

**8 MAJA**  
**Krajowy**  
**Dzień Położnej**

**12 MAJA**  
**Międzynarodowy**  
**Dzień Pielęgniarki**

Wszystkim  
Koleżankom  
i Kolegom z okazji  
Naszego Święta  
najserdeczniejsze  
życzenia zdrowia,  
szczęścia, wielu  
powodów do  
radości, pomysłności  
i sukcesów w pracy  
zawodowej życzy

Redakcja  
Biuletynu

## Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 3 **Serwis informacyjny**
- 5 **Konferencje, szkolenia**
- 8 Jesteśmy różni, czyli religie widziane  
przez pryzmat praw pacjenta
- 13 Troskliwość kulturowa esencją  
nowoczesnego pielęgniarstwa
- 16 Pielęgniarska opieka kulturowa
- 19 Opieka niejedno ma imię
- 21 Wielokulturowy wymiar eutanazji  
na przestrzeni dziejów i współcześnie
- 23 Z żałobnej karty
- 24 **Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych**  
U stóp matki
- 24 **Kącik biblioteczny**

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych ma-  
teriałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamó-  
wionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

# SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Kto pragnie innych uczynić radosnymi  
ten musi posiadać radość,  
kto pragnie innym pomagać  
musi być przepełniony miłością”

P. Bosmans



Maj kojarzy nam się przede wszystkim z pięknem świeżej zieleni i mnóstwem barw kwitnących kwiatów. To miesiąc tysiąca cudownych kolorów i zapachów. Jest to również miesiąc piękny i ważny dla nas – Pielęgniarek i Położnych. Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej skłaniają nas do przemyśleń i refleksji, związanych z wykonywaniem tych jakże trudnych w obecnych czasach zawodów. Nie tylko radość, kwiaty i podziękowania łączą nas w tych szczególnych dniach. Jest to również zaduma nad sensem i perspektywą wykonywania tych zawodów. Trudne, zawile i nie wyjaśnione sytuacje ekonomiczne i legislacyjne wymuszają na nas nie zawsze korzystne i poprawne zachowania. Zabiegane, niedowartościowane i niedocenione, koncentrujemy się tylko na poprawnym wykonaniu powierzonych zadań. Być może jednak zbyt skupiamy się na własnym „ja” i własnym „być”. W tempie obecnego życia i wszystkich przemian, nie możemy jednak zapomnieć co tak naprawdę jest „istotą pielęgniarstwa i położnictwa”. Może trzeba trochę zwolnić to tempo, aby móc się zatrzymać i rozejrzeć wokół siebie. Może trzeba się nawet przewrócić aby dostrzec drugiego człowieka – PACJENTA. Przecież pracujemy z ludźmi i dla ludzi i to dla ludzi wyjątkowych, bo chorych, potrzebujących pomocy. Pomimo naszych problemów musimy znaleźć czas na życzliwość, uśmiech czy też chwilę zwykłej rozmowy i wysłuchania. Takie bowiem są oczekiwania naszych podopiecznych. Oni chcą być podmiotem a nie przedmiotem naszych działań. Postarajmy się więc zauważyć drugiego człowieka – PACJENTA,

gdyż Jemu towarzyszy zwykle tylko obawa i strach i często jakże nierówna walka z chorobą, Nie możemy zapominać, iż nie tylko pielęgnujemy, ale również jesteśmy ciągle obserwowani, a co za tym idzie bardzo często naśladowani. Bądźmy więc profesjonalistami, wykonujmy dalej rzetelnie wszystkie czynności, ale przede wszystkim bądźmy serdeczni i szanujmy naszych podopiecznych. Niech zawsze czują się z nami bezpiecznie. Na pewno odwdzięczą się nam szacunkiem i ciepłymi słowami, których ostatnio mamy tak mało.

**Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, wszystkich organów samorządu oraz pracowników Biura OIPiP – Wszystkim Koleżankom i Kolegom pragnę wyrazić ogromną wdzięczność i szacunek za trud i poświęcenie niesione osobom potrzebującym. Życzę Państwu by ta piękna, odpowiedzialna praca dawała należyte uznanie oraz satysfakcję zawodową i finansową.**

Przewodnicząca  
ORPiP w Łodzi  
mgr Zofia Komorowska

# Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

## ORPiP w dniu 8 marca 2011 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 4 pielęgniarki, 1 pielęgniarz.
  - Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę i 1 położną.
  - Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki i 1 położnej.
  - Wdano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarki i 1 położnej.
  - Skreślono z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 2 położne i 1 pielęgniarza.
  - Przyjęto oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu od 1 pielęgniarki.
  - Podjęto uchwałę w sprawie skierowania 1 pielęgniarki na staż podyplomowy.
  - Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia Rejonów Wyborczych OIPiP w Łodzi na VI kadencję.
  - Podjęto cztery uchwały dotyczących wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
  - Podjęto uchwałę w sprawie powołania komisji lekarskiej celem wydania orzeczenia w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.
  - Rozpatrzono zażalenie dotyczące postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.
  - Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej kursów prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
  - Na wniosek Przewodniczących Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych i Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej wpisano na listę nowych członków.
  - Na wniosek Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych podjęto uchwałę w sprawie akceptacji opiekunów praktyk zawodowych.
- Przyznano dofinansowania w:
- kursach kwalifikacyjnych – 23 członkom samorządu,
  - kursach specjalistycznych – 11 członkom samorządu,
  - konferencjach, zjazdach – 4 osobom,
  - 3 członkom samorządu przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.
  - Przyjęto sprawozdanie Koordynatora Projektu realizowanego przez OIPiP w Łodzi „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”.
  - Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do udziału w komisjach

konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych, ordynatorów,

- Wytypowano przedstawicieli OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

## Prezydium ORPiP w dniu 23 marca 2011 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 3 pielęgniarkom i 2 położnym.
- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki i 3 położnym.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.
- Podjęto 5 decyzji skracających przeszkolenie po przerwaniu w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Akademia Zdrowia – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki oraz Erudio kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwo kardiologiczne.
- Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej kursów kwalifikacyjnych prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
- Przyznano dofinansowania w:
  - kursach kwalifikacyjnych – 40 członkom samorządu,
  - kursach specjalistycznych – 5 członkom samorządu,
  - konferencjach, zjazdach – 4 osobom,
- Po przedstawieniu brakującej dokumentacji rozpatrzono pozytywnie odwołanie od decyzji odmownej przyznania dofinansowania do udziału w konferencji.
- 3 członkom samorządu przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.
- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 3/2011 – 2 autorom.
- Na wniosek Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych podjęto uchwałę w sprawie zmiany wykładowcy.
- Wytypowano przedstawiciela OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska zastępcy dyrektora ds. leczenia.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

oprac. mgr Anna Manes – sekretarz ORPiP

# Sprawozdanie z XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W dniu 4 marca 2011 roku odbył się XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (zjazd sprawozdawczo-budżetowy). Otwarcia Zjazdu dokonała Przewodnicząca ORPiP – mgr Zofia Komorowska – w swoim wystąpieniu powitała delegatów oraz zaproszonych gości:

- Wicerezydenta Łodzi: Jaceka Paszkiewicza,
- przedstawicielkę Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi: Dorotę Łuczyńską,
- Dyrektora Łódzkiego Oddziału NFZ: Wojciecha Bińkiewicza –
- przedstawiciela Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: Mariana Brodzkiego,
- Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi: Zbigniewa Tokarskiego
- zastępcę Sekretarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi: Włodzimierza Kardasa,
- Wiceprezesa Izby Lekarsko-Weterynaryjnej: Jaceka Tyszkiewicza,
- Wiceprzewodniczącą PTP, Oddział Łódzki: Joannę Gąsiorowską.

W XXVI Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na 197 delegatów wg listy obecności ogółem udział wzięło 134 pielęgniarek i położnych, co stanowiło 68,02 proc. ogółu. Tym samym Komisja Mandatowa stwierdziła, że XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest prawomocny i może dokonywać wyborów oraz podejmować uchwały.

Wśród delegatów dokonano wyborów:

- Prezydium Zjazdu: Przewodnicząca Zjazdu: Iwona Sychalska, Wiceprzewodniczące Zjazdu: Jadwiga Frontczak, Dorota Rybińska, Sekretarze Zjazdu: Agnieszka Hetman, Ewa Kołkowska.
- Protokolanci Zjazdu: Halina Gruszczyńska, Anna Adamczyk, Jolanta Lewandowska.
- Asesorzy: Halina Derendarz, Tomasz Zaskórski, Anna Rożnowska-Buda.

Powołano następujące komisje w składach:

- Komisja Mandatowa: Maria Kowalczyk, Anna Grudzińska, Ewa Pietras, Barbara Goździk, Barbara Kosmała.
- Komisja Uchwał i Wniosków: Małgorzata Wojewoda, Maria Cianciara, Luiza Koziara, Maria Pawłowska, Jolanta Dominowska.

W trakcie obrad Okręgowego Zjazdu podjęto następujące uchwały:

- Uchwała Nr 1 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 4 marca 2011 roku w sprawie regulaminu obrad Zjazdu.
- Uchwała Nr 2 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 4 marca 2011 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdań z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych za okres styczeń – grudzień 2010 r.
- Uchwała Nr 3 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 4 marca 2011 roku w sprawie zagospodarowania nadwyżki bilansowej za rok 2010
- Uchwała Nr 4 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 4 marca 2011 roku w sprawie przyłączenia powiatu łaskiego do obszaru działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- Uchwała Nr 5 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 4 marca 2011 roku w sprawie zatwierdzenia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2011 oraz prowidorium budżetowego na I kwartał roku 2012. ■

oprac. mgr Anna Manes – sekretarz ORPiP



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza wszystkie osoby zainteresowane przygotowaniem programów kursu, które posiadają doświadczenie w niżej wymienionych dziedzinach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz wiedzę w zakresie uszczegóławiania ramowych programów następujących kursów:

### **I. Kwalifikacyjnych w dziedzinach:**

1. Ochrony zdrowia pracujących, program dla pielęgniarek.
2. Pielęgniarstwa psychiatrycznego, program dla pielęgniarek.
3. Pielęgniarstwa opieki paliatywnej, program dla pielęgniarek.
4. Pielęgniarstwa epidemiologicznego, program dla pielęgniarek i położnych.
5. Organizacji i zarządzania, program dla pielęgniarek i położnych.

### **2. Specjalistycznych w zakresach:**

1. Resuscytacji krążeniowo-oddechowej, program dla pielęgniarek i położnych.
2. Wykonania badania spirometrycznego, program dla pielęgniarek.
3. Endoskopii, program dla pielęgniarek.

Pisemne zgłoszenia osób zainteresowanych przygotowaniem powyższych programów, przyjmowane będą najpóźniej do dnia 20 maja 2011 roku. Nadmieniam się, iż autorzy programów, po zatwierdzeniu programu przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, otrzymają wynagrodzenie zgodnie z Uchwałą Nr 501/V Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 14 października 2008 roku w sprawie przygotowania programów kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających. Dodatkowe informacje można uzyskać w dziale merytorycznym, w godzinach pracy biura Okręgowej Izby, pod nr telefonów: 42 639 92 62 lub 781 014 032 lub 781 014 042 lub 781 014 062.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi **zaprasza do współpracy osoby zainteresowane prowadzeniem zajęć dydaktycznych (teoretycznych i praktycznych)** we wszystkich formach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych organizowanych przez OIPiP, spełniające wymogi kwalifikacyjne kadry dydaktycznej, zgodnie z zatwierdzonym programem kursu przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Wymagane kwalifikacje kadry dydaktycznej w przedmiotowej dziedzinie kształcenia:

- tytuł naukowy profesora, stopień naukowy doktora habilitowanego, stopień naukowy doktora,
- ponadto wykładowcami mogą być osoby mające nie mniej niż pięcioletni staż zawodowy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia, doświadczenie dydaktyczne (uprawnienia pedagogiczne) oraz spełniają, co najmniej jeden z warunków:
  - posiadają tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa,
  - posiadają tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie pokrewnej (zgodnie z zakresem kursu),
  - posiadają specjalizację lekarską w dziedzinie medycyny odpowiadającą dziedzinie pielęgniarstwa będącej przedmiotem kursu,
  - posiadają wykształcenie wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia i/lub inne kwalifikacje niezbędne do realizacji wybranych zagadnień.

Osoby zainteresowane proszone są o złożenie następujące dokumenty (potwierdzone za zgodność z oryginałem): CV, zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez OIPiP, zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu, szczegółowe określenie: rodzaju kursu, zakresu i tematyki zagadnień do prowadzenia zajęć, kserokopię prawa wykonywania zawodu, kserokopię dyplomów, kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje.

