi mieszkańcami Austra-

lii. Na wyspie istnieje ponad 200 różnych kultur. Nie jest możliwe, aby ratownicy poznali je wszystkie i byli w każdej kompetentni. Powinni jednak dzięki przewodnikowi stać się bardziej wrażliwi kulturowo. Przewodnik promuje kompetencje kulturowe w zróżnicowanej kulturowo i językowo społeczności. Instruuje ratowników medycznych i pracowników służby zdrowia, jak „reagować” na inne przekonania dotyczące zdrowia. Unikając przy tym przejmowania od „innych” przekonań kulturowych. Przewodnik mówi o powszechnym użyciu „kompetencji kulturowych” na całym świecie, koncepcja ta znana jest od długiego czasu. Opracowanie to prezentuje czterowymiarowy model zwiększania kompetencji kulturowych dla zdrowszego życia i środowiska. Zastosowanie go w australijskim pogotowiu ratunkowym wymaga od zainteresowanych:

- a) uznania w systemie ratownictwa kompetencji kulturowych jako integralnej jego części
- b) rozpoznania na poziomie organizacyjnym różnorodności bazy pacjentów obejmującej ludy wywodzące się z różnych środowisk kulturowych i językowych posiadających swoje dziedzictwo
- c) budowania na poziomie zawodowym kompetencji kulturowych, z uwzględnieniem szkoleń ogólnych i specjalistycznych w rozwoju zawodowym
- d) zrozumienia na poziomie indywidualnym znaczenia poznania kultury i jej wpływu dla osiągnięcia skutecznej komunikacji w praktyce (74).

Poradnik zawiera wskazówki dotyczące praktycznego zastosowania wszystkich czterech poziomów modelu. Scenariusze z prawdziwego życia wspierają strategię i zachęcają czytelników do docenienia, jak kulturowo kompetentna praktyka może przeniknąć na wszystkie poziomy sektora zdrowia. Sce-

nariusze ilustrują mocne i słabe strony inicjatyw krajowych, stanowych, regionalnych i wspólnotowych w następujących aspektach: ogólnokrajowa kampania medialna promująca zdrową żywność; wspieranie kompetencji kulturowych przez Departament Stanu; koncentracja na nadwadze i otyłości w regionie wiejskim; radzenie sobie z cukrzycą w małej społeczności; aktywność fizyczna i muzułmańskie kobiety w samorządzie lokalnym; poprawa absorpcji rehabilitacji ambulatoryjnej wśród pacjentów libańskich. Ratownicy medyczni, którzy chcą włączyć kompetencje kulturowe, mogą przyjąć lub dostosować elementy tych scenariuszy do własnej sytuacji zawodowej (74).

Kulturowo kompetentne udzielanie pomocy koncentruje się na podejściu „kategorycznym” lub „wielokulturowym”. Personel medyczny uczy się postaw, wartości, przekonań i zachowań określonych grup społecznych. Stara się poznać klucze postępowania, „co należy i czego nie należy robić” w każdej grupie kulturowej. W Stanach Zjednoczonych, biorąc pod uwagę etniczne, rasowe, religijne i narodowe grupy, można wyróżnić np. Afroamerykanów, Latynosów, Azjatów. Każdej z nich nie zawsze da się przypisać konkretne kliniczne kompetencje kulturowe, gdyż kultury te są wielowymiarowe i dynamiczne. Zawierają także wiele zmiennych wpływających na wszystkie aspekty doświadczenia. Procesy kulturowe często różnią się między sobą w obrębie tej samej etnicznej lub społecznej grupy. Spowodowane jest to wiekiem, płcią, poglądami politycznymi, pozycją społeczną, religią, pochodzeniem etnicznym i osobowością tworzących grupę jednostek. Kultura jest bardzo nieuchwytnym i mglistym pojęciem, takim jak sztuka. Wielokulturowe podejście do kompetencji kulturowych skutkuje raczej stereotypowym myśleniem niż przydatnymi kompetencjami klinicznymi. Nowsze podejście do kultu-

rowo kompetentnej praktyki klinicznej koncentruje się na umiejętnościach komunikacji podstawowej, świadomości kulturowej i problemach społecznych oraz przekonaniach zdrowotnych. Obecne są one we wszystkich kulturach, można o nich myśleć jak o uniwersalnych ludzkich przekonaniach, potrzebach i cechach. To skoncentrowane na pacjencie podejście polega na identyfikacji i negocjacji różnych stylów komunikacji, preferencji decyzyjnych, roli rodziny, kwestii seksualnych i płciowych oraz kwestii nieufności, uprzedzeń i rasizmu pośród innych czynników (75).

Międzykulturowe umiejętności kliniczne zostały zdefiniowane również przez Association of American Medical Colleges (AAMC). Lista ta obejmuje wiedzę, szacunek i walidację różnych wartości, kultur i przekonań, w tym orientacji seksualnej, płci, wieku, rasy, pochodzenia etnicznego i statusu społecznego. Do umiejętności zalicza się także radzenie sobie z wrogością i dyskomfortem w wyniku niezgody kulturowej. Wywoływanie ważnej kulturowo historii społecznej i medycznej oraz komunikowanie się i umiejętność prowadzenia wywiadów widnieją na liście umiejętności klinicznych AAMC. Międzykulturowa sytuacja wymaga również zrozumienia barier językowych i pracy z tłumaczami oraz umiejętności negocjacyjnych i rozwiązywania problemów. AAMC wskazuje na diagnozę, zarządzanie i umiejętność przestrzegania zaleceń przez pacjenta jako czynniki prowadzące do zadowolenia pacjenta (75).

W Stanach Zjednoczonych w 2011 roku Biuro ds. Zdrowia Mniejszości w Departamencie Zdrowia wydało poradnik „Guidance for Integrating Culturally Diverse Communities into Planning for and Responding to Emergencies: A Toolkit” (Poradnik dotyczący integracji różnorodnych kulturowo społeczności w planowaniu i reagowaniu na sytuacje kryzysowe. Ze-

staw narzędzi). Opracowanie to oferuje kompleksowe ramy i szczegółowe wskazówki dotyczące integracji społeczności wokół zagadnień związanych z rasą, pochodzeniem etnicznym, kulturą, językiem i uwzględnienia jej w planach gotowości programach i programach działania (76).