Komplet powyższych dokumentów należy złożyć w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, pok. 311, najpóźniej do dnia 20 maja 2011 roku. Dodatkowe informacje można uzyskać w dziale merytorycznym, w godzinach pracy biura Okręgowej Izby, pod nr telefonów: 42 639 92 62 lub 781 014 032 lub 781 014 042 lub 781 014 062. ■



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz firma GlaxoSmithKline zapraszają pielęgniarki/położne zainteresowane problematyką szczepień na szkolenie z zakresu:

*Profilaktyka za pomocą szczepień przez pielęgniarki i położne i pielęgnacja dziecka*

Szkolenie odbędzie się dnia 27 maja 2011 roku w godz. 10.00 – 15.00 w hotelu Borowiecki w Łodzi ul. Kasprzaka 7/9.

Tematyka :

1. Zakażenia rota wirusowe.
2. Szczepienia skojarzone.
3. Pierwsza wizyta szczepienna – rola pielęgniarki i położnej.
4. Pneumokoki – dlaczego należy się przed nimi chronić.
5. Ospa wietrzna – ryzyko groźnych powikłań.
6. Profilaktyka raka szyjki macicy.
7. Fizjopatologiczne uwarunkowania pielęgnacji skóry u noworodka i małego dziecka.

Po szkoleniu zapraszamy na lunch.

Szkolenie zostanie zakończone wydaniem certyfikatów. Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Zgłoszenie na szkolenie należy dostarczyć do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do 20 maja 2011 roku. Formularz zgłoszeniowy opracowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych jest dostępny na stronie [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl) O udziale w szkoleniu decyduje kolejność zgłoszeń. ■



Informujemy, iż według stanu na dzień 12 kwietnia 2011 roku są wolne miejsca na następujących kursach specjalistycznych organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w 2011 roku, w zakresie:

1. **Podstaw dializoterapii** (Nr 08/09), program dla pielęgniarek.
2. **Wykonywania i oceny testów skórnych**, program dla pielęgniarek.
3. **Terapii bólu przewlekłego u dorosłych** (Nr 06/07), program dla pielęgniarek i położnych.
4. **Przygotowania i podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych**, program dla pielęgniarek i położnych.

Osoby zainteresowane proszone są o złożenie czytelnie wypełnionych kart zgłoszeń na wybrany kurs (na drukach opracowanych przez OIPI), które należy dostarczyć do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura, najpóźniej do dnia 20 maja 2011 roku.

Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń. W przypadku braku określonej liczby zgłoszeń na daną formę kształcenia, kurs nie odbędzie się. ■

# KONKURS

## **Pielęgniarstwo po godzinach.**

### **Wpływ zawodu na nasze życie rodzinne – blaski i cienie.**

Artykuł należy przesłać do dnia 31 maja 2011 roku do redakcji naszego Biuletynu na adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl). Kontakt: Agnieszka Wypych – (042) 633 22 48

#### **Regulamin konkursu**

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą podpisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przesłać do 31 maja 2011 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 30 czerwca 2011 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
  - a) pierwsze miejsce: 750 zł,
  - b) drugie miejsce: 500 zł,
  - c) trzecie miejsce: 300 zł.
9. Prace wskazane przez Komisję Konkursową zostaną opublikowane na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich od 4 do 10 miejsca losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

Redakcja Biuletynu

# Jesteśmy różni, czyli religie widziane przez pryzmat praw pacjenta

W dziejach ludzkości ogromną rolę spełniały i spełniają religie. Kształtowały one i nadal kształtują świadomość ludzi oraz ich postawy życiowe. Różnią się ilością wyznawców i wielkością pełnionych przez siebie ról. Do najważniejszych religii wyznawanych we współczesnym świecie należą: chrześcijaństwo, hinduizm, judaizm, buddyzm i islam.

Konieczność przestrzegania praw pacjenta przez wszystkich pracowników ochrony zdrowia znajduje uzasadnienie nie tylko w międzynarodowych standardach praw człowieka; jest także warunkiem skutecznego działania systemu ochrony zdrowia. Światowe doświadczenia wykazują bowiem, że efekty leczenia lub działań profilaktycznych są lepsze, gdy pacjenci są traktowani podmiotowo i świadomie uczestniczą w tych procesach.

Poszanowanie godności osób korzystających z usług systemu ochrony zdrowia jest obowiązkiem wszystkich pracowników. Powinni się oni odnosić z jednakowym szacunkiem do każdej osoby, niezależnie od jej płci, wieku, statusu społecznego, stanu cywilnego, wykształcenia, koloru skóry, rasy, choroby, orientacji seksualnej, poglądów a także stylu życia. Działania powinny służyć dobru pacjenta, a udzielane porady powinny być bezstronne i umożliwiać pacjentowi podjęcie najlepszej we własnym odczuciu decyzji. Pracownicy nie powinni ingerować w prywatne sprawy pacjentów i osądzać ich wyborów.

Problematyka wolności sumienia i wyznania (religii) jest uregulowana w Polsce przede wszystkim w Konstytucji, która na określenie swobody w sprawach religijnych posługuje się głównie terminem: wolność sumienia i religii, a ponadto określeniem wolność sumienia wyznania. Wolność sumienia i religii jest osobistą wolnością każdego człowieka. Konstytucja jedynie deklaruje wolność sumienia i religii, a nie ustanawia jej. Wolność ta nie pochodzi z nadania państwa, czy jakiegokolwiek władzy publicznej, jej źródłem jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka. Wspomniana godność według Konstytucji jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Zasada respektowania wolności sumienia i wyznania wymaga, by szpital zapewnił pacjentom – w zależności od ich potrzeb – warunki do praktyk religijnych, ale też całkowitą wolność od tych praktyk.

Na świecie obowiązuje około trzydziestu wierzeń, w tym prawie siedemdziesiąt jego odłamów. Najstarsze ślady religii wiążą się z animizmem, który zakłada, że wszystkie zwierzęta, rośliny i minerały posiadają dusze naszych przodków.

Obecnie jednak, religia w aspekcie socjologicznym, często rozumiana bywa jako źródło konfliktów prowadzących do nietolerancji. Dzieje się tak dlatego, że każdy z nas pragnie czuć się wyjątkowy w swym wierzeniu. W tym celu umacnia istnienie swojej religii poprzez kult i tradycję.



**Judaizm** jest najstarszą religią monoteistyczną. Wierni rozsiani są po całym świecie, a w szczególności w Izraelu i Stanach Zjednoczonych. Do najważniejszych zasad żydowskich należy przestrzeganie Tory.

Religia judaistyczna związana jest bezpośrednio ze stylem życia Żydów. Mężczyźni noszą białe koszule bez krawata oraz jarmułki, które zakładają w synagogach. Kobiety przywdziewają stroje czarnego koloru, zaś ich obowiązkowym dodatkiem jest chusta na głowie. Kuchnia żydowska nazywana jest „koszerną”, a ortodoksyjni Żydzi nigdy nie łączą potraw mlecznych z mięsnymi.

Żydowski mężczyzna musi trzy razy dziennie odprawiać modły. Kobieta nie musi spełniać tego wymogu, ponieważ zakłada się, że i tak ma rano dużo obowiązków.

Rytuály związane z przyjęciem na świat chłopca będą się oczywiście różniły do tych związanych z przyjęciem dziewczynki. W przypadku chłopca obowiązują rytuały zapisane w Torze. Abraham został obrzezany, więc każdy chłopczyk ósmego dnia także zostaje obrzezany. Dziewczynkom nie towarzyszą takie bolesne rytuały, ponieważ one od początku zostają przeznaczone do innego życia.



Do trzeciego roku życia dzieci wychowują się razem, potem chłopcom obcina się włosy i posyła się ich do Chaderu czyli szkoły religijnej. Dziewczynki pozostają przy matce i wdrażają się w obowiązki domowe. Uczy się je jak prowadzić dom koszerny, jak przygotowywać posiłki i jakie rytuały należy odprawiać.

W Torze zabronione jest jedynie spożywanie krwi. Nie koszerność krwi oznacza, że nie wolno jeść ani jej ani żadnych produktów i potraw, których krew jest składnikiem. Nie ma to absolutnie nic wspólnego z transfuzją krwi. Wszystkie zasady koszerności odnoszą się wyłącznie do jedzenia. Księga Kapłańska zawiera takie słowa Boga: „Przestrzegajcie Moich bezwzględnych nakazów i Moich praw, które człowiek będzie wykonywał i będzie żył dzięki nim”, co rabini interpretowali jako: „Będziesz żył dzięki nim, a nie umierał przez nie”.

Właśnie dlatego wszystkie prawa Tory, wszystkie nakazy i zakazy Boga, z wyjątkiem trzech, ulegają zawieszaniu wówczas, gdy zagrożone jest życie człowieka. Życie jest więc w judaizmie ogromną wartością, a ratowanie życia ludzkiego podstawowym obowiązkiem.

Transfuzja krwi nie tylko jest więc dozwolona, ale wręcz nakazana przez żydowskie prawo religijne, wtedy, gdy służy ratowaniu ludzkiego życia. Natomiast transplantacja organów jest dozwolona, nawet zalecana, ale nie jest nakazana, zwłaszcza gdy pojawia się problem niebezpieczeństwa dla życia dawcy.

Prawo religijne zajmuje się szczegółowo zagadnieniami etycznymi związanymi z transfuzją i transplantacją od żyjących dawców. Rozważane są najczęściej następujące problemy: niebezpieczeństwo dla dawcy, zmuszanie kogoś do bycia dawcą, sprzedaż własnych organów i krwi, wykorzystywanie dawcy, który z punktu widzenia prawa nie jest zdolny do podejmowania decyzji.

W żydowskich tekstach prawa religijnego istnieją setki wypowiedzi

i opinii na temat przeszczepów. Rozważane są – ze względu na ich konsekwencje etyczne – niezliczone sytuacje życiowe. Ogólna zasada jest jednak taka: ratowanie ludzkiego życia jest nakazane, ale nie za cenę odebrania, ani prawdopodobnego narażenia życia człowieka ratującego.

Judaizm dopuszcza aborcję w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki, zarówno gdy zagrożeniem jest sama ciąża, jak i w przypadku, jeśli poważnym ryzykiem obarczony jest ewentualny poród. Więcej nawet – w takich sytuacjach, zdaniem wielu rabinów, aborcja jest nie tylko dopuszczalna, ale zalecana gdy występuje zagrożenie życia lub zdrowia.

W przypadku takiego zagrożenia płód określany jest jako „rodef” czyli ten, kto ściga z zamiarem zaatakowania lub zabicia. Oczywiście to odrobinę naciągane, bo płód nikogo nie ściga. Może jednak stanowić, poprzez samo swoje istnienie, przyczynę poważnego i realnego zagrożenia dla życia i zdrowia. W takich okolicznościach zdrowie matki ma pierwszeństwo. Płód, dopóki nie opuści ciała matki w drodze porodu (a dokładnie – większość ciała dziecka lub jego głowa), nie jest traktowany przez prawo religijne jako w pełni niezależny i w pełni ukształtowany człowiek.

Biorąc pod uwagę życie i zdrowie matki rabini rozważają również czynniki psychologiczne, nie tylko stricte fizyczne. W szczegółach rabini się tutaj różnią, ale wszyscy zgadzają się na przykład co do tego, że aborcja jest dopuszczalna w przypadku, gdyby ciąża i poród miały doprowadzić matkę do stanu samobójczego. Czynniki psychiczne są szczególnie istotne w przypadku ciąży pochodzącej z gwałtu. Większość rabinów zgadza się, że jeśli urodzenie dziecka poczętego w wyniku gwałtu, stanowi dla matki rzecz straszną, to ma ona podstawy do usunięcia ciąży.

Upośledzenie płodu zdaniem niektórych rabinów nie stanowi dostatecznego uzasadnienia dla aborcji. Zdaniem innych można w takich oko-

licznościach usunąć ciążę do trzeciego trymestru oraz do siódmego miesiąca, jeśli stopień deformacji płodu jest taki, że dziecko umrze po urodzeniu. W sensie prawnym w judaizmie aborcja niekoniecznie kwalifikuje się jako morderstwo. Kodeks halachiczny przewiduje karę dla człowieka, który poprzez uderzenie kobiety w ciążę spowodował poronienie. W samej Torze zaś za spowodowanie poronienia przewidywana jest rekompensata pieniężna, co wskazuje na to, że aborcja morderstwem nie jest. Tora bowiem stwierdza jednoznacznie, że za mord rekompensaty finansowej przyjąć ani żądać nie wolno. Tak się sprawa ma w zasadniczym zarysie. Każda religijna kobieta rozważająca aborcję musi skonsultować się ze swoim rabinem, rabin z innymi rabinami, z lekarzami etc.



**Chrześcijaństwo** to wiara, której liczba wyznawców stanowi około 30 procent ludności świata. Dzisiaj wyróżnia się trzy najważniejsze nurty chrześcijaństwa: katolicyzm, prawosławie oraz protestantyzm i anglikanizm.

Wśród kościołów protestanckich jednym z największych, bo liczącym około 100 milionów wiernych, jest Kościół Chrześcijan Baptystów. Chrześcijanie wyznania baptystycznego kwestionują chrzest niemowląt jako praktykę nie posiadającą oparcia w Biblii. W ich przekonaniu chrzest, aby nie był czczym rytuałem, musi być udzielany człowiekowi świadomemu jego znaczenia, który usłyszał Ewangelię. Chrzest udzielany jest w formie nowotestamentowej, czyli przez zanurzenie całego ciała w wodzie.

Kościół ten w Polsce uznaje prawo małżonków do planowania rodziny według własnego sumienia, dopuszczając stosowanie zarówno metod

naturalnych jak i środków antykoncepcyjnych – z wyjątkiem tych, które powodują wczesne poronienie, a aborcję uznaje za grzech będący złamaniem przykazania „nie zabijaj”.

Chrzest wiary według zasad baptystów uznaje i praktykuje również Kościół Zielonoświątkowy.

**Romowie (Cyganie)** to nie terytorialny naród lub grupa etniczna, bardzo zróżnicowana pod względem językowym oraz kulturowym pochodzenia indyjskiego, której członkowie stanowią diasporę. Czynnikiem wspólnym dla większości tradycyjnych grup jest przestrzeganie zwyczajów wynikających z subiektywnego rozumienia zasad rromskiej kultury zwanej *romanipen*. Składają się nań wszystkie zwyczajowe prawa, tabu oraz sankcje grożące za ich złamanie. Poza uznawaniem zasad *romanipen* oraz posłuszeństwem wobec starszych jedną z głównych wartości kultury rromskiej są związki rodzinne. Bardzo uroczyste świętuje się więc różnego rodzaju okazje związane z przyjściem na świat nowego członka społeczności, ślubami oraz śmiercią. Mniejsze znaczenie mają doroczne uroczystości, przypadające z okazji powszechnych świąt religijnych.

Romowie nie mają swojej tradycji religijnej, ani tym bardziej doktryny. Przyjmują najczęściej tę, która jest dominująca lub jedynie dozwolona w kraju ich pobytu.

Sz szczególnie pilnie respektowanym jest tzw. skalanie porodowe polegające na tym, iż w porodzie nie może uczestniczyć mężczyzna. Dzieci wyposażane są w amulety i talizmany (najczęściej woreczek z zieleń i żelazem), które mają zapewnić szczęście i odpędzać nieszczęścia wynikające m.in. ze „złego spojrzenia”.

Okolo 6 milionów osób w ponad 230 krajach głosi dobrą nowinę o mesjańskim **Królestwie Jehowy**. Ogromną wagę przykładają do tego, żeby ich przekonania były całkowicie zgodne z naukami Pisma Święte-

go, a nie ludzkimi spekulacjami lub wyznaniem wiary zakorzenionymi w tradycji religijnej.

Świadkowie Jehowy odmawiają zgody na transfuzję krwi, gdyż są przekonani, że ich religia zabrania im przyjmowania do organizmu krwi i jej produktów. Dokładniejsza interpretacja zasad tej religii sugeruje, że nie chodzi tu wcale o krew w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz raczej o konieczność wyrażenia szacunku dla osobistej, nienaruszalnej własności Boga, za jaką krew się tam uważa. Potwierdzenie tego stanowi na przykład fakt, iż świadkowie Jehowy nie mają zakazu spożywania mięsa, które oczywiście zawiera w sobie jakąś ilość krwi. Ważne jest, by krew z zabitego zwierzęcia została po jego zabiciu spuszczone, co zdaniem wyznawców tej religii czyni zadość wymogowi okazania Bogu należnego mu respektu.

Kierując się głębokimi przekonaniami religijnymi, odmawiają zatem przyjmowania zarówno cudzej, jak też własnej pełnej krwi, krwinek czerwonych, białych i płytek krwi.

Poglądy religijne Świadców nie wykluczają jednak całkowicie używania takich komponentów, jak albuminy, immunoglobuliny i czynniki krzepnięcia krwi. Każdy Świadek musi sam zdecydować, czy zechce je przyjąć. Wielu z nich wyraża zgodę na zastosowanie płuco-serca, sztucznej nerki lub innej aparatury tego rodzaju, jeżeli do jej rozruchu użyje się płynu nie krwiopochodnego i nie przerwie krążenia pozaustrojowego.

Świadkowie wierzą, że krew po opuszczeniu organizmu musi być usunięta i dlatego nie wyrażają również zgody na przetaczanie krwi własnej oddawanej wcześniej na przechowanie.

Personel medyczny nie potrzebuje się obawiać konsekwencji prawnych, ponieważ Świadkowie Jehowy podejmują odpowiednie kroki, aby wziąć na siebie odpowiedzialność za skutki wynikające z odmowy przyjęcia krwi.



**Islam** jest drugą, co do liczby wyznań, wiarą. Religia ta praktykowana przede wszystkim w Afryce i Azji. Islam oznacza: całkowite poddanie się woli Boga i zaakceptowanie jego przykazań zawartych w Koranie, pokój i równowagę umysłów i pokój między narodami, zdrowy, umiarkowany i zrównoważony styl życia, bez zbytku i nadużywania. Powinnością wyznawców tej religii jest modlitwa o wyznaczonych porach (5 razy dziennie) i zgodnie z rytuałem.

Jednym z najważniejszych islamskich świąt jest *Ramadan* – okres muzułmańskiego postu, w czasie którego wszyscy, od wschodu do zachodu, wspólnie odmawiają sobie jedzenia i picia. Dla muzułmanów śmierć jest częścią życia i stanowi przejście do rzeczywistości pozaziemskiej. Osoba umierająca nie może zostać sama. W ostatnich momentach życia należy jej twarz zwrócić w kierunku Mekki i powtarzać muzułmańskie wyznanie wiary. Natychmiast po śmierci następuje rytualne obmycie zwłok, którego dokonują najbliżsi (kobietę – kobiety, mężczyznę – mężczyźni). Następnie ciało owija się w białe płótno jako znak całkowitego oddania Bogu.

Islam zaleca swym wyznawcom harmonijny porządek życia. W osiągnięciu wewnętrznej równowagi i pokoju ma im pomóc wiara. Całkowite posłuszeństwo i oddanie się Bogu jest dla muzułmanów również sposobem na pokonywanie życiowych trudności. Zgodnie z przesłaniem koranicznym, zdrowym – zarówno w wymiarze cielesnym, jak i duchowym – jest wierzący muzułmanin, natomiast chorzy Koran nazywa niewierzącymi i politeistami.

Oprócz ogólnych uwag na temat stanu zdrowia i choroby, Koran formułuje również konkretne przepisy

dotyczące spożywania pokarmów i zachowania higieny. Do dziś uznaje się je za podstawę islamskiego wychowania zdrowotnego.

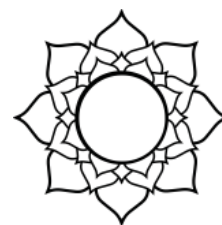
Wielką wagę Koran przywiązuje do wypełniania religijnych obowiązków, które wpływają na stan ducha, od którego z kolei zależy zdrowie fizyczne. Regularna modlitwa rytualna odgrywa w tym procesie ogromną rolę, ponieważ „przez wspomnianie Boga uspokajają się ich serca”. Wykonywanie obowiązków powinno przyczynić się do oczyszczenia człowieka z wszelkich pragnień i doprowadzić go do wewnętrznego zadowolenia. Poza tym ich wypełnianie uwalnia ze stresu, zniewoleń i innych zagrożeń. Podczas choroby, bólu albo przy wykonywaniu niebezpiecznych zawodów muzułmaninowi wolno pominać pewne obowiązki związane z kultem. Na przykład pościć mogą tylko zdrowi muzułmanie. Diabetycy powinni zasięgnąć opinii lekarza, czy post – przy jednoczesnej rezygnacji z przyjmowanych leków – nie będzie miał negatywnego wpływu na ich stan zdrowia.

Wyznawcom islamu zaleca się cierpliwe znoszenie trudności życiowych i nieuleczalnych chorób, w których powinni oni dostrzec możliwość odpokutowania za popełnione winy, a przez to – osiągnięcia życia wiecznego. W żadnej sytuacji muzułmaninowi nie wolno samowolnie rezygnować z leczenia. Zasada islamskiej etyki głosi, że każdy, kto znalazł się w trudnej sytuacji z powodu choroby, wieku czy wypadku, może liczyć na wsparcie wspólnoty. Koran nawołuje, aby rodziny zatroszczyły się o swoich niepełnosprawnych członków.

Wobec aktualnych problemów medycznych i nowych zjawisk muzułmanie zajmują następujące stanowiska: zdecydowanie odrzucają eutanazję i potępiają samobójstwa – także te, które popełniają islamscy ekstremiści; dopuszczają transfuzję krwi, AIDS uznają za chorobę typowo zachodnią, której przyczyną tkwią w swobodzie i rozwiązłości seksualnej.

Muzułmanie różnią się w kwestii inżynierii genetycznej. Jej zwolennicy powołują się na koraniczne przesłanie, mówiące o powierzeniu człowiekowi odpowiedzialności za całe stworzenie. Ten jednak powinien znać granice zmian, które zamierza dokonać w Bożym dziele stworzenia. Przede wszystkim musi być świadom zła, które może z tego wynikać. Przy stosowaniu inżynierii genetycznej przywołuje się często słowa Proroka: „Bóg stworzył medycynę na każdą chorobę, z wyjątkiem starzenia się”.

Przeszczep organów jest dozwolony, pod warunkiem, że pozostaje jedynym sposobem leczenia, a usunięcie organu nie wpłynie na stan zdrowia dawcy. Ofiarowanie organów musi odbyć się na zasadzie pełnej dobrowolności, jednak dawcą nie może być osoba skazana na śmierć. Za sprzeczny z godnością człowieka uznawany jest handel organami. Na uwagę zasługuje fakt, że większość islamskich teologów wyraża zgodę na zaszczepienie człowiekowi zastawki serca powstałej wskutek manipulacji genami świńskimi i ludzkimi, mimo iż wieprzowina uważana jest przez muzułmanów za mięso nieczyste. Muzułmanie dopuszczają terapię hormonalną, natomiast negatywnie podchodzą do terapii zarodkowej. Uczonych muzułmańskich dzieli również stosunek do klonowania. Tradycyjne kręgi uznają za niedopuszczalne klonowanie całego człowieka, natomiast nie negują klonowania pojedynczych organów, ponieważ te nie są zdolne do samodzielnego życia. W 2003 roku szerokim echem odbiła się opinia prawna (fatwa), którą dla egipskiego ministerstwa sprawiedliwości przygotował mufti Ahmad at-Tajjib. Jego zdaniem klonowanie terapeutyczne jest zgodne z zasadami prawa muzułmańskiego, natomiast nie dopuszcza ono klonowania reprodukcyjnego. Niemalże w tym samym czasie rektor uniwersytetu Al-Azhar w Kairze ogłosił klonowanie za dopuszczalne pod warunkiem, że nie dotyczy ono *creatio ex nihilo*, które zarezerwowane jest dla samego Boga.



Wyznawcy **buddyzmu i hinduizmu** kierują się indywidualnym światopoglądem, a życie doczesne stanowi dla nich jedynie etap przejściowy, ku wyższym wartościom.

Buddyzm jest religią pozytywnego myślenia. Naucza o nietrwałości wszystkich rzeczy, dlatego utratę bliskich powinno się zaakceptować, a nie rozpamiętywać przez lata.

Gdy sumienie pacjenta i sumienie pracownika ochrony zdrowia nakazują obydwu postępowanie odmienne, pracownik powinien być świadom, że ofiarowując choremu dar w jego przekonaniu najcenniejszy – dar życia, może mu odebrać to, co dlań jest wielekroć cenniejsze – poczucie więzi religijnej, rodzinnej, poczucie własnej godności i nadziei na szczęśliwe życie wieczne. Niezależnie od przepisów prawa wybór ten musi być wyborem sumienia.