Epner i Baile przedstawiają zasady opieki skoncentrowanej na pacjencie pochodzącym z jednej z czterech grup odmiennych kulturowo: muzułmańska kobieta chodząca w burce, amerykańska Żydówka, amerykański weteran Wietnamu z PTSD z obszarów wiejskich Missisipi oraz Afroamerykanin prawnik na emeryturze (tabela 5). Odpowiadają oni na pytanie: w jaki sposób lekarze mówiący tym samym językiem co pacjenci, posiadający całkowicie różne ukształtowanie kulturowe mogą nawiązać współpracę i zrozumieć kulturę pacjentów oraz skutecznie ich leczyć.

Tabela 5. Zasady kompetencji kulturowych skoncentrowanych na pacjencie – przykłady odpowiednich umiejętności i zwrotów

ZASADY	PRZYKŁADY ODPOWIEDNICH UMIEJĘTNOŚCI I ZWROTÓW
<p>1. Każdy ma głęboką potrzebę bycia wysłuchanym i zrozumianym</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaproszenie pacjenta do opowiedzenia historii swojej choroby jest już terapią. • Poznawanie obaw pacjenta powoduje, że jesteś częścią jego agendy. • Przyjmowanie osobistej historii pozwala pacjentowi czuć, że interesujesz się nim jako osobą, a nie tylko jako pacjentem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Słuchaj uważnie, kiedy pacjent mówi. • Zachęcaj: „Powiedz mi więcej”. • Pozwól na przestrzeń (ciszę) w rozmowie. • Używaj pytań otwartych. • Prowokuj narrację pacjenta. „Proszę powiedz mi, co myślisz na temat swojego stanu”; „Co chciałbyś dzisiaj omówić?”; „Opowiedz mi o swojej rodzinie”.

ZASADY	PRZYKŁADY ODPOWIEDNICH UMIEJĘTNOŚCI I ZWROTÓW
<p style="text-align: center;">2. Wszystkim ludziom naprawdę zależy na tym, aby na nich komuś zależało</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="158 310 548 459">• Zwracając się do pacjenta i jego rodziny, należy traktować ich tak, jak gdyby byli częścią twojej rodziny. Postawa taka buduje zaufanie i porozumienie. <li data-bbox="158 464 548 548">• Odpowiadanie na emocje z empatią pozwala pacjentowi czuć, że odbierasz na tych samych falach. <li data-bbox="571 310 949 394">• Stwórz odpowiednią atmosferę: bądź przyjazny, pozdrów wszystkich w pokoju, siedź na wysokości oczu. <li data-bbox="571 399 949 483">• Odpowiadaj na emocje z empatią: „Chciałbym, żeby sprawy były inne”, <li data-bbox="571 488 949 573">• „To musi być dla ciebie bardzo trudne”, „Widzę, że miałeś nadzieję na lepsze wiadomości”. 	
<p style="text-align: center;">3. Rodzina jest przedłużeniem pacjenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="158 643 548 792">• Prawie wszyscy ludzie mają głęboką miłość i lojalność wobec rodziny, zwłaszcza bliskiej. Pytanie pacjenta o jego rodzinę otwiera emocjonalne okno. <li data-bbox="571 643 949 727">• Wyraż wdzięczność za pracę rodziny: „Jestem pod wrażeniem miłości między tobą a twoją rodziną”, „Wykonałeś świetną robotę, wspierając swoją żonę w trakcie leczenia”, <li data-bbox="571 732 949 816">• „Co twoje dzieci wiedzą na temat twojej choroby?”, <li data-bbox="571 821 949 906">• Współpracuj z pacjentem i rodziną. 	
<p style="text-align: center;">4. Słowa mogą krzywdzić i słowa mogą leczyć</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="158 959 548 1019">• Jak mówi truizm: „Nie jest ważne, co mówisz, ale jak to mówisz”. <li data-bbox="158 1024 548 1109">• Podawanie informacji w sposób, który pacjent rozumie, wzmacnia Twoją więź z nim. <li data-bbox="571 959 949 1044">• Mówienie „nic więcej nie możemy dla ciebie zrobić” jest niepoprawne i krzywdzące. <li data-bbox="571 1049 949 1157">• Przekaz: „Szkoda, że nie mamy dla ciebie lepszych metod leczenia. Myślę, że musimy skupić się na jakości życia i godności” jest leczniczy. <li data-bbox="571 1162 949 1247">• Bądź jasny, unikaj żargonu i zachowuj wyjaśnienia dostosowane do pacjenta. <li data-bbox="571 1252 949 1312">• Ludzie potrzebują prawdy... dostarczanej z wyczuciem. <li data-bbox="571 1317 949 1385">• Zrównoważ optymizm z wiarygodnością. 	

ZASADY	PRZYKŁADY ODPOWIEDNICH UMIEJĘTNOŚCI I ZWROTÓW
<p>5. Dotyk fizyczny to potężna siła, która może niszczyć lub leczyć</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli jesteś mężczyzną, nie wyciągaj ręki do kobiety, chyba że ona wyciągnie ją pierwsza. • Jeśli nie wiesz, jak kogoś powitać, po prostu uśmiechnij się i przytakuj z szacunkiem. • Zachowuj skromność podczas badania fizykalnego.
<p>6. Znaki niewerbalne są potężne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ludzie przekazują więcej informacji za pomocą sygnałów niewerbalnych niż przy użyciu słów. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bądź spostrzegawczy i adaptacyjny. Silne emocje, takie jak strach, smutek, ból i lęk, są zwykle oczywiste. • Zajmij się natychmiast cierpieniem pacjenta, jeśli pojawi się u niego ból. • Nawiąż kontakt wzrokowy z pacjentem proporcjonalnie do jego kontaktu wzrokowego z tobą. Jeśli unika twójego spojrzenia, ogranicz szukanie kontaktu wzrokowego.
<p>7. Duchowość jest ważna prawie dla wszystkich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiara w wyższą moc staje się coraz ważniejsza wobec przymusu leczenia i wyższej podatności na zranienia. Można to również określić powiedzeniem „Nie ma ateistów w norach lisa”. • Walidacja czyjejś wiary pokazuje szacunek i wsparcie. • Mówienie osobie religijnej „modlimy się za ciebie” jest bardzo terapeutyczne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dociekaj: • „Jaką rolę odgrywa duchowość w twoim życiu?” • „W jaki sposób wiara pomogła ci w trudnym czasie?” • „Czy twoi duszpasterze byli zaangażowani w twoją duchową opiekę podczas twojej choroby?” • Szacunek: „Szanuję twoją wiarę. Wiara jest potężnym lekarstwem”.