**Życie jest wartością najwyższą; śmierć jest jego nieodłączną częścią.** Z zasady godności życia wynika więc prawo do przeżywania jego ostatniego etapu w takiej samej godności. W ostatnich dniach swojego ziemskiego życia papież Jan Paweł II dał temu świadectwo.

W wielu krajach naszego globu mamy do czynienia z próbami czy dyskusjami na temat wprowadzenia eutanazji do praw poszczególnych krajów. Argumentem stanowiącym podstawę dyskusji o eutanazji jest pojęcie wolności, jak i zagadnienie cierpienia. Człowiek, który nie znajduje wokół siebie żadnych ogólnych prawd ani wartości i z góry nie uznaje żadnej etyki ogólnej, która by zastrzegła jak ma żyć, jest pozostawiony swojemu wyborowi. Oznacza to, że człowiek jest wolny, czy tego chce, czy nie; osoba ludzka jest skazana na to,

by być wolną. Jest to jej trudna i ciężka konieczność. Etyka, której źródła tkwią w chrześcijaństwie w pewnych wypadkach dopuszcza zadanie śmierci komuś innemu (obrona ojczyzny, obrona konieczna), nigdy jednak nie dopuszcza śmierci zadanej samemu sobie. Religijnie uzasadnione jest to tym, że jeśli zadaje się komuś śmierć, sąd nad osobą dopuszczającą się tego czynu pozostawiamy Bogu, jeśli natomiast śmierć zadajemy sobie – wydajemy na siebie tym samym wyrok potępienia.

Główne religie świata zakładają, że eutanazja jest niedopuszczalna i traktowana jak naruszenie praw boskich. Kościół katolicki sprzeciwia się eutanazji, potępiając samobójstwo i każdą formę zabicia człowieka. Katechizm Kościoła katolickiego mówi, że działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i poszanowaniem Boga. Kościół uznaje natomiast za uprawnione zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów.

Papież Jan Paweł II w encyklice „*Evangelium vitae*” stwierdza o eutanazji, że to, co mogłoby wydawać się logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie. Papież nazywa problem eutanazji jednym z najbardziej niepokojących objawów kultury śmierci, szerzących się w społeczeństwach dobrobytu. Najwyższy autorytet Kościoła katolickiego stwierdza, że eutanazja jest zbrodnią, na którą ludzka ustawa nie może przyzwalać. Stanowisko teologów protestanckich wobec eutanazji nie jest jednoznaczne. Niektórzy z nich uzasadniają jej stosowanie przykazaniem miłości bliźniego. W judaizmie życie ludzkie ma wartość absolutną, jest święte, nietykalne i stanowi dar Boga. Uważa się, że przyszłość człowieka zależy tylko od Boga, lekarz zatem nie ma prawa decydować o śmierci pacjenta. Ten, kto wydawałby bezapelacyjne wyroki, stawia się na równi z Bogiem, a taka postawa w religii żydowskiej jest uznawana za grzech i zbrodnię. Wyznawcy islamu wierzą, że człowiek nie może decydować o śmierci własnej lub drugiej osoby, nawet w wypadku ciężkiej i nieuleczalnej choroby. Uważa się, że – ze wzglę-

du na upośledzenie fizyczne pacjenta – nie należy brać pod uwagę jego stanu psychicznego w sytuacji, gdy żąda eutanazji. W etyce buddyjskiej unicestwienie życia, zarówno cudzego, jak i własnego, jest na pierwszym miejscu wśród negatywnych uczynków. Według myśli buddyjskiej, aby podjąć słuszną decyzję w tak trudnych sprawach, należy unikać ingerencji w celu przywracania życia, sprawiać ulgę w cierpieniach, nie nadużywać środków terapeutycznych, a jeśli nie można nic zrobić – należy pomóc w spokojnej śmierci, ponieważ myśli konającego mają istotne znaczenie dla jego continuum świadomości.

W wielu kulturach życia codziennego tłumaczy się, że wszystko co przydarza się człowiekowi, wyjaśnia się jako bezpośrednie oddziaływanie boskiego prawa, wszystko jest znakiem boskiego gniewu lub radości z postępowania człowieka. Człowiek wierzy po to, aby czuć się bezpieczny, karny i posiadać nadzieję na lepsze życie poza ziemne, że po śmierci spotka go nagroda i szczęście, jakiego nie doznał na ziemi. ■

Wykaz literatury u Autorki

W imieniu uczestniczek dwudziestej dziewiątej edycji kursu "Postępowanie w stanach zagrożenia życia", realizowanego na terenie WZZOZCLChPliR Szpitala w Łagiewnikach w terminie 26, 27 lutego, składamy serdeczne podziękowania, prowadzącym zajęcia pani mgr Iwonie Szymańskiej, oraz pani mgr Beacie Barwińskiej, za profesjonalny przekaz fachowej wiedzy teoretycznej, oraz umiejętności praktycznych, a także za wspaniałą atmosferę w czasie trwania kursu.

Pielęgniarka Przełożona Szpitala w Łagiewnikach mgr Teresa Dylikowska  
oraz kierownik kursu mgr Grażyna Kozak.

Przełożona wraz z pielęgniarkami i położnymi z Miejskiej Przychodni „Lecznicza” w Łodzi, które uczestniczyły w projekcie "Postępowanie w stanach zagrożenia życia" w dniach 18 -19.04.2011 roku współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego dziękują realizatorowi projektu – Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – za umożliwienie wzięcia udziału ww. projekcie. Dziękujemy kierownikowi kursu Pani Dorocie Adamskiej, paniom : Beacie Barwińskiej i Agnieszce Dominiak za wiadomości, które nam przekazały. Pani Marii Kowalskiej dziękujemy za nadzór nad projektem.

Przełożona, Pielęgniarki i Położne  
M.P. Lecznicza" w Łodzi

# Troskliwość kulturowa esencją nowoczesnego pielęgniarstwa

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

M. Leininger

Współczesna medycyna, w tym również pielęgniarstwo, ulegają bardzo szybkim przemianom rozwojowym, zarówno w zakresie wiedzy, edukacji jak i samej praktyki. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej spowodowało otwarcie granic na kraje Europy i innych kontynentów. Postępujące procesy globalizacji, migracji ludności „za lepszą pracą”, rozwoju turystyki, doprowadziły do wzrostu w poszczególnych krajach – w tym również w Polsce – liczby mieszkańców o odmiennych kulturach, religiach i przekonaniach. Zjawiska te spowodowały nadmierny przyrost nie tylko nowych obywateli lecz również pacjentów „wielokulturowych”. Postawiło to przed pracownikami ochrony zdrowia, a szczególnie pielęgniarkami, nowe wyzwania. Sytuacja tej „wielokulturowości” wymaga bowiem innego postrzegania pacjenta – już nie tylko przez pryzmat jego potrzeb bio-psycho-społecznych i zdrowotnych – ale także pod kątem potrzeb duchowych, wyznaniowych i kulturowych. Kultura jest terminem wieloznacznym,

interpretowanym na różne sposoby. Definicje kultury bywają rozbieżnie lub nawet sprzecznie ze sobą, lecz większość zawiera w swojej treści ten sam sens.

Najbardziej popularną i zrozumiałą definicją kultury jest jej encyklopedyczne ujęcie: „Kultura (z łaciny *cultura* – uprawa, kształcenie), całokształt materialnego i duchowego dorobku ludzkości, a także ogół wartości, zasad i norm współżycia przyjętych przez dane zbiorowości; wszystko to, co powstaje dzięki pracy człowieka, co jest wytworem jego myśli i działalności. Kultura dzieli się na: materialną, której zakres pokrywa się z pojęciem cywilizacja, i duchową – ogół wytworów i osiągnięć z dziedziny sztuki, nauki, moralności, funkcjonujących w postaci np. dzieł artystycznych, wierzeń, obyczajów, a także uznanych wartości, takich jak: prawda, sprawiedliwość, wolność, równość” itp.”.

Krótko mówiąc, jest to ogół zasad, reguł i sposobów ludzkiego działania, wytworów ludzkiej pracy i twórczości stanowiący zbiorowy dorobek społeczeństw ludzkich.

Kultura reprezentuje sposób postrzegania, zachowania i oceny świata oraz dostarcza planu i tzw. „przewodnika”, służących do określenia wartości, przekonań i praktyk, włącznie z tymi, które odnoszą się do zdrowia i choroby.

Wzory kulturowe odnoszące się do zdrowia i choroby są częścią złożonego kompleksu wierzeń i wiedzy na temat przyczyn chorób a także symbolicznego znaczenia choroby. Świadomość istotnej roli, jaką odgrywa kultura

w utrzymaniu zdrowia i powstawaniu chorób – zarówno somatycznych jak i psychicznych – pozwala uczynić ważny krok w opracowaniu skutecznych metod prewencyjnych.

Sama myśl, że kultura może mieć ogromne znaczenie dla opieki nad chorym nie jest nowa. Na rolę środowiska socjokulturowego zwrócili uwagę prekursorzy pielęgniarstwa Hildegard Peplau i Betty Neuman (Poznańska, 2001). Jak pisała H. Peplau: „pielęgniarstwo jest bardzo ważnym międzyludzkim procesem terapeutycznym. Funkcjonuje on wraz z innymi ludzkimi procesami niezbędnymi w utrzymaniu zdrowia zarówno pojedynczych ludzi jak i ludzkich społeczności”. Betty Neuman opracowała koncepcyjny model systemowy. Ukazuje on jednostkę (pacjenta) holistycznie w jej wymiarze fizjologicznym, psychologicznym, socjokulturowym i rozwojowym.

Wzmianki o elemencie kultury pojawiają się również w rozważaniach prekursorzy pielęgniarstwa Florence Nightingale. Koncepcja pielęgniarstwa F. Nightingale jest koncepcją, którą cechuje ogromny humanizm i humanitaryzm. Według tej koncepcji: „pielęgniarstwo jest nie tylko powołaniem i służbą, lecz także nauką i sztuką o charakterze etycznym. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej człowiekowi w ujęciu holistycznym przyczynia się do rozwoju (doskonalenia) zarówno tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc, jak i jej samej”.

Jednak podwaliny pielęgniarstwa kulturowego rozpoczęły się w 1950

roku, wówczas kiedy to pielęgniarka – antropolog Madeleine M. Leininger dostrzegła potrzebę zmiany tradycyjnych monokulturowych norm i praktyk zawodowych w wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej opieki zdrowotnej. Będąc antropologiem pracowała i obserwowała wiele kultur i subkultur. Rezultatem tej pracy był rozwój struktury koncepcji transkulturowej opieki. Zręby swojej teorii Leininger ogłosiła w 1965 roku, tworząc i określając nowy obszar badań: pielęgniarstwo transkulturowe. Pierwszy kurs tego pielęgniarstwa do programu kształcenia został wprowadzony w 1966 roku na Uniwersytecie w Colorado. Leininger uznała bowiem, iż opieka, którą ma otrzymywać pacjent, powinna być jak najbardziej zbliżona do jego wartości kulturowych.

Podkreślała przy tym, iż „pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, iż będą zrozumiane i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby”.

Pielęgniarstwo transkulturowe (*transcultural nursing*) jest specjalnym działem pielęgniarstwa, zajmującym się badaniami porównawczymi oraz analizą różnych kultur, pod względem charakteru opieki pielęgniarskiej, przekonań i wzorów zachowań zdrowotnych. Leininger uważała, że żadna jednostka nie może być widziana i rozumiana bez brania pod uwagę jej korzeni społeczno-kulturowych, dlatego też pielęgniarka powinna być wrażliwa na krąg kulturowy pacjenta. Madeleine Leininger zdefiniowała kulturę jako wzorzec, według którego grupy ludzi żyją, odczuwają i myślą. Kultura zawiera także wszystkie sposoby radzenia sobie z problemami danej grupy, oferuje zatem zbiór gotowych rozwiązań życiowych problemów. Odzwierciedla się ona w języku, ubraniach, tradycjach oraz obyczajach, ponadto kultura to także dobra materialne i instytucje.

Pielęgniarstwo transkulturowe związane jest z modelami, które umożliwiają dokładną ocenę indywidualnych potrzeb i dostarczenie odpowiedniej opieki do pacjenta wywodzącego się z innej grupy kulturowej niż pielęgniarka.

Nazwa – transkulturowe – można rozpatrzeć na podstawie łacińskiego pochodzenie przedrostka *trans* – oznacza przez. Innymi słowami pielęgniarstwo przez kulturę lub też pielęgniarstwo w kulturach.

W jej założeniu są dwa podejścia do zabezpieczenia opieki w różnych kulturach: różnorodność i uniwersalność.

Celem pielęgniarstwa transkulturowego jest rozwinięcie wiedzy naukowej i humanistycznej, tak aby zapewnić:

- opiekę pielęgniarską specyficzną dla danej kultury
- opiekę kulturowo uniwersalną.

Opieka pielęgniarska specyficzna dla danej kultury odnosi się do konkretnych wartości, przekonań i wzorów zachowania, które są unikatowe lub specyficzne dla danej grupy i które nie są dzielone z członkami innych kultur.

Opieka kulturowo uniwersalna odnosi się do powszechnie dzielonych wartości oraz norm zachowania i sposobów życia wspólnych dla różnych kultur.

Leininger badała fenomen zapewnienia opieki i zachowań związanych z opieką w ponad stu kulturach na świecie. Efektem tych badań było opracowanie transkulturowej teorii pielęgniarstwa w postaci modelu „Wschodzącego słońca”. Wskazuje on drogi wiodące do zapewnienia kulturowo stosownej i kompetentnej opieki nad pacjentem, jego rodziną i grupą społeczną.

Jest on przedstawiony w postaci półkola podzielonego na siedem części przez promienie rozchodzące się od jego środka na zewnątrz jak promienie wschodzącego słońca.

Części te to:

- czynniki technologiczne,
- czynniki religijne i filozoficzne,

- czynniki rodzinne i społeczne,
- wartości kulturowe i styl życia,
- czynniki polityczne i prawne,
- czynniki ekonomiczne
- czynniki edukacyjne.

Leininger uważa, że czynniki te wpływają wzajemnie na siebie, a tym samym na sposób sprawowania opieki i praktyki pielęgniarskiej. Mają również wpływ na znajdujące się nad nimi i pod nimi poziomy. Na szczycie półkola znajduje się poziom pierwszy w postaci światopoglądu oraz podstawowych składowych struktury systemu kulturowego i społecznego. Pod półkolem znajdują się: poziom drugi (jednostki, rodziny, grupy, społeczności, i instytucje w różnych systemach opieki zdrowotnej, poziom trzeci (systemy opieki zdrowotnej) i poziom czwarty (decyzje i działania opieki pielęgniarskiej).

Teoria cech uniwersalnych i różnic kulturowych w opiece pielęgniarskiej sformułowana i wprowadzona w życie przeszło 40 lat temu przez Leininger, jest dzisiaj wyjątkowo na czasie. Nowe sposoby komunikacji, wojny, klęski żywiołowe, prześladowania i rozwój terroryzmu spowodowały, że świat stał się bardziej wielokulturowy.

Leininger znalazła wśród pielęgniarek ogromne zrozumienie dla swojej idei. Niektóre z pielęgniarek przyczyniły się do rozwoju wiedzy na temat pielęgniarstwa transkulturowego oraz pojęć z nim związanych. Bardzo przydatne może się okazać porównanie modelu Leininger z modelem Purnell.

Model Purnell może być wykorzystany przez każdy zespół profesjonalistów opieki zdrowotnej jako podstawa do planowania działania oraz oceny podjętych interwencji. Profesjonaliści ci mogą użyć również tego modelu po to, by zrozumieć własne kulturowe nastawienia, wyznawane wartości, stosowane praktyki i zachowania. Model kompetencji kulturowych został zaproponowany przez L. Purnell jako struktura organizująca, mająca na celu m.in.: łączenie głównych elementów

kultury, promowanie sprawowania opieki wrażliwej, kompetentnej i zgodnej kulturowo, dostarczenie podstaw do analizowania różnic kulturowych, umożliwienie spojrzenia na osobę, rodzinę, grupę i środowisko przez pryzmat unikatowych etnicznych i kulturowych zachowań oraz wierzeń.

Założenia, na których został oparty ten model są następujące:

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

Przy dużej wyobraźni graficznie model Purnell można by przedstawić w postaci koła z czterema obwodowo położonymi okręgami. Pierwszy okrąg reprezentował by społeczeństwo, drugi społeczność, trzeci rodzinę, a czwarty położony najbardziej dośrodkowo – osobę. Wnętrze tego okręgu podzielone byłoby na dwanaście części, przedstawiających dziedziny kulturowe, a samo centrum okręgu reprezentowało by nieznanne zjawiska, praktyki i cechy osoby lub grupy, której ma być świadczona opieka zdrowotna. Purnell uważa, że taki podział ma ogromne znaczenie dla globalnego

i holistycznego widzenia problemu opieki. Ciemne centrum okręgu może się rozrastać lub kurczyć w zależności od świadomości, wiedzy i umiejętności świadczeniodawców opieki, ich doświadczeń w pracy z osobami pochodzącymi z różnych kultur.

Na podstawie tak przedstawionego modelu kompetencji, Purnell stwierdza, iż kompetencja kulturowa jest procesem, a nie punktem końcowym. Proces ten postępuje od nieświadomej niekompetencji, przez świadomą niekompetencję i świadomą kompetencję aż do nieświadomej kompetencji.

Wśród polskich prekursorów pielęgniarstwa zainteresowanie pielęgniarstwem transkulturowym przejawiała Teresa Kulczyńska i Hanna Chrzanowska. Uważały, że pielęgniarstwo powinno być zorientowane na sferę biopsychospołeczną, kulturową i duchową człowieka. Bowiem brak kompetencji kulturowej u pracowników opieki zdrowotnej może prowadzić do kosztownych błędów, strat finansowych, ranienia uczuć innych osób, braku satysfakcji z jakości świadczonej opieki – a czasem nawet stawiania nieprawidłowych diagnoz mających tragiczne skutki. Natomiast u pielęgniarki bez kompetencji kulturowych, która wchodzi w kontakt z nieznaną kulturą – nowe inne zasady, wartości i zachowania mogą wywołać dezorientację, dyskomfort i strach, stając się przyczyną tzw. „szoku kulturowego”.

Pielęgniarki zatem winny być wyposażone w kompetencje kulturowe w dziedzinie:

- afektywnej, czyli przewyciężenie postawy etnocentrycznej (skłonność postrzegania ludzi przez pryzmat własnych filtrów kulturowych) i stereotypów jako uogólnionych wyobrażeń dotyczących innych osób – zwłaszcza ich cech psychicznych i osobowościowych, które utrwalają uprzedzenia i dyskryminację,
- kognitywnej, czyli poznanie wpływu kultury na zdrowie i chorobę, styl życia, ubiór, oraz przekonania

związane z profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem chorób,

- behawioralnej, czyli umiejętne komunikowanie się werbalne i pozawerbalne, uczestniczenie w zabiegach związanych z narodzinami i śmiercią, rytuałach i obrzędach.

Z przedstawionej wcześniej definicji kultury wynika, iż stanowi ona swego rodzaju program określający sposób myślenia, odczuwania i działania w społeczeństwie. Program ten jednak nie jest taki sam dla wszystkich kultur. Dzięki lepszemu zrozumieniu innej kultury nasze atrybucje dotyczące zachowań przedstawicieli innej kultury będą trafniejsze i bardziej empatyczne.

Wprowadzenie teorii pielęgniarstwa transkulturowego do praktyki pielęgniarstwa jest koniecznością. Niemożliwe jest poznanie wszystkich kulturowych przekonań pacjentów związanych ze zdrowiem i chorobą. Możliwe jest jednak opanowanie wiedzy i poznanie niektórych kulturowych wymiarów opieki nad pacjentami, z którymi kontakt jest najczęstszy. Pozwoli to na uniknięcie bezdusznego ujednolicania pacjentów i umocni terapeutyczne związki między pielęgniarką a pacjentem. W konsekwencji zwiększy to wzajemny szacunek wobec kultury drugiej osoby, uwrażliwi na potrzeby i wartości, wierzenia i przekonania. Umożliwi spełnienie oczekiwań osób należących do innych kultur. Na podstawie powyższych rozważań należy przyjąć, iż wdrożenie do praktyki pielęgniarstwa – pielęgniarstwa transkulturowego wpłynie na poprawę jakości opieki nad pacjentem, umożliwi rozwój pielęgniarstwa jako nauki i zawodu, zapewni pielęgniarsce skuteczną komunikację z osobami odmiennymi kulturowo a pacjentowi pozwoli uniknąć ostracyzmu (nieprzyjęcia lub wykluczenia przez otoczenie) i napiętnowania (stygmatyzacji). ■

Wykaz literatury u Autorki

# Pielęgniarska opieka kulturowa

Współczesne społeczeństwa europejskie nie są już jednorodnymi zbiorowościami, zarówno pod względem tożsamości, historii, aksjologii, ale również i kultury. Rozwój turystyki, nowych sposobów komunikacji, proces globalizacji, migracja ludności z innych krajów, a także możliwość podejmowania pracy przez pielęgniarki w innych krajach, powoduje, że muszą posiadać one wiedzę w zakresie postrzegania pacjenta nie tylko poprzez pryzmat jego zdrowotnych problemów, ale także w zakresie pozwalającym na poszanowanie wyznawanych przez pacjenta wartości moralnych, praktyk religijnych oraz wartości kulturowych.

Człowiek poprzez proces socjalizacji zapoznaje się z systemem kulturowym znaczeń, wartości, przekonań i wzorów rozwijających osobowość i specyficzny sposób widzenia świata. Kultura poznawana i przekazywana poprzez generacje może być rozpatrywana jako wzorzec, według którego grupy żyją, odczuwają i myślą. Kultura zawiera wszystkie sformułowane sposoby, jakimi grupy ludzi rozwiązują swoje problemy. Odzwierciedla się ona w języku, ubiorze, jedzeniu, tradycjach i obyczajach. Kultura to także materialne dobra i instytucje. Kultura niematerialna zawiera pewien system pojęć, ideologie i przekonania. Sposób dostosowywania się jednostek do zmian w środowisku z zachowanym poczuciem bezpieczeństwa ma także w pewnym sensie znaczenie kultury. Zdrowie, choroba,

zachowania zdrowotne, reakcja na chorobę, stosunek do osób chorych i niepełnosprawnych, obawy i lęki są rozumiane i wyrażane zależnie od kultury. Dlatego też żaden człowiek nie może być postrzegany i rozumiany bez brania pod uwagę jego społeczno-kulturowego pochodzenia.

Świadomość różnorodności kultur, religii i wynikających z nich zachowań, obyczajów, przyzwyczajzeń oraz sposobów patrzenia człowieka na problemy zdrowia, choroby, śmierci, opieki i pielęgnowania dała podstawę do wprowadzenia pojęcia pielęgniarstwa transkulturowego (kulturowej opieki pielęgniarstwie), którego celem jest zdobycie szerokiej wiedzy naukowej i humanistycznej, co pozwoli sprawować specyficzną dla danej kultury oraz kulturowo uniwersalną opiekę. Istotne jest bowiem, aby opieka, jaką otrzymuje pacjent, była jak najbardziej zbliżona do jego wartości kulturowych. Pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w taki sam sposób, jak oczekuje się, że będą rozumiane i respektowane jego fizyczne i psychiczne potrzeby. Celem tak pojmowanego pielęgniarstwa jest zmiana tradycyjnych monokulturowych, zawodowych norm i praktyki w wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej i humanistycznej opieki zdrowotnej.

Ludzie, aby przeżyć muszą zaspokajać swoje biologiczne oraz psychiczne potrzeby, to jednak sposoby, w jaki te potrzeby są zaspokajane, często bardzo różnią się od siebie. Zaspokojenie potrzeb jest związane

z procesem komunikacji interpersonalnej, jednak w wyniku odmienności procesu komunikowania może dojść do wielu nieporozumień. Dzięki lepszemu zrozumieniu innej kultury nasze atrybucje dotyczące zachowań przedstawicieli innej kultury mogą być trafniejsze.