ZASADY	PRZYKŁADY ODPOWIEDNICH UMIEJĘTNOŚCI I ZWROTÓW
8. Pozwól pacjentowi i rodzinie, w miarę możliwości, na jak największą kontrolę	
<ul style="list-style-type: none"> • Natychmiast skoncentruj się na kwestii, na której pacjentowi najbardziej zależy. Na przykład przedyskutuj najpierw wyniki ponownych badań, jeśli pacjent martwi się nimi. • Negocjuj treść i przebieg rozmowy, aby zapewnić pacjentowi poczucie kontroli nad spotkaniem. • Szanuj potrzeby i priorytety pacjenta, o ile są one uzasadnione, nawet jeśli czasami są nierozsądne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dociekaj: • „Jak rozumiesz swoją chorobę?” • „Co chciałbyś dzisiaj omówić (lub jakie są twoje cele)?” • „Jakie są twoje cele, jeśli nie możemy wyleczyć twojego raka?” • Gdy pacjent potrzebuje pomocy, pomóż mu w świadomym podjęciu decyzji. • Współpracuj z pacjentem i rodziną.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D, Epner, W. Baile, Patient-centered care: the key to cultural competence (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419388908?via%3Dihub>).

Modele skutecznej komunikacji międzykulturowej i negocjacji obejmują:

1. Zadawanie pytań

- Jak myślisz, co spowodowało twój problem?
- Jak myślisz, dlaczego to się zaczęło?
- Jak myślisz, jakie szkody wyrządza ci choroba?
- Jak ciężka jest twoja choroba? Czy będzie przebiegała krótko czy długo?
- Jaki rodzaj leczenia uważasz, że powinieneś otrzymać?
- Jakie są najważniejsze wyniki, które masz nadzieję uzyskać jako skutek tego leczenia?
- Jakie są główne problemy, które spowodowała dla ciebie choroba?
- Czego najbardziej boisz się w swojej chorobie?

2. Postawy

- Przekonania o zdrowiu (Co spowodowało twoją chorobę/problem?)
- Wyjaśnienie (Dlaczego tak się stało w tym czasie?)
- Dowiedz się (Pomóż mi zrozumieć twoją wiarę/opinię)
- Wpływ (Jak ta choroba/problem wpływa na twoje życie?)
- Empatia (To musi być dla ciebie bardzo trudne.)
- Uczucia (Jak się z tym czujesz?)
- Uzyskiwanie informacji o pacjencie i negocjowanie
- Zidentyfikuj podstawowe problemy międzykulturowe
- Poznaj znaczenie choroby
- Określ kontekst społeczny
- Angażuj się w negocjacje

3. Zdobywanie wiedzy i umiejętności

- Wsłuchuj się ze współczuciem i zrozumieniem w postrzeganie problemu przez pacjenta
- Wyjaśnij swoje postrzeganie problemu
- Potwierdź i omów różnice i podobieństwa
- Polecaj leczenie
- Negocjuj leczenie (75).

Kompetentny kulturowo personel medyczny stosuje zasady opieki skoncentrowanej na pacjencie. Obejmują one umiejętności komunikacyjne, wrażliwość i współczucie. Pozwalają lepiej zrozumieć potrzeby indywidualne, wartości, preferencje, uczucia i obawy pacjentów oraz edukować ich w podejmowaniu wyborów dotyczących leczenia. Zadawane pytania muszą budować zaufanie. Jest to konieczne, aby pacjent zwierzał się lekarzowi. Główny nacisk kompetencji kulturowych skupia się na pacjencie jako jednostce, a nie stereotypie. Umiejętności podstawowe odpowiadające wszystkim zasadom zawarte są w akronimie „PREP”:

- P – Preparation (Przygotowanie: zadbaj o właściwy nastrój, zanim zobaczysz pacjenta)
- R – Respect (Szacunek: okaż szacunek, ponieważ pacjenci są bezbronni i potrzebują pomocy)
- E – Environment (Środowisko: stwórz komfortowe otoczenie dla pacjenta i rodziny)
- P – Presentation (Prezentacja: reprezentuj zawód i pracę, którą wykonujesz) (75).

Umożliwienie pacjentowi prawdziwego wysłuchania wymaga pomocy tłumacza, jeśli pacjent i personel nie mówią takim samym językiem. Kulturowo kompetentne podmioty opieki zdrowotnej powinny zapewnić profesjonalne usługi pomocy językowej w języku, który dominuje w danym regionie. Usługi te obejmują personel dwujęzyczny i tłumaczy, z którymi można się kontaktować bezpłatnie we wszystkich punktach kontaktowych w czasie godzin ich pracy. Tłumaczenie przy pomocy telefonu jest tak samo dokładne jak tłumaczenie „twarzą w twarz”. Strategia efektywnej komunikacji z pacjentem obejmuje następujące wskazania:

- a) Poświęć kilka minut na nawiązanie relacji z tłumaczem przed spotkaniem z pacjentem.
- b) Omów przykłady z tłumaczem. Przydatne informacje w rozmowie z nim:
 - „Lubię używać bardzo otwartych zdań”, np. „Pomóż mi zrozumieć, jaki jest twój ból” lub „Powiedz mi więcej o twoim bólu”. „Proszę przestrzegaj tej strategii, a nie konwertuj otwartych komentarzy na serię pytań zamkniętych”.
 - „Daj mi znać, jeśli nie czujesz się dobrze z moim parafrazowaniem. Powiedz mi dlaczego, abym mógł modyfikować odpowiednio moje wypowiedzi”.

- c) Porozmawiaj bezpośrednio z pacjentem lub członkiem rodziny, tak jakbyś rozmawiał z kimś, kto mówi twoim językiem, do pacjenta raczej nie odnoś się w trzeciej osobie. Mówienie bezpośrednio do pacjenta buduje silniejszą więź.
- d) Mów prostymi, krótkimi zdaniami dla jasnego zrozumienia. Najlepiej unikać medycznego żargonu lub złożonych koncepcji. Chcemy mieć pewność, że nasze słowa leczą, a nie szkodzą (75).

Kontakt fizyczny podczas powitania lub badania pacjenta jest bardzo ważny, szczególnie gdy jedna lub obie osoby są religijne, ortodoksyjne albo społecznie konserwatywne. Najlepszym podejściem do powitania kobiet muzułmańskich jest uśmiechać się i kiwać głową z szacunkiem. Uścisnąć dłoń należy tylko wtedy, jeśli kobieta najpierw wyciąga rękę. Kontakt wzrokowy, choć dosłownie nie stanowi kontaktu fizycznego, jest również bardzo znaczący. Niektórzy ludzie unikają kontaktu wzrokowego z różnych powodów – od osobistych preferencji do lokalnego zwyczaju społecznego. Podczas rozmowy z pacjentem najlepszą strategią jest utrzymanie tyle kontaktu wzrokowego, ile pacjent nawiązuje z nami. Po wywiadzie wyjaśnij znaczenie dokładnego badania fizykalnego:

- a) „Muszę cię zbadać, aby przygotować dla ciebie najlepszy plan pomocy. Czy się zgadzasz?”
- b) „Upewnię się, że przez cały czas jesteś przykryta prześcieradłem, aby zapewnić ci zachowanie komfortu. Twoja siostra (lub inny członek rodziny) może usiąść tu z tobą, jeśli chcesz. Może będę musiał zbadać intymne części twojego ciała, ale zrobię to z wrażliwością i jak najmniej odsłonię twoje ciało. Będę traktował cię tak, jak chciałbym, aby moja własna rodzina była traktowana”. Zasada ta odnosi się zarówno do obu płci, jak i do wszystkich kultur (75).