Używanie kontaktu wzrokowego jest w większości kultur sposobem niewerbalnego kontaktu pacjenta z pielęgniarką, jednak poszczególne kultury mogą temu kontaktowi przypisać różne znaczenie. W kulturach dalekowschodnich normą w zachowaniu jest nieutrzymywanie bezpośredniego kontaktu wzrokowego z osobą nieznaną, obcą kulturowo lub odmiennej płci. Jeśli pielęgniarka nie zdaje sobie sprawy z tej normy kulturowej, może błędnie przypuszczać, że zachowanie pacjenta jest przejawem braku zainteresowania, oporu wobec pielęgnacji i leczenia, czy też nieuprzejmości. Należy się również spodziewać odmienności w formie i stylu przekazu informacji w różnych kulturach. Tak jak ekspresja mowy, śmiech, tak i milczenie jest warunkowane kulturowo. Na przykład Anglicy i Arabowie mogą używać milczenia jako oznaki poszanowania prywatności innych osób, podczas gdy Francuzi i Hiszpanie mogą interpretować je jako znak zgody, a u Azjatów służy ono do demonstrowania respektu wobec osób starszych. Literatura przedmiotu zwraca uwagę na fakt, że podczas choroby przyjęte kulturowe wzorce zachowań mogą przybrać różne formy – od agresji,



poprzez roszczenia, aż do biernego milczenia. I tak postawa charakteryzująca się narzekaniem podczas choroby jest typowa dla amerykańskich Żydów i Włochów, podczas gdy rdzenni Amerykanie czy Azjaci zachowują spokój podczas choroby i mogą nie oczekiwać zwracania uwagi na ich potrzeby, a osoby wyznania muzułmańskiego często, nawet z powodu błahych dolegliwości, lamentują, rozrywają ubranie i rozdrapują twarz.

Ważny w interakcji jest niewątpliwie również dystans przestrzenny, jaki utrzymują różne kultury. Amerykanie, Kanadyjczycy, Brytyjczycy, Niemcy wymagają więcej osobistej przestrzeni, podczas gdy Latynoamerykanie, Włosi, Hiszpanie czy Arabowie potrzebują go mniej. Z dystansem związany jest pośrednio kontakt fizyczny, na jaki przyzwalają osoby należące do różnych kultur. Dotyk jest jednym z najbardziej intymnych zmysłów służących do komunikowania się ludzi. E. T. Hall dzieli kultury świata na dwie części: na te, które tolerują kontakt fizyczny za pomocą dotyku, czyli kultury kontaktowe, i te, u których dotyk wzbudza podejrzliwość, czyli kultury niekontaktowe. Do kultur kontaktowych zalicza się kulturę arabską, w której normą jest dotyk w obrębie tej samej płci. Kultury kontaktowe występują także w Hiszpanii, Włoszech i Polsce, gdzie dotyk jest tolerowany zarówno w obrębie tej samej, jak i odmiennej płci. Kultury niekontaktowe to kraje Europy Północnej, Japonia, Chiny i inne kraje Dalekiego Wschodu. Pielęgniarka w pracy z ludźmi pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych powinna przyjąć więc postawę relatywizmu kulturowego, który zakłada poznanie i rozumienie innych kultur według ich właściwych wartości, ponieważ zdarza się, że to co pożądané i oczekiwane jako poprawne w jednej kulturze, jest naganne i odrzucane w innej. Strategia relatywizmu kulturowego pozwala uniknąć pomyłek i nieporozumień m.in. w zakresie komunikacji pozawerbalnej, w tym dotyku.

Trudności należy się spodziewać też w trakcie diagnostyki. Pielęgniarki mogą mieć trudności z rozpoznaniem objawów niektórych chorób, w tym żółtaczki, zakażenia i anemii, oraz sinicy i zaczerwienienia u czarnoskórych pacjentów. Osoby wyznające islam i pochodzące z niektórych grup etnicznych mogą nie zgodzić się na badanie *per rectum* przez osoby płci przeciwnej, a nawet osoby tej samej płci. W kulturze romskiej, zwłaszcza młodej kobiecie, podczas wizyty u lekarza zawsze towarzyszy druga kobieta, zwykle jest to matka, teściowa, ciotka, babka czy starsza siostra. Ma to zapewnić pacjentce bezpieczeństwo i sprawić, aby nie była posądzona o zatajenie informacji o stanie zdrowia. Tradycja romska zakazuje kobietom przebywać sam na sam z mężczyzną, nawet jeśli jest to lekarz, gdyż może to skutkować posądzeniem o zhańbienie. Dlatego zawsze należy dołożyć starań, aby podczas badania mogła być obecna druga Romka. W kulturze arabskiej dorosłe kobiety mogą preferować opiekę zdrowotną świadczoną przez kobiety lub odmówić badania przez mężczyznę.

Bardzo ważnym elementem kultury niematerialnej jest religia. Niezależnie od tego, czy jest to islam, chrześcijaństwo, judaizm, grekokatolicyzm, buddyzm czy jakiegokolwiek inne wyznanie, religia stanowi nieodłączną część ludzkiego doświadczenia, źródło wskazówek oraz zasad postępowania i myślenia w wielu dziedzinach życia, w tym także zachowań zdrowotnych. Większość religii nakazuje swoim wyznawcom dbanie o zdrowie. Wiele z nich ściśle precyzuje zasady dotyczące przepisów dietetycznych, zabiegów higienicznych związanych z obrzędami religijnymi, odpoczynku świątecznego oraz dbania o czystość ciała i czystość duchową. W wymiarze duchowym choroby zawiera się również stosunek chorego do Boga. W zmaganiu się z chorobą, zwłaszcza z tą o niepomyślnym rokowaniu, cierpieniem, bólem, wiara płynąca z posiadanych przekonań religijnych i duchowej więzi z Bogiem doda-

je człowiekowi poczucie spokoju i nadziei. Zadaniem pielęgniarki jest umożliwienie posiadania przez pacjentów symboli religijnych, możliwości sprawowania sakramentów i/lub obrzędów religijnych, kontaktu z duchownymi.

Sprawując opiekę nad pacjentami należącymi do różnych kultur, należy się spodziewać, że mogą oni nie akceptować pewnych metod leczenia. Pielęgniarki powinny pamiętać, że niektóre leki zawierają w swoim składzie alkohol, który jest wykluczony przez wiele religii. Również wieprzowa insulina może nie być akceptowana przez pacjentów muzułmańskich, a insulina wołowa przez pacjentów hinduskich, leki w otoczkach żelowych nie są natomiast przyjmowane przez Żydów. W niektórych wschodnich kulturach zabiegi i leki doodbytnicze stanowią temat tabu, a pacjent ma prawo do ich akceptacji lub odrzucenia. Pragnąc dochować posłuszeństwo Bogu, Świadkowie Jehowy wstrzymują się od przyjmowania krwi. W ich rozumieniu nie ma istotnej różnicy między przyjmowaniem krwi doustnie i dożylnie. Nie wyrażają zgody na transfuzję żadnego z podstawowych składników krwi. Jeśli chodzi o produkty otrzymane przez frakcjonowanie osocza i pochodzące z frakcji komórkowych, to każdy Świadek Jehowy indywidualnie decyduje o ich przyjęciu lub nieprzyjęciu. Z uwagi, że poszczególni pacjenci mogą zajmować w tej sprawie niejednakowe stanowisko, ważne jest zapoznanie się wcześniej z ich zdaniem w tej sprawie.

W przypadku opieki nad muzułmaninem należy się liczyć z możliwością wystąpienia trudności pielęgnacyjnych podczas unieruchomienia jego prawej ręki, ponieważ ręka lewa uważana jest za brudną. Należy też pamiętać, aby nie proponować pacjentowi niepełnosprawnemu, np. niedowidzącemu lub niewidzącemu, psa przewodnika, gdyż w kulturze muzułmańskiej pies należy do zwierząt pogardzanych, a rzeczy dotknięte lub

polizane przez niego stają się nieczyste. Toaletę pośmiertną pielęgniarka powinna ograniczyć do usunięcia drenów, cewników, zgłębników, kaniul dożylnych itp. oraz odłączenia aparatury i zabezpieczenia opatrunkami ran pooperacyjnych, a następnie stworzyć takie warunki, aby osoby z rodziny lub zaufane osoby tej samej płci co zmarły mogły dokonać obmycia oraz spowić ciało białym płótnem.

Opieka kompetentna i wrażliwa kulturowo to taka opieka, która m.in. jest dostosowana do potrzeb różnych religii, a osoby ją sprawujące rozumieją i szanują historię, tradycję, wierzenia i systemy wartości innych kultur. Pewne kulturowe systemy leczenia lub uzdrawiania mogą okazać się skuteczne, ponieważ pozostają w zgodzie ze światopoglądem charakterystycznym dla danej kultury. Na przykład obrzęd religijny może być bardziej skuteczną interwencją psychologiczną niż terapia behawioralno-poznawcza. Czasami też warto w terapii niektórych zaburzeń

psychicznych wykorzystać interwencje specyficzne kulturowo, a w terapii zaburzeń afektywnych, oprócz tradycyjnej psychoterapii koncentrującej się na osobie jako jednostce, terapię środowiskową. Może być ona pomocna w pracy z imigrantami i uchodźcami, którzy słabo znają kulturę swojej nowej ojczyzny i nie poszukują profesjonalnej pomocy, niechętnie korzystają z usług placówek ochrony zdrowia, zwłaszcza ochrony zdrowia psychicznego, choć niejednokrotnie powinni, gdyż wielu z nich cierpi z powodu syndromu stresu pourazowego, depresji czy zaburzeń lękowych.

Przemiany prowadzące od pielęgniarstwa instrumentalnego do holistycznego i transkulturowego uczą nas nie tylko traktowania pacjenta jako całości biopsychospołecznej, lecz również uwzględniania aspektu kulturowego i duchowego. Trendy społeczne sygnalizują, że XXI wiek przyniesie zwiększone zapotrzebowanie na pielęgniarki przygotowane do pracy

z ludźmi reprezentującymi różne kultury, władającymi innymi językami, postępującymi według innych zasad i norm, mającymi odmienne potrzeby zdrowotne. Pod adresem pielęgniarek kierowane będą coraz większe oczekiwania i żądania zapewnienia pomocy w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych człowieka lub grup ludzi, która oparta będzie na ogólnoswiatowej wizji opieki medycznej i pielęgniarstwa „ponad granicami”. Pielęgniarki powinny posiadać zatem kompetencje kulturowe w dziedzinie afektywnej, kognitywnej i behawioralnej. Niezbędne jest samokształcenie i doksztalcanie się, rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktów z przedstawicielami innych kultur i tolerancji w stosunku do pacjentów różnych narodowości i wyznań. Na kierownictwo placówek opieki zdrowotnej z kolei spada natomiast obowiązek szkoleń w tym zakresie. ■

Wykaz literatury u Auterek



**Centrum Edukacji ERUDIO**  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)  
 tel. 42 630 95 59, kom. 0-784 009 277  
 Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

**ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
 PRZEZ TELEFON  
 42 630 95 59  
 42 630 73 00  
 LUB PRZEZ INTERNET  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)**

## ZAPRASZAMY NA KURSY



### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi

### DOKSZAŁCAJĄCE DLA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

**PŁATNOŚĆ  
 ROZKŁADAMY NA  
 DOGODNE,  
 MIESIĘCZNE RATY**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
 ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

# Opieka niejedno ma imię

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

Horatio

Trzecia w nocy. Styczniowa, mroźna noc. Siódmą godzinę spędzam w izbie przyjęć jednego z łódzkich szpitali. Przyjechałam ze znajomą – czuje się źle od kilku dni, wymiotuje, ma bóle brzucha. Wezwane pogotowie bada tętnienie w jamie brzusznej. Włos jeży mi się na głowie – nikt nie mówi tego głośno, ale wszyscy to słyszą „tętniak aorty”? Diagnostyka trwa. Mam dużo czasu na to żeby zapytać samą siebie co tutaj robię? Z pacjentką nie jestem spokrewniona, znamy się raczej kiepsko, raptem od roku, łączą nas relacje bardziej zawodowe, niż towarzyskie. Chociaż może wydać się to dziwne, gdy się wie, że ona jest dziennikarką, ja pielęgniarką. Nie miała do kogo zadzwonić – zadzwoniła do mnie. 52-letnia jedynaczka, z rodziców jedynaków, z dalekim kuzynem w Warszawie. Sama z sobą i dla siebie. Sama w złym słowa tego znaczeniu... o ile może takie istnieć. Jeżeli wyląduje w szpitalu nawet bielezny na zmianę nie będzie miał jej kto przywieźć.

Różni nas wszystko, spojrzenie na świat, na drugiego człowieka. Ona ateistka, ja wierząca. Ja jem mięso, ona nie. Mnie gna do przodu, podróżuję po Polsce, bywam poza jej granicami – ona domatorka, w bamboszkach odsłuchująca nagrania Festiwalu

Chopinowskiego i własnych audycji. Dwa światy... Rodzi się zatem pytanie, czy można się porozumieć w sytuacji, w której mówimy o życiu i zdrowiu. Nawiązać dialog, nadawać na tej samej fali w poszukiwaniu wspólnego ozdrowieńczego języka. Wiemy przecież, że nasze zdrowie zależy od kilku czynników: stylu życia, uwarunkowań genetycznych, warunków środowiskowych, sprawności systemu opieki zdrowotnej. Czy rozmowa o nim nie byłaby zatem abstrakcją gdyby moja znajoma, hipotetycznie, była czarnoskórą Żydówką urodzoną na Grenlandii a wychowaną w Chinach. Czy potrafiłybyśmy porozumieć się w kwestii jej oczekiwań w stosunku do diagnostów, lekarzy, pielęgniarek? Czy jej oczekiwania co do sprawowanej nad nią opieki pokrywałyby się z tym, jak ją pojmują opiekę nad drugą osobą i jak według mnie powinna wyglądać samoopieka w jej wydaniu? Wydawać by się mogło, że nie ma nic prostszego niż zając się sobą samym. Zainicjować działania w celu utrzymania się przy życiu w zdrowiu i dobrej kondycji. A jednak naukowcy próbują nas przekonać, iż tak nie jest. Jakość podejmowanych przez nas działań samoopiekuńczych ma według nich zależeć od kilku czynników. A mianowicie: wieku, płci, wykształcenia, środowiska kulturowego, etnicznego, pełnionej roli. Wieki temu było tak prosto – zachowania opiekuńcze wiązały się z aktywnością seksualną, prokreacją, dążeniem do wychowania potomstwa oraz jego samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Pre-

historyczna opieka międzyludzka (jak czytamy w „Podstawach pielęgniarstwa” pod redakcją Ślusarskiej) to:

- dbałość rodziców o swoje potomstwo oraz innych osobników gatunku – dzieci, dorosłych, starych,
- szeroki zakres potrzeb zaspakajanych w ramach opieki: potrzeby biologiczne, bezpieczeństwa, zabawy, emocjonalne i akceptowanie obowiązków,
- zachowania oparte o instynkt i doświadczenie osobnicze, sukcesywnie zastępowane wyuczonymi czynnościami opiekuńczymi,
- ochrona przed zagrożeniami środowiskowymi poprzez zamieszkiwanie jaskiń, szałasów, okrywanie ciała skórą zwierzęcymi, częściami roślin, wykorzystywanie ognia, prostych narzędzi pozwalających na zdobywanie pożywienia,
- ograniczenie zakresu opieki możliwościami człowieka uwarunkowanymi poziomem jego rozwoju.

W związku z wielokulturowym rozwojem ludzkości, zmienia się wymiar opieki. Mamy zatem do czynienia z działalnością rozwijaną na bazie uczuć, a nie tylko przesłankach dotyczących chronienia życia, sformalizowaną działalnością opiekuńczą zamiast nieformalnej oraz działaniami wieloaspektowymi, wynikającymi z powinności moralnych i prawnych, a nie tylko dobrowolnych. Za Dąbrowskim opiekę określić możemy jako determinowaną następującymi czynnikami:

- niezdolnością (dziedziczną, wrodzoną, nabytą) do względnie sa-

modzielnego życia, samodzielnego zaspakajania potrzeb,

– koniecznością zachowania życia ludzkiego w wymiarze gatunkowym i jednostkowym, wszechstronnego rozwoju człowieka, w tym również potencjału genetycznego, zapewnienia bezpieczeństwa oraz optymalnego poziomu zdrowia,

– asymetrycznością opieki w zakresie relacji dawca/opiekujący – biorca/podopieczny.

Przychodzi zatem refleksja, iż w zaistniałej sytuacji jak najbardziej mamy do czynienia z opiekuńczością. Bezinteresownie, ja opiekun, zaspakajam potrzeby mojej znajomej, podopiecznej, w oparciu o relację opiekuńczą zachodzącą między nami oraz wynikające z ponoszenia odpowiedzialności przez opiekuna za biorcę opieki. Jeżeli uwzględnimy fakt, że jestem pielęgniarką, to moje przygotowanie zawodowe pozwala spojrzeć na podejmowane przeze mnie działania w aspekcie opieki profes-

sjonalnej. Posiadam przygotowanie i doświadczenie zawodowe, uprawnień formalne do opiekowania się drugim człowiekiem. Gdyby zaś odrzucić te kwestie nic przecież nie stoi na przeszkodzie, abym sprawowała opiekę nieprofesjonalną. Posiadam wiedzę i umiejętności praktyczne będące wynikiem wychowania, ukształtowania przez dom rodzinny, wynikiem przestrzegania norm społecznych, zwyczajów, obyczajów kulturowych, religijnych. Piątkowski podaje, iż działania opiekuńcze w zakresie opieki nieprofesjonalnej są podejmowane przez rodzinę, sąsiadów, przyjaciół, kolegów, wolontariuszy. Dla osoby patrzącej z boku mogą zatem być koleżanką, przyjaciółką, wolontariuszką.

Mój stosunek opiekuńczy, opiekuna do podopiecznego, odzwierciedlają zachowania i postawy, które wg Kotarbińskiego wyrażają:

– przychylność i życzliwość do podopiecznego,

– zdolność wczuwania się w sytuację drugiej osoby, rozumienia jej,

– cierpliwość wyrażaną w kontaktach z odbiorcą opieki,

– taktowność, będąca zdolnością do takiego sposobu obcowania z ludźmi, który nie prowadzi do konfliktów i urażania innych osób,

– respektowanie indywidualności podopiecznego, jego możliwości, potrzeb,

– skłonność do pomagania i dawania niezawodnego oparcia,

– odwagę i sprawiedliwość w chronieniu i byciu rzecznikiem spraw podopiecznego.

Odpowiadam zatem sama sobie – porozumiemy się. Znajdziemy wspólny język w kwestii zdrowia, choroby, opieki, bo otrzymuję od mojej znajomej jeden z najpiękniejszych darów – zaufanie. Ponad różniącymi nas poglądami, wychowaniem, zachowaniem wyciąga do mnie rękę prosząc o pomoc. A ja? Pomimo przytłaczającego zmęczenia i niepokoju czuję się wyróżniona. ■

Serdeczne podziękowania za troskliwą i profesjonalną opiekę – na ręce pana dra n. med. Marka Stempnia – Ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Szpitala ZOZ MSWiA w Łodzi – dla zespołu pielęgniarskiego kierowanego przez Elżbietę Gabryś – pielęgniarkę oddziałową – w składzie: Edyta Balcerczyk, Ewa Freier, Elżbieta Mazurkiewicz, Katarzyna Młynarczyk, Iwona Osiecka i Bożena Wojciechowska

składa  
Stanisława Lesiak-Sufflida

Serdeczne podziękowania dla całego zespołu Oddziału Urologii i Transplantologii Nerek WSS im. M. Pirogowa w Łodzi za pełen profesjonalizm w opiece podczas pobytu na oddziale Teścia Stanisława Wojtun

składa Justyna Wojtun z mężem

# Wielokulturowy wymiar eutanazji na przestrzeni dziejów i współcześnie

Termin eutanazja oznacza „dobrą śmierć” i wywodzi się od słów greckich *eu* – dobry, łagodny i *thanatos* – śmierć. Obecnie eutanazja rozumiana jest jako „zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia”.

Rozróżnia się: eutanazję czynną (śmierć jest spowodowana określonym działaniem) i bierną (śmierć następuje na skutek zaniechania terapii podtrzymującej życie) oraz eutanazję dobrowolną (kiedy występuje świadoma prośba o spowodowanie śmierci) i niedobrowolną (gdy chory nie jest w stanie wyrazić takiej prośby, np. jest nieprzytomny).

## Eutanazja w świetle historii

Już w najstarszych dziejach ludzkości odnaleźć można działania podejmowane na rzecz skracania życia ludzkiego.

W starożytnej Grecji, na wyspie Kos, „bezużytecznym” starcom, podawano napój z trucizną. W jednym z największych ośrodków cywilizacyjnych starożytnej Grecji – Sparcie, mieście w którym panował kult zdrowia i siły, pozbawiano życia „nieprzydatne” dzieci. Władza sprawowana przez zgromadzenie ludowe oceniała każde nowo narodzone dziecko i po dokładnym obejrzeniu, rada starców określała jego przydatność do życia. Zdrowym nadawano ziemię, a słabych i niepełnosprawnych zrzucano z góry Tajgos, skazując na śmierć.

W starożytnych Indiach, starców przyprowadzano nad brzeg Gangesu, wypełniano im usta mułem i wrzuca-

no do rzeki, traktując to jako święty rytuał kończący życie.

Także w kulturze starożytnego Rzymu obecne było pojęcie eutanazji. Swetoniusz w „Żywotach cesarów” – zbiorze biografii dwunastu cesarów, zawarł opis śmierci cesarza Oktawiana Augusta, który chciał umrzeć w spokoju, bezboleśnie, szybko a nade wszystkim świadomie, po uporządkowaniu ważnych spraw. W starożytnym Rzymie niepodzielną władzę nad rodziną sprawował ojciec. Jego potęgą obejmowała także życie nowo narodzonych dzieci. Prawo do dzieciobójstwa było częścią władzy ojca, gdyż dzieci należały do tzw. „własności domowych”. Zwykle przy życiu utrzymywano tylko jedną córkę, do wyjątków należała rodzina posiadająca dwie córki.

W kulturze Cesarstwa Rzymskiego cenione było zdrowie, siła, piękny wygląd. Modelowy Rzymianin był zdrowym wojownikiem z pięknie ukształtowanym ciałem.

Zdrowie było wartością istotną i godną pożądania. Co za tym idzie w Cesarstwie Rzymskim istniała tradycja odbierania sobie życia powszechnie nie praktykowana w obliczu życiowej katastrofy, jaką była na przykład nieuleczalna choroba. Takie podejście do zakańczania życia stało się tematem rozważań wielu starożytnych filozofów.

Platon (427-347 p.n.e.) dopuszczał dzieciobójstwo dla celów selekcji oraz kontroli liczebności idealnego państwa.

Według Arystotelesa (384-322 p.n.e.) „winno obowiązywać prawo, by nie wychowywać żadnego dziecka wykazującego kalectwo”. Seneka (54

rok p.n.e. - 39 rok n.e.) odnotował jako powszechny i uważany za właściwy zwyczaj uśmiercania i topienia „ułomnych i niekształtnych nowo narodzonych płodów oraz dzieci”.

Zdecydowanym przeciwnikiem eutanazji był Hipokrates (460-377 p.n.e.), starożytny lekarz, który w sformułowanej przez siebie przysiędze zabraniał skracania życia i stosowania aborcji. „Nikommu, nawet na żądanie, nie podam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.”

Negatywną ocenę eutanazji przyniosło chrześcijaństwo. Święty Augustyn z Hippony (354-430 r.) w swym dziele „O Państwie Bożym”, negatywnie ocenia każdą formę samobójstwa, oraz zabicie chorego, nawet kiedy o to prosi.

W XVI wieku Marcin Luter, niemiecki duchowny zalecał eutanazję dzieci cierpiących na poważne upośledzenia. Zniekształcone fizycznie dziecko uznawał za płód szatański a nie ludzki, stąd jego zabicie nie było morderstwem.

Wyrażenie „eutanazja” przyswoił także angielski filozof, jeden z najwybitniejszych przedstawicieli filozofii epoki Odrodzenia w XVII wieku – Francis Bacon. W swoim dziele „O godności i rozwoju nauki” wprowadził określenie „eutanazja zewnętrzna”, przez co rozumiał medycznie wspomaganą, łagodną i przyjemną rozstanie się z życiem w przypadkach choroby nie

rokującej nadziei na wyzdrowienie. Według jego teorii, do zadań lekarza oprócz leczenia należało też łagodzenie bólu zarówno prowadzące do wyzdrowienia jak i do lekkiego zgonu. Bacon był prekursorem użycia terminu eutanazja w sensie skracania życia nieuleczalnie chorym i cierpiącym.

W 1794 roku (XVIII wiek), znany profesor i doktor, Nicolaas Paradijs, podczas swojego przemówienia na Uniwersytecie w Lejdzie powiedział, że eutanazja powinna być w zakresie powinności lekarskich.

Problematyka eutanazyjna zaczęła być tematem szerzej poruszonym publicznie, po opublikowaniu przez Karola Darwina (1809–1882) dzieła „O pochodzeniu gatunków”, w którym wprowadził i propagował pojęcie naturalnej selekcji w odniesieniu do gatunków zwierząt oraz „selekcji sztucznej” wobec ludzi. Według Darwina słaby i chorowity człowiek był w społeczeństwach pierwotnych szybko eliminowany, natomiast współcześnie „wznosi się przytułki dla idiotów, kalek i chorych, ustanawia prawa chroniące biednych, a lekarze oferują swoje umiejętności, aby podtrzymywać życie chorych tak długo, jak to jest możliwe”.