Pacjenci cierpiący z bólu mogą nie chcieć otrzymywać leków przeciwbólowych, stoicko maskując swoje cierpienie, często też bojąc się uzależnienia od nich lub ich silnego działania. Należy okazać empatię, rozwiać ich obawy co do uzależnienia i wskazać możliwość pojawienia się tolerancji na ból. Kolejnym krokiem jest zaproponowanie im, w drodze negocjacji, kontrolowania bólu.

Złota zasada mówi, że powinniśmy traktować naszych pacjentów tak, jak my chcemy, aby inni traktowali nas w okresach bezbronności i strachu. Nie musimy zapamiętywać zwyczajów społecznych, dominujących przekonań ani zasad związanych z każdą kulturą w celu zapewnienia doskonałej opieki nad ludźmi z innych religii, grup etnicznych, krajów i ras. Kluczem do kompetencji kulturowych jest skoncentrowanie się na pacjencie, obdarzenie go szacunkiem, wrażliwością, opanowaniem, partnerstwem, uczciwością, przenikliwością, ciekawością i tolerancją. Wszyscy ludzie chcą, aby ktoś się o nich troszczył (75).

Lekarze medycyny ratunkowej, jak i ratownicy medyczni pracujący w SOR spotykają w swojej pracy pacjentów z różnych środowisk kulturowych, reprezentujących różne wierzenia, praktyki i zwyczaje. Świadomość kulturowa to zdolność personelu ochrony zdrowia do rozumienia i reagowania na wyjątkowe potrzeby kulturowe, jakie niosą w sobie pacjenci trafiający na SOR. Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Lekarzy Ratunkowych (The American College of Emergency Physicians) lekarze powinni rozważać kulturę pacjenta w odniesieniu do jego historii i obecnych objawów. Plan leczenia powinien zawierać elementy kultury i być wspólnie uzgadniany przez pacjenta i lekarza. Towarzystwo dostrzega również zależność jakości opieki zdrowotnej od naukowych kompetencji lekarzy i ich kulturowej świadomości. Pracow-

nicy ochrony zdrowia powinni szkolić się w zakresie świadomości kulturowej, aby świadczyć wysokiej jakości opiekę na oddziale ratunkowym. Powinni również zachęcać pacjentów i ich przedstawicieli do poruszania kwestii kulturowych mających wpływ na ich opiekę. Zasoby informacyjne należy szeroko udostępnić personelowi SOR, aby mógł się upewnić, że prawidłowo reaguje na potrzeby wszystkich pacjentów, niezależnie o ich pochodzenia (19).

Różnice językowe, warunki społeczno-ekonomiczne, religijne wartości i praktyki kulturowe mogą stanowić przeszkodę w dostarczaniu wysokiej jakości opieki coraz bardziej zróżnicowanej populacji pacjentów. Przeszkody te przyczyniają się do różnic w opiece zdrowotnej obserwowanych we wszystkich obszarach opieki medycznej. Zwiększanie kompetencji kulturowych jest wymieniane jako część rozwiązania mającego na celu zmniejszenie różnic. Oddział ratunkowy to środowisko, w którym wrażliwość kulturowa jest szczególnie potrzebna. Jest on często podstawowym miejscem opieki zdrowotnej dla zaniedbanych mniejszości etnicznych i rasowych. SOR jest przestrzenią, gdzie udzielana jest pomoc sporej liczbie pacjentów w warunkach dużej presji czasowej. Literatura medycyny ratunkowej niewiele mówi o różnicach w opiece zdrowotnej i kompetencjach kulturowych. Padela i Punekar przedstawiają trzy scenariusze kliniczne obrazujące wyzwania w zakresie godziwej pomocy medycznej populacjom mniejszościowym w Stanach Zjednoczonych. Jeden epizod opisuje kobietę-Latynoskę z dusznością, drugi uchodźcę kambodżańskiego z krwiopluciem niemówiącego po angielsku, a trzeci muzułmańską kobietę z mrowieniem lewej nogi. Używając tych przypadków jako ilustracji, wspomniani autorzy proponują trzy procesy, które mogą poprawić jakość opieki świadczonej na rzecz mniejszości:

- a) zwiększyć świadomość kulturową i zmniejszyć stronniczość dostawcy usług medycznych, umożliwiając mu skuteczniejszą interakcję z różnymi populacjami pacjentów
- b) dostosować preferencje i potrzeby pacjenta w zakresie procedur medycznych poprzez modyfikację praktyki i kultury
- c) zwiększyć różnorodność dostawców, aby podnieść poziom tolerancji, świadomości i zrozumienia dla innych kultur oraz stworzyć bardziej zgodne z rasą i/lub etnicznie relacje pacjenta z lekarzem (11).

W 2014 roku obserwowano problemy z nierównością społeczną w tle dotyczące zapewnienia bezpiecznej kulturowo opieki zdrowotnej na oddziałach ratunkowych wśród ludności aborygeńskiej Kanady (Inuici, Metysi). Rdzenna ludność narażona była częściej w porównaniu do pozostałej ludności Kanady na uzależnienia, urazy oraz choroby przewlekłe, psychiczne i zakaźne. Aborygeni trafiali także częściej na oddział ratunkowy. Podczas wizyt często czuli się osądzani za to, że są aborygenami i żyją w ubóstwie lub wysuwano wobec nich przypuszczenia, że wyrażają bepodstawnie ból. Koncepcje związane z bezpieczeństwem kulturowym były nieznane większości lekarzy medycyny ratunkowej. Dell i wsp. wskazują, że bezpieczeństwo kulturowe w opiece zdrowotnej dla ludów tubylczych może zapewnić praktyka zakorzeniona w podstawowym rozumieniu ich przekonań i historii, a także autorefleksja dotycząca istniejących różnic między lekarzem a pacjentem, które mogą wpływać na proces opieki i leczenia. Bezpieczeństwo kulturowe powinno być postrzegane jako kontynuacja wiedzy, postaw i zachowań, które rozpoczynają się od świadomości kulturowej. Proponowane zasady bezpieczeństwa kulturowego w opiece na oddziale ratunkowym przedstawia tabela 6 (77).

WHO – Biuro Regionalne w Europie w opublikowanym raporcie o systemie ratownictwa medycznego w rozdziale opisyującym działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych

wskazuje na znaczący wpływ kultury i czynników etnicznych na relację pomiędzy lekarzem i pacjentem w oddziale ratunkowym. Raport stwierdza, że wyniki badań przeprowadzonych na terenie Europy wskazują na zależność pomiędzy dobrą komunikacją i szkoleniem personelu medycznego w kompetencjach międzykulturowych a relacjami między pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami. Jest to szczególnie istotne w sytuacjach nagłego zagrożenia życia. Równocześnie wskazano, że język, kultura, warunki socjalno-ekonomiczne oraz powody osobiste pacjentów mogą być przeszkodą w świadczeniu opieki zdrowotnej. Wskazany jest zatem dostęp na SOR do tłumaczy i mediacja międzykulturowa, co z kolei pozwoli na uniknięcie wielu nieporozumień między personelem medycznym a pacjentami odmiennymi etnicznie oraz kulturowo. Jakość udzielonej przez personel medyczny pomocy oraz zadowolenie pacjenta będą na wysokim poziomie. Kwestia ta jest szczególnie istotna w większości państw członkowskich UE, gdzie nasila się zjawisko imigracji. Spośród 27 krajów UE ocenianych w raporcie mediatorzy i tłumacze międzykulturowi są obecni w 7 krajach. Pięć z nich wdraża projekty pilotażowe. W niektórych państwach członkowskich tłumacze są obecni w szpitalach na obszarach występowania dużej liczby imigrantów i zagranicznych pacjentów. Sytuacja taka ma miejsce na przykład w Irlandii. Zalecenia długoterminowe raportu dla ratownictwa medycznego w szpitalach wskazują potrzebę przyjrzenia się, w jaki sposób psychospołeczne potrzeby pacjenta są wykrywane i leczone w oddziale ratunkowym. Należy również dążyć do zapewnienia właściwego i szybkiego dostępu oraz równości w jakości świadczonej opieki przez stworzenie ogólnokrajowych systemów segregacji medycznej (tzw. Triage) pacjentów na poziomie oddziału ratunkowego, pogotowia ratunkowego i dyspozytorni (73).

Tabela 6. Proponowane zasady postępowania dotyczące bezpieczeństwa kulturowego w opiece na oddziale ratunkowym

ZASADA	PROPONOWANE POSTĘPOWANIE
<p>Poznanie, jak pacjent postrzega i postępuje, jest ważne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unikaj przypuszczeń dotyczących chęci dostępu pacjenta lub wiedzy pacjenta na temat tradycyjnych leków lub ceremonii. • Informacje z plakatów i ogłoszeń na miejscu dają pacjentowi wiedzę o tym, że tradycyjne leki i procedury są przestrzegane i mogą być częścią jego opieki, jeśli jest to pożądane. • Zapewnij szacunek dla rodziny, członków społeczności pacjenta lub rytualnych przedmiotów, które pacjenci zdecydują się użyć podczas jego opieki (np. bębny, zestawy leków, fajki, tytoń itp.) i omów takie postępowanie z pacjentem i rodziną.
<p>Pacjent jest partnerem w procesie podejmowania decyzji w opiece zdrowotnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Upewnij się, że pacjent lub rodzina rozumieją, co się dzieje, i że są dla nich dostępne zasoby i wsparcie (np. tradycyjni uzdrowiciele, adwokaci, duchowni). • Wspieraj pacjentów i rodzinę, włączaj ich we wszystkie aspekty opieki i podejmowania decyzji. W razie potrzeby zapewnij edukację w zakresie świadomego podejmowania decyzji.
<p>Rozpoznaj wpływ złożonych międzypokoleniowych urazów na zdrowie i dostęp do usług zdrowotnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zastanów się, w jakim stopniu postawy i zachowania pacjentów „rzucające wyzwania” pracownikom opieki zdrowotnej mogły się rozwinąć w odpowiedzi na kompleks urazu psychicznego. • Zapewnij komunikację bez osądzania i bez zawstydzania. • Rozwijaj samoświadomość dotyczącą zmęczenia współczuciem.
<p>Pacjent określa, czy opieka, którą otrzymał, jest bezpieczna kulturowo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Współpracuj z lokalną społecznością, aby zoptymalizować bezpieczeństwo kulturowe w oddziale ratunkowym. • Stwórz wyznaczone miejsce dla tubylczych pacjentów w porozumieniu z tubylczą społecznością, jeśli to możliwe. • Przetłumacz pojęcia bezpieczeństwa kulturowego na dominujące języki tubylcze danego obszaru.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Dell i wsp. „Cultural Safety and Providing Care to Aboriginal patients in the Emergency Department” (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26565079>).

Wielu pracowników służby zdrowia w różnych krajach europejskich stoi przed wyzwaniem zapewnienia opieki migrantom, część z nich ma już bogate doświadczenie w tym zakresie. Doświadczenia i poglądy personelu medycznego dostarczają informacji na temat tego, co postrzegane jest przez nich jako problemy i co uważają za dobrą praktykę. Badania tego zagadnienia przeprowadzone zostały w ramach projektu: „Best Practice in Health Care Services for Immigrants in Europe” w latach 2008–2010 w 16 krajach UE (85% populacji UE). Do projektu zostały wybrane duże miasta lub te, w których poziom populacji migrantów był wysoki. Grupę badaną stanowiło 240 pracowników opieki zdrowotnej. Pracowali oni w trzech miejscach: podstawowa opieka zdrowotna, szpitalny oddział ratunkowy i poradnia zdrowia psychicznego. Do udziału w badaniu zakwalifikowano pracowników o największym doświadczeniu w udzielaniu pomocy migrantom. Zostali oni wybrani przez współpracowników swoich macierzystych jednostek. W badaniu migranta definiowano jako osobę urodzoną poza krajem obecnego zamieszkania. Wiek badanych oscylował pomiędzy 18. a 65. rokiem życia. Metodą badawczą był wywiad w formie otwartych pytań. Pierwsza część wywiadu dotyczyła ogólnych doświadczeń, problemów oraz mocnych stron w zapewnieniu opieki zdrowotnej migrantom. W drugiej części zawarte były pytania otwarte mające na celu określenie różnic i podobieństw w traktowaniu migrantów i rdzennych mieszkańców. Udzielone odpowiedzi analizowano pod kątem ich treści. W wyniku badań zidentyfikowano osiem rodzajów problemów i siedem elementów dobrej praktyki reprezentujących wszystkie odpowiedzi z wywiadów. Wyróżnione na tej podstawie główne problemy w pracy z migrantami to bariera językowa, zorganizowanie opieki migrantom bez ubezpieczenia zdrowotnego, brak znajomości systemu opieki

zdrowotnej, różnice kulturowe, różne rozumienie choroby i leczenia, deprivacja społeczna, traumatyczne doświadczenia. Negatywne postawy pracowników i pacjentów oraz brak dostępu do historii medycznej to kolejne istotne problemy, z jakimi zmagają się pracownicy ochrony zdrowia w kontaktach z migrantami. Personel medyczny pracujący w trzech badanych podmiotach ma jednakowe poglądy na temat elementów dobrych praktyk. Stopień ich realizacji w codziennej pracy z migrantami jest jednak różny. Personel medyczny deklarował, że stosuje lub dopiero wdroży dobre praktyki przewyższające problemy lub ograniczające negatywny wpływ na jakość opieki. Według badanych dobre praktyki powinny obejmować siedem elementów:

- a) elastyczność organizacyjną z wystarczającym czasem i zasobami
- b) dobre usługi tłumacza
- c) współpracę z rodziną i pracownikami socjalnymi
- d) świadomość kulturową personelu
- e) programy edukacyjne i materiały informacyjne dla migrantów
- f) pozytywne i stabilne relacje z pracownikami
- g) jasne wytyczne w zakresie uprawnień do opieki różnych grup migrantów (78).

Prowadzenie segregacji medycznej (tzw. Triage) w SOR to przypisanie do każdego pacjenta trafiającego do oddziału odpowiedniego statusu pilności jego przyjęcia. Według Mackway-Jones i wsp. jednym z głównych kryteriów różnicujących priorytet przyjęcia pacjenta na oddział ratunkowy jest stopień nasilenia bólu. Pacjentowi z silnym bólem (NRS 8–10 pkt) przyporządkowywany jest kolor pomarańczowy. Odczuwanie bólu umiarkowanego (NRS 5–7 pkt) kwalifikuje pacjenta do koloru żółtego, a obecność lekkiego bólu (NRS 1–4 pkt) daje pacjentowi status zielony. Pacjenci nieodczuwający bólu i niewymagający nagłych interwencji mają przyporządkowany kolor nie-

bieski (kategoria odroczone). Odczuwanie bólu u pacjentów jest podobne. Zmienia się natomiast ich reagowanie na dolegliwości bólowe. Zależy to w znacznym stopniu od środowiska pacjenta i kręgu kulturowego, z którego pochodzi. Z wiekiem zachowania te mogą ulegać zmianie. Ratownicy medyczni powinni uwzględniać ten czynnik podczas wykonywania swoich czynności. W ocenie bólu podczas procesu Triage powinni brać pod uwagę zarówno subiektywne odczucia pacjenta, jak i jego opinię na temat leczenia bólu (79, 80).

Nie znaleziono badań dotyczących kompetencji kulturowych ratowników medycznych w Polsce i ich potrzeb edukacyjnych w tym zakresie. W grudniu 2015 roku weszła w życie kolejna nowelizacja Ustawy o państwowym ratownictwie medycznym umożliwiająca ratownikom medycznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych na oddziałach szpitalnych i w zakładach opieki lekarskiej (31). Zwiększa to prawdopodobieństwo kontaktu z pacjentami z odmiennych kultur i sprawia, że potrzeba kształcenia kompetencji kulturowych jest jeszcze większa.

ZAKOŃCZENIE

Publikacji dotyczących problemów wielokulturowości w ratownictwie medycznym jest bardzo mało. Równie rzadko opisywane są kompetencje kulturowe ratowników medycznych pracujących w systemie ratownictwa medycznego. Brakuje także głosów określających potrzeby edukacyjne ratowników medycznych. Przeszukiwanie baz danych: Google Scholar, Pub-Med oraz bazy czasopism w Polsce nie wykazało publikacji w języku polskim, które poruszałyby powyższe zagadnienia. Niniejsza praca jest pierwszą książką na rynku polskim, która wychodzi naprzeciw opisanym zagadnieniom.

W rozdziale pierwszym monografii przybliżono postrzeganie pojęcia zdrowia i choroby pacjentów reprezentujących najczęściej występujące kultury i religie w Polsce. W rozdziale drugim opisano wybrane modele teoretyczne kompetencji kulturowych. Przypomniano formy kształcenia ratowników medycznych w zakresie wielokulturowości oraz zreferowano dostępne formy doskonalenia zawodowego. Rozdział trzeci jest swego rodzaju praktycznym poradnikiem, jak postępować na miejscu zdarzenia lub na oddziale ratunkowym z pacjentem z innej kultury, aby uszanować jego godność, uwzględnić przekonania i jednocześnie skutecznie udzielić mu pomocy. W rozdziale tym zaprezentowano również zasady etyczne, jakimi powinien kierować się ratownik medyczny w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

Przedstawiona w książce tematyka ma za zadanie zwrócić uwagę studentów ratownictwa medycznego i pielęgniarstwa oraz personelu medycznego pracującego zawodowo

w systemie ratownictwa medycznego na zagadnienia związane z udzielaniem pomocy pacjentom reprezentującym odmiennie kultury i religie. Celem opracowania jest też podkreślenie ważności zdobywania i stosowania kompetencji kulturowych przez personel medyczny systemu ratownictwa medycznego. Niniejsze studium wskazuje również, jakie mogą powstać szkody z braku takich umiejętności i wiedzy w zakresie kompetencji kulturowych.

Przeprowadzone dotychczas na świecie badania oraz brak takich inicjatyw w Polsce wskazują na palącą potrzebę oceny kompetencji kulturowych polskich ratowników medycznych. Należałoby zaplanować i przeprowadzić wśród nich takie badania. Ich wyniki mogłyby dostarczyć informacji, jak ratownicy oceniają swoją świadomość, zachowanie i samoocenę w zakresie kompetencji kulturowych. Wyniki badań naświetliłyby także stosunek ratowników do pacjentów oraz komunikację z nimi. Odpowiednio zaplanowane badania mogą dać odpowiedź na pytania, jak postrzegani są pacjenci odmienni kulturowo, jak często ratownicy doświadczają trudnej sytuacji w trakcie udzielanej im pomocy. Badania mogą również dostarczyć informacji na temat wpływu miejsca pracy, znajomości języków obcych oraz innych cech statystycznych na samoocenę swoich kompetencji kulturowych przez ratowników medycznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Eurostat. Residence permits statistics – Statistics Explained [Internet] [cytowane 1.02.2018]. Dostępne na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Residence_permits_statistics
2. TOP 5 – legalizacja pobytu 2007–2018 stan na 1.03.2018. Urząd do Spraw Cudzoziemców [Internet] [cytowane 15.01.2020]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-specjalne/top-5-legalizacja-pobytu/>
3. Cianciara D., Dudzik K., Lewczuk A., Pinkas J. Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(1): 143–50.
4. Badowska M. Polityka społeczna a edukacja międzykulturowa. Social policy and intercultural education; *Pogranicze. Studia Społeczne* 2011, 17(2): 214–28.
5. Kompetencje kulturowe w edukacji. Przewodnik dla nauczycieli [Internet]. Kuratorium Oświaty w Katowicach; 2015 [cytowane 22.08.2018]. Dostępne na: <http://old.kuratorium.katowice.pl/comenius/wp-content/uploads/2014/04/przewodnik%20dla%20nauczycieli.pdf>
6. Pismo Dyrektora Gabinetu Prezesa Funduszu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 marca 2018 r., GPF.0123.3.2018.
7. Jabłecka B. Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce. Instytut Spraw Publicznych; 2012, s. 1–5.
8. Hyder A., Morrow R. Culture, Behavior, and Health. W: International public health: diseases, programs, systems, and policies, ed. M.H. Merson, R.E. Black, A.J. Mills. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2006. s. 41–66.
9. Lin C.-J., Lee C.-K., Huang M.-C. Cultural Competence of Healthcare Providers: A Systematic Review of Assessment Instruments. *J Nurs Res.* 2017; 25(3): 174–86.
10. Majda A., Zalewska-Puchała J. Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018; 68(2).
11. Padela A.I., Punekar I.R.A. Emergency Medical Practice: Advancing Cultural Competence and Reducing Health Care Disparities. *Academic Emergency Medicine* 2009; 16(1): 69–75.

12. Swihart D.L., Hughes J. Cultural Religious Competence. W: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 [cytowane 8.01.2019]. Dostępne na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>
13. Nowicki G., Rzońca P., Goniewicz M., Chemperek E., Naylor K., Wozniak J. i in. Strategie życiowe studentów kierunku ratownictwo medyczne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20(1): 51–6.
14. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dz.U. 2019 poz. 1573.
15. Jaksz-Recmanik E., Puzoń I. Zachowania zdrowotne dotyczące diety zależne od wyznania religijnego na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, islamu oraz judaizmu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22(3): 288–92.
16. Maciejczyk M. Zdrowie i medycyna w religiach świata. *Edukacja Biologiczna i Środowiskowa* 2013; (1): 25–30.
17. Kocoł M. Wybrane problemy bioetyczne w rozumieniu Kościołów pentekostalnych i Kościoła katolickiego. Studium teologiczno-porównawcze. *Rocznik Teologiczny* 2018; LX(1): 71–88.
18. Mandrecki M. Religie świata a transplantacje. Część 1. Poglądy kościołów chrześcijańskich na problematykę transplantacji narządów i tkanek. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2015; (9): 370–75.
19. Cultural Awareness and Emergency Care. The American College of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine* 2016; 68(1): 141.
20. Strzemieczna M., Imiela J. Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej – sytuacja prawna. *Polityka Społeczna*. 2017; (11–12): 17–23.
21. Wyznania religijne w Polsce 2012–2014. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
22. Pruszyński J.J., Putz J., Cianciara D., Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. *Hygeia Public Health* 2013; 48(1): 108–114.
23. Mandrecki M. Religie świata a transplantacje Część 2. Poglądy niechrześcijańskich religii świata na problematykę transplantacji narządów i tkanek. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016; (10): 139–44.

24. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. Problemy wielokulturowości w medycynie. Wyd. I-1 dodruk. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
25. Thrane S. Hindu End of Life: Death, Dying, Suffering, and Karma. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2010; 12(6): 337.
26. Wdowiak L. Etnopielęgniarstwo a pielęgniarstwo transkulturowe, czyli „odwracanie kota ogonem” (na podstawie doświadczeń własnych). *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(3): 193–99.
27. Jongen C., McCalman J., Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18.
28. Chrzanowska A., Klaus W. Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań. W: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, red. A. Chrzanowska, W. Klaus. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 9–22.
29. Biuletyn informacyjny kwiecień 2018 [Internet]. Urząd do Spraw Cudzoziemców [cytowane 9.02.2020]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/do-pobrania/biuletyn-informacyjny-urzedu/>
30. Maśliński K. Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. W: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, red. A. Chrzanowska, W. Klaus. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 23–44.
31. Górská A., Koss-Goryszewska M., Kucharczyk J. W stronę Krajowego Mechanizmu Ewaluacji Integracji. Diagnoza sytuacji beneficjentów ochrony międzynarodowej w Polsce. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych; 2019.
32. Klorek N. Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców. W: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, red. A. Chrzanowska, W. Klaus. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 45–112.

33. Pismo Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie z dnia 11.04.2018 r., S.III.1331.3.2018.BŚ.
34. Pismo Dyrektora Wydziału Prawnego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie z dnia 17.04.2018 r. P-2.1331.81.2018.AZ.
35. Johnson R., Withers M. Cultural competence in the emergency department: Clinicians as cultural learners. *Emerg Med Australas* 2018; 30(6): 854–6.
36. Perry A., Woodland L., Brunero S. eSimulation: A novel approach to enhancing cultural competence within a health care organisation. *Nurse Education in Practice* 2015; 15(3): 218–24.
37. Sharifi N., Adib-Hajbaghery M., Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019; 99: 103386.
38. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A., Dobrowolska B. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2017; 16(4): 40–45.
39. Mattson S. Providing Culturally Competent Care. *AWHONN Lifelines* 2000; 4(5): 37–39.
40. Leininger M. Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method. *Journal of Transcultural Nursing* 1997; 8(2): 32–52.
41. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 189–92; discussion 200–201.
42. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 193–96; discussion 200–201.
43. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 181–84; discussion 200–201.
44. Benbenishty J., Biswas S. Cultural Competence in Critical Care: Case Studies in the ICU. *Journal of Modern Education Review* 2015; 5(7): 723–28.
45. Betancourt J.R. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm.* 2006; 21(12): 988–95.
46. Schwarz J.L., Witte R., Sellers S.L., Luzadis R.A., Weiner J.L., Domingo-Snyder E. i in. Development and Psychometric Assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument. *Inquiry* 2015; 52: 1–8.

47. Goniewicz M. Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – proponowane rozwiązania. *Nauka i Szkolnictwo Wyższe* 2010; (1–2(35–36)): 275–93.
48. Wnukowski K., Kopański Z., Sianos G. Specyfika pracy ratownika medycznego (The nature of work in medical rescue). *JPHNMR* 2015; 38(3): 2–9.
49. Dąbrowska-Resiak J. Zespół Analityczno-Badawczy. Mobilności studentów w programie Erasmus i Erasmus+. Analiza sprawozdań studentów wyjeżdżających w latach 2007–2015. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji; 2015.
50. Hagqvist P., Oikarainen A., Tuomikoski A.-M., Juntunen J., Mikkonen K. Clinical mentors' experiences of their intercultural communication competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today* 2020; 87: 1043–48.
51. Program nauczania Ratownik Medyczny 322[06]. Ministerstwo Edukacji i Nauki. 322[06]/SP/MEiN/2006.02.06.
52. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Dz.U. 2007 nr 164 poz. 1166 z późn. zm.
53. Plan studiów I stopnia ratownictwo medyczne. Zatwierdzony na Radzie Wydziału Medycznego w dniu 10.05.2016 r., obowiązuje od roku akademickiego 2016/2017.
54. Uchwała nr 184/09/2013 Senatu Uniwersytetu Rzeszowskiego z 26 września 2013 r. zmieniająca Uchwałę 438/06/2012 w sprawie określenia efektów kształcenia dla kierunków studiów na Wydziale Medycznym.
55. Sylabus przedmiotu Wielokulturowość w ratownictwie medycznym. Dotyczy cyklu kształcenia 2015–2018. Koordynator przedmiotu dr n. hum. Joanna Przybek-Mita.
56. Kudłacik B., Fraś M., Ilczak T., Ćwiertnia M., Ryś B. Uwarunkowania wyboru zawodu ratownika medycznego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health*. 2016; 6(2): 137–42.
57. Kokko R. Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2011; 19(5): 673–82.
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych. Dz.U. z 2017 r. poz. 1884.

59. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma [Internet] Granada, Kraków 2015: European Commission; 2015. Dostępne na: www.mem-tp.org
60. Projekt Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (BICAS) [Internet] [cytowane 2.02.2019]. Dostępne na: http://bicas-online.eu/pl/home_pl/
61. Wesołowska K., Hietapakka L., Elovainio M., Aalto A.-M., Kaihlanen A.-M., Heponiemi T. The association between cross-cultural competence and well-being among registered native and foreign-born nurses in Finland. *PLoS One* 2018; 13(12).
62. Kietzmann D., Wiehn S., Kehl D., Knuth D., Schmidt S. Migration background and overall satisfaction with pre-hospital emergency care. *Applied Nursing Research* 2016; 29: 96–100.
63. Kessler R.A., Coates W.C., Chanmugam A. Twelve Years Since Importance of Cross-Cultural Competency Recognized: Where Are We Now? *West J Emerg Med.* 2017; 18(2): 223–28.
64. Lie D.A., Lee-Rey E., Gomez A., Bereknyei S., Braddock C.H. Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(3): 317–25.
65. Casillas A., Paroz S., Green A.R., Wolff H., Weber O., Faucherre F. i in. Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2014; 14: 19.
66. Kodeks Etyki Zawodowej Ratownika Medycznego przyjęty na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych. Kraków 11–12 października 2013 r.
67. Kodeks Etyki Lekarskiej [Internet] [cytowane 27.11.2018]. Dostępne na: <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.
68. Bossaert L.L., Perkins G.D., Askitopoulou H., Raffay V.I., Greif R., Haywood K.L. i in. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015; 95: 302–11.
69. Duda A.A., Fecko-Gałowicz K.M., Jabłońska P., Zięba M. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kultu-

- rowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7(4): 263–67.
70. Książak M. Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce. W: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, red. A. Chrzanowska, W. Klaus. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 161–83.
 71. Tarsitani L., Biondi M. Migration and mental health: new challenges. (Le migrazioni e le nuove sfide per la salute mentale). *Riv Psichiatr.* 2016; 51(2): 45–46.
 72. Kawczyńska-Butrym Z. Migrant w sytuacji choroby. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011; 9(2): 113–8.
 73. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. WHO Regional Office for Europe; 2008.
 74. Spencer C. Cultural Competency in Health: A guide for policy, partnership and participation. *Australasian Journal of Paramedicine* 2007; 5(2).
 75. Epner D.E., Baile W.F. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Ann Oncol.* 2012; 23(suppl 3): 33–42.
 76. Guidance for Integrating Culturally Diverse Communities into Planning for and Responding to Emergencies: A Toolkit. US Department of Health and Human Services' Office of Minority Health (DHHS); 2011.
 77. Dell E.M., Firestone M., Smylie J., Vaillancourt S. Cultural Safety and Providing Care to Aboriginal patients in the Emergency Department. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2016; 18(4): 301–05.
 78. Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E., i in. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011; 11(1): 187.
 79. Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. Triage. Ratunkowa segregacja medyczna. 2. wyd. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2016.
 80. Miller E.T., Abu-Alhaja D.M. Cultural Influences on Pain Perception and Management. *Pain Management Nursing* 2019; 20(3): 183–84.

WYKAZ RYCIN I TABEL

Rycina 1. Konceptualny model kompetencji kulturowych	61
Rycina 2. Sytuacja międzykulturowa w aspekcie udzielania pomocy	77
Rycina 3. Komunikacja niewerbalna – gesty rąk	78
Rycina 4. Szablon kompetencji ratowników medycznych	88
Tabela 1. Dostęp do ochrony zdrowia obywateli-cudzoziemców o uregulowanym statusie pobytu, cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową oraz nieudokumentowanych migrantów	37
Tabela 2. Liczba cudzoziemców, którym udzielono pomocy w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w woj. podkarpackim i zachodniopomorskim w latach 2016–2017	48
Tabela 3. Program nauczania na kierunku ratownik medyczny w szkole policealnej	66
Tabela 4. Znaczenie kliniczne religii oraz jej symboli podczas udzielania pomocy medycznej	92
Tabela 5. Zasady kompetencji kulturowych skoncentrowanych na pacjencie – przykłady odpowiednich umiejętności i zwrotów	98
Tabela 6. Proponowane zasady postępowania dotyczące bezpieczeństwa kulturowego w opiece na oddziale ratunkowym	109