W XIX wieku zwolennikami eutanazji byli także tacy filozofowie jak August Comte i Fryderyk Nietzsche. Nietzsche domagał się jej „dla chorych, którzy mają nieprzyzwoitość żyć długo, nikiemnie wegetują, zatraciwszy poczucie przyzwoitości”.

W 1920 roku profesor psychiatrii Alfred Hoche razem z profesorem prawa Karlem Bindingiem opublikowali pracę „Dopuszczalność niszczenia niegodnego życia”. W swym dziele zawarł treści mówiące o tym, że w pewnych sytuacjach lekarz powinien udzielać pomocy ludziom proszącym o zakończenie swojego życia. Autorzy uzasadniali, że pomoc przy umieraniu jest zgodna z etycznymi wzorcami i aktem podyktowanym współczuciem. Uważali również, że osoby znajdujące się w śpiączce i psychicznie chore, bez nadziei na

wyzdrowienie, powinny automatycznie podlegać eutanazji. Dzięki temu zyskałoby całe społeczeństwo, gdyż pieniądze dotąd używane na opiekę dla „bezwartościowego życia” można byłoby przeznaczyć dla ludzi zdrowych.

Szczególnie duży wpływ wywarła książka A. Hochego i K. Bindinga na wprowadzenie eutanazji w Trzeciej Rzeszy. W czerwcu 1939 roku Adolf Hitler, kierując się dobrem ekonomicznym społeczeństwa, zwrócił się do Philippa Bouhlera i dr. Karla Brandta o zorganizowanie masowej akcji zabijania psychicznie i fizycznie upośledzonych dzieci i dorosłych oraz pacjentów oddziałów psychiatrycznych, a także niezdolnych już do pracy lub chorych więźniów obozów koncentracyjnych. Akcja ta przeszła do historii jako „Akcja T-4”.

Doświadczenia II wojny światowej na długi czas zahamowały dyskusje na temat eutanazji.

## Eutanazja współcześnie

Pod koniec lat sześćdziesiątych temat eutanazji zaczęto rozważać ponownie. W Holandii w 1969 roku ukazała się broszura pt. „Medyczna potęga i medyczna etyka” napisana przez psychiatrę i filozofa Jana Hendrika van den Berga. W pracy tej, autor domagał się zaprzestania przez lekarzy niepotrzebnego przeciągania życia pacjenta i opowiadał się za tym, aby lekarze robili tylko to, co pacjent uważał za słuszne. Według niego zastosowanie „nowej etyki medycznej” dopuszczającej skracanie życia, uwolniłoby „ofiary medyczno-technicznej mocy” z ich cierpień.

Wielkim zwolennikiem eutanazji był Huib Drion, emerytowany sędzia Sądu Najwyższego Holandii. W swoim eseju pt. „Dobrowolna śmierć dla starych ludzi” (1991) wnioskował, że każdy kto skończy 75 lat powinien mieć prawo otrzymania pigułki, która pozwoliłaby zakończyć życie w humanitarny sposób i w czasie przez siebie wybranym. Hipotetyczna pigułka (na-

zwana pigułką Driona) miała składać się z dwóch tabletek, które miały być użyte z tygodniową przerwą. Dzięki temu starszy człowiek miałby czas na zastanowienie się nad swoją decyzją.

Ostatecznie w Holandii zalegalizowano eutanazję 10 kwietnia 2001 roku.

Senat holenderski zatwierdził propozycję ustawy o przerwaniu życia i pomocy przy samobójstwie. Jednak prawo zezwala na eutanazję tylko wówczas, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- cierpienie pacjenta jest nie do zniesienia, przy czym nie ma szans na polepszenie się stanu chorego

- żądanie przez pacjenta eutanazji musi być dobrowolne i powinno utrzymywać się przez z góry określony czas, nie może być spełnione, jeżeli osoba jest pod wpływem narkotyków, cierpi na zaburzenia psychiczne lub pozostaje pod wpływem innych osób

- pacjent musi mieć pełną świadomość swojego stanu zdrowia, rokowań i przysługujących mu praw
- konieczna jest konsultacja z co najmniej jednym niezależnym lekarzem, który musi potwierdzić stan zdrowia pacjenta i przesłanki, o których mowa powyżej

- eutanazja musi być dokonana w medycznie odpowiedni sposób przez lekarza lub pacjenta w obecności lekarza

- pacjent musi mieć co najmniej 12 lat (pacjenci w wieku od 12 do 16 lat muszą otrzymać zgodę rodziców).

Eutanazja jest zalegalizowana także w Albanii, Belgii, Luksemburgu, Japonii oraz amerykańskim stanie Oregon i Teksas.

Albania była pierwszym krajem w Europie, który zalegalizował eutanazję – w 1999 roku. Legalizuje ona eutanazję czynną, dokonywaną za zgodą pacjenta. Eutanazja bierna jest dopuszczalna po otrzymaniu zgody trzech członków rodziny osoby chorej.

W Belgii parlament przyjął ustawę legalizującą eutanazję we wrześniu 2002 roku. Według niej każdy świadomy dorosły i psychicznie cierpiący

z powodu nieuleczalnej choroby ma prawo poprosić o eutanazję. Prośba o skrócenie życia jest poddana kontroli i zatwierdzona przez trzech lekarzy, z których jeden musi być specjalistą w dziedzinie choroby, na którą cierpi osoba zwracająca się o skrócenie życia. Decyzja o eutanazji musi być dobrowolna, wyraźna, starannie rozważona i parokrotnie powtarzana, zaś cierpienie chorego musi być nie do zniesienia i bez żadnej szansy poprawy.

W Luksemburgu zalegalizowano eutanazję w marcu 2009 roku. Zgodnie z ustawą, decyzję o eutanazji może podjąć wyłącznie pacjent pod warunkiem, że jest ciężko i nieuleczalnie chory.

Szczególna forma dozwolonej eutanazji występuje w Szwajcarii, gdzie dozwolone jest przepisanie leku nasennego w śmiertelnej dawce, jednak chory musi go przyjąć samodzielnie.

W Polsce eutanazja czynna jest zabroniona. Osoba dokonująca eutanazji jest obecnie zagrożona karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Wyjątkowo sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Na uwagę zasługują badania opinii społecznej na temat eutanazji wyko-

nane w naszym kraju przez CBOS z października 2009 roku. Zdaniem blisko połowy Polaków (48 proc.) lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Jeśli chodzi o prawną regulację eutanazji, większość badanych (61 proc.) uważa, że w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, prawo powinno zezwalać, aby na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków.

Zwolennicy legalizacji eutanazji jako śmierci na życzenie to przede wszystkim osoby:

- w wieku od 18 do 24 lat (75 proc.),
  - mieszkańcy największych miast (74 proc.),
  - respondenci niepraktykujący religijnie (87 proc.)
- oraz deklarujący lewicowe poglądy polityczne (79 proc.).

Naprzeciw rozważaniom na temat stosowania eutanazji wychodzi młoda gałąź medycyny – opieka paliatywna, określana jako całościowa opieka nad chorymi, których choroba nie poddaje się leczeniu przyczynowemu,

obejmująca swym działaniem sferę somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową, dążąc do zapewnienia jak najwyższej jakości życia i umierania.

O opiece paliatywnej mówi się, iż jest alternatywą dla eutanazji. Oznacza to, że nawet jeśli chory na skutek cierpienia, negatywnych emocji czy też braku oparcia, wypowiada pragnienie śmierci, dobra opieka paliatywna sprawia, że chęć ta słabnie lub ustaje. Objęcie chorego holistyczną opieką, dostrzeżenie i rozwiązanie jego problemów oraz złagodzenie dolegliwości, powodują, że wola życia jest zachowana do końca a wartość życia jest postrzegana bardziej intensywnie niż kiedykolwiek.

Dowodem na to może być fakt, że od momentu powstania w Holandii ruchu hospicyjnego i utworzenia pierwszego hospicjum, 80 proc. osób, które poprosiły o eutanazję, po objęciu opieką paliatywną zmieniło zdanie.

Eutanazja jest zjawiskiem złożonym, kontrowersyjnym, trudnym do jednoznacznej oceny, wymaga rozważań etyczno-moralnych i prawnych. Jako problem medyczny posiada zwolenników i przeciwników. Jest zjawiskiem wymagającym głębokich przemyśleń i oceny we własnym sumieniu. ■

## Z żałobnej karty

„Nigdy już się nie spotkamy,  
Nie spojrzymy sobie w twarz,  
Nie poddamy sobie dłoni,  
Bo już nie ma Cię wśród nas”

W dniu 2 kwietnia 2011 roku odeszła, po długiej walce z chorobą, w wieku 46 lat

### ***BEATA BENDER-JABŁOŃSKA***

Zawsze uśmiechnięta, radosna, kochająca ludzi i życie.  
Serdecznością i życzliwością zjednywała Sobie wszystkich.

Beatko, żegnamy Cię pogrążeni w smutku i żalu. Będziesz zawsze w naszych sercach.

koleżanki i koledzy z Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi

Dziękujemy Zespołowi Hospicjum Domowego „Salve” oraz personelowi Oddziału Paliatywnego Szpitala im. Jana Bożego, za opiekę nad „naszą Beatką”.

Katolickie Stowarzyszenie  
Pielęgniarek i Położnych Polskich

Barbara Jagas

# U STÓP MATKI...

Maj – najpiękniejszy miesiąc,  
rozkwitu barwnych kwiatów,  
śpiewu ptaków i rozbrzmiewających  
Maryjnych pieśni...  
Cześć Maryi, cześć i chwała  
Pani naszej cześć,  
Śpiewaj, śpiewaj ziemio cała  
Hołd jej śpiesz się nieść...  
I podziękowanie za beatyfikację Jana  
Pawła II, który wołał Totus Tuus –  
Cały Twój Maryjo!  
Przynaglani Jego przykładam  
całkowitego zawierzenia się Matce  
Bożej pospieszny do Częstochowy  
by tam, u stóp Matki Jasnogórskiej  
uprosić za przyczyną nowo  
błogosławionego Ojca Świętego Jana  
Pawła II o potrzebne łaski dla nas  
i naszych bliskich.

Informacje:

W sobotę 21 maja o godz. 12.00  
z Placu Wolności odjedzie autokar  
z pracownikami służby zdrowia  
na coroczną pielgrzymkę do  
Częstochowy. Zgłoszenia należy  
kierować do Asystenta Kościelnego,  
ks. Pawła Sudowskiego pod  
nr telefonu (42) 630 15 60. Na  
pielgrzymkę zaprasza Duszpasterstwo  
Służby Zdrowia.

Barbara Jagas

członek Zarządu KSPiPP  
pielęgniarka  
Przychodnia nr 41 w Łodzi



## Etyka pielęgniarska

Feliks Chwalibóg  
Stefan Konstańczak  
Wydawnictwo Difin  
Warszawa 2010  
ISBN 978-83-7641-278-8

„Filozofia jest środkiem znieczulającym na cierpienia moralne;  
niestety, cena tego leku jest dla większości śmiertelników nieprzystępna”

Autor wskazuje, jak przeobrażenia współczesnych społeczeństw powodują, że problemy ochrony zdrowia dotychczas traktowane jako lokalne, nabierają znaczenia globalnego. Wszyscy ludzie są bowiem pacjentami, a system ochrony zdrowia ma wszechogarniający charakter, co osobom wykonującym zadania na jego rzecz daje wyjątkową władzę nad pozostałymi. Każda władza jednakże wiąże się z wielką odpowiedzialnością, którą społeczeństwo samo określa poprzez precyzowanie wymagań moralnych stawianych przed zawodami medycznymi. Społecznie pożądanym stanem jest taki, gdy z obowiązków społecznych osoba wykonująca dany zawód chce i potrafi wywieść swoje obowiązki indywidualne. Taką sytuację nazywamy powołaniem do wykonywania zawodu. W interesie społeczeństwa jest, aby przedstawiciele medycyny z powołaniem było jak najwięcej, gdyż wówczas jego wpływ na trwałość struktur społecznych będzie relatywnie największy. Zamiarem autora książki jest właśnie przybliżenie przedstawicielom zawodów pielęgniarskich takich możliwości.

Ponieważ książka ma służyć jako podręcznik przeznaczony dla pielęgniarek i pielęgniarzy, w jej redagowaniu autor korzystał z doświadczeń dydaktycznych podczas prowadzenia zajęć programowych z problematyki ogólnofilozoficznej i etycznej ze studentami na kierunkach pielęgniarstwo w Akademii Pomorskiej w Słupsku oraz na Uniwersytecie Zielonogórskim.

główny specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska