Erasmus+

With the support of the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe w warunkach symulacji medycznej

Studio IMPRESO

Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe w warunkach symulacji medycznej

Erasmus+

With the support of the Erasmus+ Programme of the European Union

„Interdisciplinarity, multiculturalism, and work with the patient in a non-standard situation in the context of conducting didactic classes in the field of medical sciences and health sciences in Centres of Medical Simulation”

No. 2019-1-PL01-KA203-065205

Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe w warunkach symulacji medycznej

Redaktorzy naukowi

dr n. o zdr. Anna Jenczura

dr n. o zdr. Elżbieta Szlenk-Czyczerska

dr hab. Tomasz Halski

Studio IMPRESO

Opole 2022

Niniejszy skrypt powstał dzięki dofinansowaniu Programu Erasmus+
w ramach akcji 2 – Partnerstwa Strategiczne na rzecz szkolnictwa wyższego.
Numer projektu: 2019-1-PL01-KA203-065205.
Wsparcie Komisji Europejskiej i Narodowej Agencji Programu Erasmus+ dla produkcji tej publikacji nie stanowi poparcia dla treści, które odzwierciedlają jedynie poglądy autorów, a Komisja i Narodowa Agencja Programu Erasmus+ nie mogą zostać pociągnięte do odpowiedzialności za jakiekolwiek wykorzystanie informacji w niej zawartych. Publikacja bezpłatna.

Angielska wersja językowa publikacji:
„Interdisciplinarity, multiculturalism and non-standard situations in medical simulation"
- ISBN 978-83-66430-26-6: wydanie drukowane
- ISBN 978-83-66430-27-3: publikacja elektroniczna

Recenzenci:
- dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora
- dr hab. n. o zdr. Bożena Mroczek

Tłumaczenia tekstów angielskich:
- Maria Bogalecka, Małgorzata Kasprowicz-Janisz, Agnieszka Nowińska, Marta Skibińska

Redakcja językowa i techniczna:
- Przemysław Biliczak, Renata Włostowska

Projekt i opracowanie graficzne, skład, łamanie, druk i oprawa:
- Studio IMPRESO

Publikacja wydana w systemie Open Access jest rozpowszechniana na warunkach licencji Creative Commons License Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0). Licencja dostępna pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.pl

© Studio IMPRESO 2022

ISBN 978-83-66430-24-2 (publikacja drukowana)
ISBN 978-83-66430-25-9 (publikacja elektroniczna)

Wydawca:
Studio IMPRESO
e-mail: wydawnictwo@impreso.studio, tel. (+48) 77 550 70 50

Spis treści

Autorzy 9

Wstęp 15

1. Współpraca i komunikowanie się w zespole interdyscyplinarnym 17

1.1. Skuteczna komunikacja kliniczna 18

1.1.1. Znaczenie komunikacji 18

1.1.2. Komunikacja zespołu terapeutycznego z pacjentem 19

1.1.3. Nabywanie umiejętności komunikacyjnych 20

1.1.4. Strategie i techniki komunikacji 21

1.1.4.1. ISBAR 21

1.1.4.2. Strategia „call-out” 22

1.1.4.3. Strategia „check-back” 22

1.1.4.4. Strategia „I pass the baton” 23

1.1.5. Komunikacja przez telefon 24

1.1.6. Dekalog komunikacji w zespole interdyscyplinarnym 24

1.2. Wielokulturowość w ochronie zdrowia – specyfika komunikacji z pacjentem 26

2. Religia a medycyna 29

2.1. Religie świata 31

2.1.1. Chrześcijaństwo (wyznania: katolickie, protestanckie, prawosławne) 31

2.1.1.1. Katolicyzm 33

2.1.1.2. Protestantyzm 40

2.1.1.3. Prawosławie 47

2.1.2. Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy 56

2.1.3. Islam 66

2.1.4. Hinduizm 81
2.2. Kultury świata 96
2.2.1. Kultura wietnamska 97
2.2.2. Kultura arabska 110
2.2.3. Kultura żydowska 120
2.2.4. Kultura ukraińska 134
2.2.5. Kultura romska 143
2.3. Podsumowanie 160

3. Postępowanie w wybranych jednostkach chorobowych w sytuacjach niestandardowych w pielęgniarstwie i w położnictwie 163

3.1. Pacjent w sytuacji niestandardowej 164
3.1.1. Pacjent lub pacjentka z niepełnosprawnością wzroku, słuchu 164
3.1.1.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 164
3.1.1.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 165
3.1.1.3. Psy asystujące 168
3.1.1.4. Przydatne wskazówki 169
3.1.1.5. Rokowania dla pacjenta 169
3.1.2. Pacjent z chorobą psychiczną – schizofrenia 172
3.1.2.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 172
3.1.2.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 175
3.1.2.3. Rokowania dla pacjenta 180
3.1.3. Pacjent z chorobą psychiczną – depresja 180
3.1.3.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 180
3.1.3.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 184
3.1.3.3. Rokowanie dla pacjenta 187
3.1.4. Pacjent z chorobą psychiczną – agresja 188
3.1.4.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 188
3.1.4.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 190
3.1.4.3. Rokowania dla pacjenta 196
3.1.5. Pacjent z uzależnieniem – narkotyki lub dopalacze 197
3.1.5.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 197
3.1.5.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 207
3.1.5.3. Rokowania dla pacjenta 209

3.1.6. Pacjent ze schorzeniem genetycznym, np. zespół Downa 210
3.1.6.1. Charakterystyka – istota, objawy 210
3.1.6.2. Postępowanie w rozpoznanym zespole Downa 213
3.1.6.3. Rokowania dla pacjenta 219
3.1.7. Pacjent z chorobą układu nerwowo-mięśniowego, np. SM 220
3.1.7.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy 220
3.1.7.2. Rokowania dla pacjenta 227
3.1.8. Starszy pacjent z chorobą Alzheimera 228
3.1.8.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy. 228
3.1.8.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej 230
3.1.8.3. Rokowania dla pacjenta 232

3.2. Poród w warunkach domowych 234
3.2.1. Przedwczesny poród 235
3.2.2. Poród w terminie lub poród nagły 235

3.3. Rzucawka ciążowa 237

3.4. Padaczka w ciąży 243
3.4.1. Charakterystyka padaczki 243
3.4.2. Aktualny podział napadów padaczkowych dokonany przez Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową 244
3.4.3. Padaczka u kobiet w ciąży 245
3.4.4. Poród u kobiet z padaczką 247
3.4.5. Karmienie piersią u kobiet z padaczką 248
3.4.6. Ryzyko drgawek w okresie poporodowym 248
3.4.7. Edukacja matki 248

3.5. Zespół HELLP 249
3.5.1. Opieka nad kobietami z zespołem HELLP 252

3.6. Krwotok poporodowy 255
3.6.1. Atonia mięśnia macicy 255
3.6.2. Atonia macicy a hipotonia 256
3.6.3. Trauma 256
3.6.4. Tkanka 257
3.6.5. Trombina 258
3.6.6. Kompleksowe podejście w leczeniu krwawienia okołoporodowego . 259

3.7. Zaawansowany poród siłami natury u pacjentki z niepenosprawnością słuchu 261

3.8. Przodowanie, wypadnięcie sznura pępowinowego podczas porodu . . . 269

3.9. Zator płynem owodniowym 274

3.10. Wystąpienie nagłej zatorowości płucnej 279

3.11. Oscylacja milcząca w zaawansowanej ciąży 282

4. Scenariusze symulacyjne w wybranych jednostkach chorobowych, sytuacjach niestandardowych w pielęgniarstwie, położnictwie i fizjoterapii z uwzględnieniem aspektów interdyscyplinarności i wielokulturowości 287

4.1. Bank przykładowych scenariuszy symulacyjnych (nauki o zdrowiu, nauki medyczne) 287

1. Efektywny zespół interdyscyplinarny 288
2. Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej 291
3. Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej – kultura chińska 295
4. Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej – kultura romska 298
5. Komunikacja interdyscyplinarna a bezpieczeństwo pacjentów 301
6. Cukrzyca ciążowa u hinduski 304
7. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia Hinduizm . . . 308
8. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – hinduizm 312
9. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia islam 316
10. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia islam 320
11. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia chrześcijańska, wyznanie katolickie 324
12. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy 329
13. Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia chrześcijańska, wyznanie prawosławne 334

5. Filmy instruktażowe 339

6. Galeria Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego 341

Autorzy

Zespół polski

dr n. o zdr. Anna Jenczura

- Adiunkt w Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.
- Autorka i współautorka publikacji medycznych z zakresu położnictwa i ginekologii.
- Współtwórca projektów międzynarodowych partnerstw strategicznych.
- Absolwentka studiów podyplomowych w zakresie edukacji seksualnej, kursów kwalifikacyjnych kierunkowych oraz cyklu szkoleń z zakresu pracy w warunkach symulacji medycznej.
- Członek Zespołu Tematycznego do spraw Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów przy Krajowej Radzie Fizjoterapeutów.
- Szczególne zainteresowania naukowe: ginekologia, seksualność człowieka, niepełnosprawność.

dr. n. o zdr. Elżbieta Szlenk-Czyczerska

- Adiunkt w Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.
- Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarka anestezjologiczna.
- Absolwentka studiów podyplomowych w zakresie gerontopedagogiki, cyklu szkoleń z zakresu pracy w warunkach symulacji medycznej.
- Członek Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddziału Opolskiego.
- Członek Zespołu Tematycznego do spraw Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów przy Krajowej Radzie Fizjoterapeutów.

dr hab. Tomasz Halski, prof. UO

- Autor ponad 60 publikacji naukowych oraz współautor kilku podręczników w zakresie fizjoterapii.
- Zajmuje się badaniami w zakresie weryfikacji skuteczności metod fizjoterapeutycznych stosowanych w leczeniu inkontynencji, obrzęków limfatycznych oraz zaburzeń napięć tkanek miękkich.
- Członek międzynarodowej grupy badawczej Fascia Research Group.
- Bierze udział w trzech międzynarodowych projektach badawczo-dydaktycznych realizowanych we współpracy z uniwersytetami we Włoszech, w Hiszpanii, Czechach, Bułgarii i na Litwie.
- Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów.
- Przewodniczący Zespołu tematycznego do spraw Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów przy Krajowej Radzie Fizjoterapeutów.
- Członek Rady Naukowej punktowanego (40 pkt) czasopisma „Medical Science Puls".
- Laureat wielu nagród, między innymi czterokrotnie otrzymał Nagrodę Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz zespołową nagrodę naukową Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (2014).

mgr Jakub Zalewski

- Wykładowca w Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.
- Specjalista ratownictwa medycznego, magister zdrowia publicznego specj. medycyna ratunkowa.
- Instruktor Symulacji Medycznej EuSim.
- Ratownik medyczny w zespołach wyjazdowych Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego.
- Dyrektor Innowacyjnego Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.
- W ramach szczególnych zainteresowań naukowych ukończył liczne kursy i szkolenia z zakresu symulacji medycznej oraz publikacje dotyczące kształcenia kadr medycznych.
- Członek Polskiej Rady Resuscytacji, Członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Członek Polskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej.

Zespół bułgarski

Prof. nadzw. Gergana Petrova, Ph.D.

- Katedra Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Płowdiwie, Bułgaria.
- Kierownik studiów podyplomowych z zakresu zdrowia publicznego dla pielęgniarek i położnych na Uniwersytecie Medycznym w Płowdiwie, Bułgaria.
- Przewodnicząca Państwowej Komisji Egzaminacyjnej podyplomowej specjalizacji zdrowie publiczne dla pielęgniarek i położnych.
- Profesor nadzwyczajny w zakresie zdrowia publicznego.
- Specjalista ds. kształcenia medycznego.
- Specjalista nauk o zdrowiu.
- Zajmuje się takimi zagadnieniami, jak: promocja zdrowia, zdrowie psychiczne młodzieży, pielęgniarstwo, opieka zdrowotna.
- Prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów na specjalności pielęgniarstwo, z zakresu opieki nad dziećmi i promocji zdrowia.

Starszy asystent. prof. Valentina Lalova, Ph.D.

- Katedra Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Płowdiwie, Bułgaria.
- Osoba odpowiedzialna za BHP; @education.
- Koordynator EUPHA dla Uniwersytetu Medycznego w Płowdiwie, Bułgaria.
- Magister zarządzania opieką zdrowotną.
- Specjalista w zakresie Zdrowia Publicznego.
- Jest doktorem nauk z zakresu intensywnej opieki pielęgniarskiej.
- Pielęgniarka reanimacyjna na oddziale intensywnej terapii Uniwersyteckiego Szpitala Aktywnego Leczenia im. św. Jerzego (3 lata).
- Odbyła praktykę kliniczną w Portugalii.
- Brała udział w wyjazdach dydaktycznych do takich krajów jak: Słowenia, Łotwa, Grecja, Czechy, Polska, Hiszpania.
- Pracowała przy dwóch projektach międzynarodowych: Symulacyjna edukacja dla pielęgniarek; Promocja zdrowia i zdrowie psychiczne młodzieży.

Zespół czeski

Dr hab. Yvetta Vrublová

- Prodziekan ds. Nauk o Zdrowiu Wydziału Polityki Publicznej, od 2017 r. pracuje na Uniwersytecie Śląskim w Opawie. Ukończyła pielęgniarstwo ogólne i położnictwo, a następnie studiowała pielęgniarstwo i antropologię.

- W swoich pracach doktorskich i habilitacyjnych zajmowała się problematyką seksualności kobiet przewlekle chorych.
- Obecnie zajmuje się profilaktyką chorób w ginekologii i położnictwie.

Dr hab. Zdeňka Římovská

- O 2007 roku pracuje na Uniwersytecie Śląskim w Opawie. Ukończyła pedagogikę specjalną na Uniwersytecie w Ostrawie, a następnie studiowała prace socjalne na Uniwersytecie Trnawskim na Słowacji oraz Ergonomię na Politechnice w Ostrawie.
- Naucza od 1998 roku, kiedy pracowała w gimnazjum Mariánské Hory w Ostrawie i Wyższej Szkole Medycznej (VOŠZ) jako nauczyciel zawodowy i kierownik kursu Certyfikowany Terapeuta Zajęciowy.
- Uczy terapii zajęciowej i ergonomii.
- W obszar jej zainteresowań zawodowych wchodzi niepełnosprawność – zarówno fizyczna, jak i intelektualna.
- Zajmuje się seniorami, osobami z demencją oraz adaptacjami środowiska dla osób w każdym wieku, w tym projektowaniem pomocy kompensacyjnych do samoobsługi oraz szkoleniami z zakresu Skali Podstawowych Czynności Życia Codziennego.

Dr hab. Daniela Nedvědová

- Od 2019 roku wykłada na Uniwersytecie Śląskim w Opawie.
- Pracuje jako nauczyciel akademicki, ale także jako położna.
- Ukończyła opiekę środowiskową w zakresie położnictwa na Uniwersytecie w Ostrawie, a następnie studiowała pielęgniarstwo na tym samym uniwersytecie oraz położnictwo na Wydziale Lekarskim Jessenius w Martinie na Słowacji.
- Ma doświadczenie w pracy na salach porodowych i oddziałach poporodowych.
- Ukończyła kilka certyfikowanych kursów, m.in.: „Terapie kwiatowe Bacha i ich zastosowanie w ciąży, porodzie i połogu", „Mentor praktyki klinicznej pielęgniarstwa i położnictwa" czy „Konsultant laktacyjny".
- Zajmuje się teoretyczną i praktyczną edukacją przyszłych położnych.

Mgr Gabriela Světnická

- Od 2019 roku pracuje na Uniwersytecie Śląskim w Opawie.
- Ukończyła pielęgniarstwo pediatryczne na Uniwersytecie w Ostrawie i od 2019 roku studiuje pielęgniarstwo na tej samej uczelni w ramach studiów doktoranckich.
- Uczy od 2016 roku. W latach 2001–2016 pracowała na oddziale dziecięcym jako pielęgniarka stacjonarna na oddziale intensywnej terapii.

- Zajmuje się tematyką dzieci chorych oraz propagowaniem zdrowego stylu życia i nauczaniem procedur pielęgnacyjnych.
- Zajmuje się nauczaniem teoretycznym i praktycznym pielęgniarek dziecięcych, a także sprawuje opiekę pielęgniarską nad dziećmi chorymi i z niepełnosprawnościami.

Dr Petr Slováček

- Studiował filozofię na Uniwersytecie Palackiego w Ołomuńcu.
- Od 2009 roku pracuje na Wydziale Polityki Publicznej Uniwersytetu Śląskiego w Opawie jako pracownik naukowy i nauczyciel akademicki.
- Jego badania koncentrują się na historii filozofii i antropologii filozoficznej.

Dr Markéta Skalná

- Urodzona w Opawie, od 2021 roku pracuje na Uniwersytecie Śląskim w Opawie.
- Studiowała antropologię na Uniwersytecie Masaryka w Brnie oraz na Uniwersytecie Mediolańskim we Włoszech.
- Pracowała jako antropolog w laboratorium kryminalistycznym w Mediolanie oraz w Narodowym Instytucie Dziedzictwa w Opawie.
- Uczy od 2013 roku, kiedy pracowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Ostrawie.
- Obecnie zajmuje się nauczaniem anatomii i organizacją programu Erasmus+ jako koordynator instytucjonalny.

Inż. Eva Prokšová

- Urodzona w Ostrawie, pracuje na Uniwersytecie Śląskim w Opawie od czerwca 2018 roku, od stycznia 2021 roku jako kierownik Katedry Rozwoju i Zarządzania Projektami na Wydziale Polityki Publicznej.
- Studiowała rozwój regionalny i integrację europejską na Uniwersytecie Ekonomicznym w Pradze i uzyskała dyplom w 2005 roku.
- Zaangażowana w kilka projektów Uniwersytetu Śląskiego współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz innych źródeł finansowania.

Redaktorzy naukowi

- dr n. o zdr. Anna Jenczura,
- dr n. o zdr. Elżbieta Szlenk-Czyczerska,
- dr hab. Tomasz Halski, prof. UO.

Wstęp

Niniejszy podręcznik jest wynikiem współpracy międzynarodowej w ramach projektu „Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe w warunkach symulacji medycznej", który wspólnie realizowały kadry dydaktyczne i naukowe trzech ośrodków: Uniwersytetu Opolskiego, Śląskiego Uniwersytetu w Opawie oraz Uniwersytetu Medycznego w Plovdiv. Kadra dydaktyczna i naukowa Uniwersytetu Opolskiego była zarówno inicjatorem, jak i liderem projektu. Głównymi intencjami projektu były: modernizacja oferty dydaktycznej, podniesienie jakości kształcenia i atrakcyjności nauczania, rozwijanie i umacnianie profesjonalizmu zawodowego oraz naukowego studentów nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Powyższe założenia wzbogacone zostały o zjawisko wielokulturowości pacjentów oraz interdyscyplinarności z uwzględnieniem występowania sytuacji rzadkich, niestandardowych.

Autorzy projektu dołożyli wszelkich starań, by przybliżyć studentom kierunków medycznych zjawisko wielokulturowości wobec powszechnego dziś trendu migracyjnego ludności świata ze szczególnym uwzględnieniem najważniejszych aspektów odmienności religijnej i kulturowej wobec procesu diagnozowania, leczenia i udzielanego wsparcia medycznego. Niemniej jednak twórcy projektu zaznaczają, że podręcznik ten zawiera stosunkowo niewielką deskrypcję wybranych religii i kultur – innymi słowy, zamieszczone treści stanowią jedynie próbę analizy zagadnień dotyczących aspektu wielokulturowości w przełożeniu na dziedzinę nauk medycznych i nauk o zdrowiu. **Wobec powyższego – podręcznik ten nie jest przewodnikiem po religiach i kulturach świata**.

W naukach medycznych i naukach o zdrowiu zauważa się zjawisko eskalacji w dziedzinie rozwoju nowoczesnych technologii edukacyjnych. Wykorzystana w publikacji innowacyjna metoda symulacji medycznej coraz powszechniej stosowana jest do nauczania umiejętności klinicznych, co z kolei ma swoje przełożenie w aspekcie określania priorytetów, problemów, podejmowania decyzji, a w konsekwencji – realizacji wybranych procedur, w tym zabiegów medycznych. Kształcenie w warunkach symulowanych idealnie komponuje się z obowiązującymi ministerialnymi standardami kształcenia. Metoda ta daje szerokie możliwości w procesie

nauczania, nabywania wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych w postaci efektywnej pracy w zespole interdyscyplinarnym.

Autorzy są zgodni co do założenia, że podręcznik ten ma stanowić odpowiedź na obecną sytuację migracyjną w Europie i na świecie. Współcześnie oczekuje się przełamywania wszelkich barier względem pacjentów „odmiennych kulturowo" w sytuacjach związanych z udzielaniem świadczeń medycznych.

Podręcznik składa się z sześciu rozdziałów.

1. Rozdział pierwszy porusza bardzo istotne zagadnienie dotyczące efektywnej współpracy i komunikacji w zespole interdyscyplinarnym.
2. W rozdziale drugim omawiane są wybrane i najistotniejsze kwestie związane z postrzeganiem zdrowia, narodzin, profilaktyki, choroby i śmierci w kontekście wybranej religii czy kultury.
3. W kolejnym rozdziale autorzy poruszają zagadnienia dotyczące postępowania w wybranych jednostkach chorobowych w sytuacjach niestandardowych w pielęgniarstwie i położnictwie.
4. W dalszej części podręcznika – w rozdziale czwartym – prezentowane są przykładowe scenariusze symulacyjne dotyczące wybranych jednostek chorobowych, sytuacji niestandardowych w pielęgniarstwie, położnictwie i fizjoterapii z uwzględnieniem aspektów interdyscyplinarności i wielokulturowości. Zawarte w podręczniku scenariusze odnoszą się do poszczególnych dziedzin nauk medycznych i nauk o zdrowiu. W tym miejscu należy podkreślić, że scenariusze te mogą być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Celowym działaniem autorów podręcznika jest utworzenie bazy różnorodnych scenariuszy – o odmiennym schemacie i możliwościach technicznych. Zamierzenie to jest celowe, ponieważ w następstwie ma rozbudzić wyobraźnię odbiorców, otworzyć czytelników na podjęcie samodzielnych działań o charakterze eksperymentalnym (empirycznym) w warunkach symulacji medycznej i tym samym przełamać bariery związane z nauczaniem symulacyjnym.
5. W rozdziale piątym zaprezentowano filmy instruktażowe dotyczące zjawiska wielokulturowości, interdyscyplinarności oraz sytuacji niestandardowych.
6. Natomiast w rozdziale szóstym zamieszczono galerię zdjęć Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego.

Autorzy wierzą, że podręcznik ten będzie stanowił praktyczne wsparcie dydaktyczne dla całego grona odbiorców.

1. Współpraca i komunikowanie się w zespole interdyscyplinarnym

W skład zespołu interdyscyplinarnego w ochronie zdrowia wchodzą specjaliści różnych dziedzin. Ich wspólnym celem jest poprawa zdrowia i jakości życia pacjenta. Stała i ciągła współpraca miedzy członkami zespołu jest ważnym elementem procesu leczenia. Praca zespołowa poszerza i pogłębia wiedzę, zwiększa zakres doświadczenia, uczy poprzez rozwiązywanie problemów, minimalizuje ryzyko błędów oraz zwiększa wydajność. Chociaż ważne jest, aby poszczególni członkowie mieli wysokie kwalifikacje i kompetencje techniczne, istnieje kilka kluczowych cech, które każdy członek zespołu powinien posiadać:

- jasne zrozumienie poszczególnych ról (ważne jest, aby wszyscy członkowie zespołu mieli wspólne zrozumienie tego, kto jest częścią zespołu w danym momencie),
- świadomość wspólnych celów (zespół pracuje nad ustaleniem wspólnych celów, które odzwierciedlają wyrażone przez pacjenta preferencje i potrzeby zdrowotne, rozważa wpływ problemów zdrowotnych pacjenta na jego życie i samopoczucie),
- umiejętność okazywania odporności na stres,
- umiejętność współpracy na poziomie osobistym i zawodowym,
- elastyczność w radzeniu sobie ze wszystkim, co stanie na drodze.

Każdy zespół opieki zdrowotnej jest wyjątkowy i ma swój własny cel, wielkość, otoczenie, zestaw głównych członków oraz metody komunikacji. Jednak istotne czynniki, które są ważne dla wszystkich zespołów, zostały określone jako:

- wewnętrzna automotywacja poszczególnych członków zespołu,
- wzajemne zaufanie,
- skuteczna komunikacja,
- poczucie przynależności,
- wspólnie ustalone reguły postępowania,

- zdolność do kompromisu – umiejętność doprowadzenia do sytuacji, gdy odmienne opinie nie prowadzą do konfliktu, a ich rezultatem jest dyskusja, która kończy się znalezieniem wspólnego rozwiązania,
- otwartość na zmiany,
- ciągły rozwój i doskonalenie się.

1.1. Skuteczna komunikacja kliniczna

Komunikacja kliniczna to wymiana informacji na temat opieki nad daną osobą mająca miejsce między lekarzami prowadzącymi a innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz między specjalistami różnych dziedzin medycznych a pacjentami, rodzinami i opiekunami. Proces komunikacji jest sposobem, w jaki te informacje są wymieniane. Obejmuje kilka elementów: nadawcę (osobę, która przekazuje informacje), odbiorcę (osobę otrzymującą informacje); wiadomość (przekazywana informacja) oraz kanał komunikacji. Istnieją dwa zasadnicze kanały komunikacyjne: ustny (twarzą w twarz, przez telefon, rozmowy wideo, np. Face Time, Skype) i pisemny (e-maile, listy, faksy). Procesy komunikacyjne mogą zachodzić w tym samym czasie, na przykład komunikacja werbalna między dwoma lekarzami, lub w różnych momentach, na przykład komunikacja pisemna, w której pielęgniarka dokumentuje plan i ocenę opieki w dokumentacji medycznej, która jest później czytana przez inną pielęgniarkę. Sposób dostarczania informacji, w tym struktura i komunikacja niewerbalna (mowa ciała, kontakt wzrokowy i ton), są również ważnymi kwestiami.

1.1.1. Znaczenie komunikacji

Wiadomo, że efektywna komunikacja determinuje poprawę opieki, zmniejsza koszty opieki zdrowotnej oraz prowadzi do większego zadowolenia z zatrudnienia wśród pracowników służby zdrowia. Dowody wskazują, że:

- słaba komunikacja przyczynia się do niepowodzeń w pracy zespołowej, błędów, błędnej diagnozy i niewłaściwego leczenia,
- brak współpracy i skutecznej komunikacji może odpowiadać za 70% obecnie zgłaszanych zdarzeń niepożądanych,
- błędy komunikacji są jedną z najczęściej wymienianych przyczyn skarg dotyczących systemu opieki zdrowotnej,
- słaba komunikacja i nieprawidłowości w przekazywaniu informacji może prowadzić do coraz większej liczby readmisji, przy braku skutecznej komunikacji między pracownikami służby zdrowia wymienianym jako główny czynnik,
- słabe i/lub opóźnione przekazywanie informacji może mieć wpływ na jakość opieki i terminowość leczenia.

Aby komunikacja w zespole była skuteczna, niezbędne jest:
- wspólne uzgadnianie kwestii związanych z pracą zespołu,
- umiejętne budowania relacji w sposób odpowiednio dopasowany do każdego rozmówcy,
- szukanie przyczyn problemów oraz sposobów ich rozwiązania,
- umiejętne przekazanie wszystkich niezbędnych informacji,
- porządkowanie komunikatu w ten sposób, by to, co chcemy przekazać, uczynić jasnym i klarownym.

1.1.2. Komunikacja zespołu terapeutycznego z pacjentem

Podczas komunikacji z pacjentem personel medyczny musi mieć świadomość, że niektóre grupy pacjentów mogą mieć wieloaspektowe problemy komunikacyjne. Może to być związane ze złożonością informacji, które mogą być zebrane od pacjenta lub przekazane pacjentowi, lub z komplikacjami związanymi z językiem i zrozumieniem lub z obydwoma.

Te grupy mogą obejmować:
- pacjentów w wieku podeszłym,
- pacjentów o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osoby bezdomne,
- pacjentów odmiennych kulturowo – zróżnicowanie kulturowe i językowe,
- pacjentów z zaburzeniami psychicznymi,
- pacjentów w trakcie operacji,
- pacjentów pediatrycznych,
- pacjentów objętych opieką paliatywną,
- pacjentów leczonych w oddziale intensywnej terapii,
- pacjentów z wielochorobowością.

Podsumowując, należy stwierdzić, że o ile skuteczna komunikacja została opisana jako jeden z ważnych czynników mających wpływ na przebieg prawidłowej współpracy zespołu terapeutycznego, to w praktyce sprawna komunikacja jest niezbędna we wszystkich wymienionych determinantach skutecznej i efektywnej współpracy zespołowej. Na przykład, aby ustalić wspólne cele zespołu, członkowie będą musieli skutecznie komunikować się ze sobą oraz z pacjentem i jego rodziną. Podobnie jasne role i obowiązki wymagają od członków zespołu otwartej, szczerej i ciągłej dyskusji na temat poziomu przygotowania i zdolności każdego członka zespołu do jak najlepszego wykorzystania indywidualnych umiejętności, wiedzy i zasobów, aby osiągnąć wspólne cele. Dlatego w kontekście ochrony zdrowia komunikacja jest traktowana priorytetowo. Zespół powinien nieustannie pracować nad poprawą i doskonaleniem swoich umiejętności komunikacyjnych, ponieważ

komunikatywność to umiejętność, którą nabywa się nie tylko poprzez doświadczenie, ale także poprzez profesjonalny trening.

Pamiętaj!

Skuteczna praca zespołowa i efektywna komunikacja mają kluczowe znaczenie dla bezpiecznego funkcjonowania w złożonych i dynamicznych sytuacjach, takich jak opieka zdrowotna. Są one niezbędne, aby zapewnić, że dana osoba otrzymuje stałą i skoordynowaną opiekę. Dobra komunikacja umożliwia zespołom interdyscyplinarnym współpracę w celu poruszania się po konkurencyjnych priorytetach, przezwyciężania problemów związanych z czynnikami ludzkimi i zmniejszania ryzyka błędu. Co najważniejsze, sprawna komunikacja poprawia wyniki pacjentów poprzez polepszenie możliwości diagnostycznych i prognostycznych pracowników służby zdrowia.

1.1.3. Nabywanie umiejętności komunikacyjnych

W praktyce realizacja współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych nie jest łatwa. Stres i natłok obowiązków niejednokrotnie bywają przyczyną nieporozumień i konfliktów. Opublikowano badania zwracające uwagę, że przez większość czasu lekarze i inni profesjonaliści medyczni działają jako oddzielni pracownicy służby zdrowia, którzy prawie ze sobą nie rozmawiają. Oprócz niezbędnego wykształcenia medycznego, zasoby ludzkie w służbie zdrowia powinny posiadać dodatkowe umiejętności. Jako priorytet w tym kontekście kraje Unii Europejskiej określiły umiejętność korzystania z technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT), przedsiębiorczość, a także umiejętności społeczne, takie jak komunikatywność i praca zespołowa.

Wspólne zajęcia na etapie edukacji przeddyplomowej dla studentów wydziału lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego czy fizjoterapii umożliwiłyby przyszłym adeptom wymienionych zawodów medycznych opanowanie umiejętności sprawnego dzielenia się wiedzą i własnym doświadczeniem, a także uczenia się skutecznej komunikacji w zespole interdyscyplinarnym. Tworzenie centrów symulacji medycznej w ramach realizacji programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia praktycznego stwarza nowe możliwości w ćwiczeniu umiejętności pracy zespołowej w codziennej praktyce. Co więcej – badania potwierdzają, że edukacja w warunkach symulacji wysokiej wierności zapewnia uczestnikom realistyczne możliwości przećwiczenia strategii komunikacyjnych usprawniających pracę zespołową.

Pamiętaj!

Edukacja, szczególnie w warunkach symulacji medycznej wysokiej wierności, zapewnia możliwość uczenia się współpracy i skutecznej komunikacji w zespole interdyscyplinarnym.

1.1.4. Strategie i techniki komunikacji

Brak struktury i standaryzacji jest czasami przyczyną niepowodzeń w komunikacji. Poniżej przedstawiono techniki, które mogą ułatwić członkom zespołu medycznego dzielenie się informacjami.

1.1.4.1. ISBAR

ISBAR – technika przekazywania najistotniejszych informacji dotyczących dolegliwości pacjenta, które wymagają natychmiastowej uwagi i interwencji. Celem tej strategii jest wymiana odpowiednich informacji między personelem medycznym, a także wyrażenie właściwego poziomu zaniepokojenia. Międzynarodowe badania pokazują zmniejszenie liczby nieoczekiwanych zgonów, a także znaczną poprawę komunikacji, pracy zespołowej i bezpieczeństwa od czasu wdrożenia ISBAR. Wykazano także, że narzędzie ISBAR ułatwia telefoniczne przekazywanie zleceń przez studentów w warunkach symulacji medycznej wysokiej wierności.

- INTRODUCTION (wstęp) – przedstaw się i określ swoją rolę w opiece nad pacjentem (jeśli rozmowa odbywa się przez telefon, podaj oddział, z którego dzwonisz).
- SITUATION (sytuacja: co się dzieje z pacjentem?) – podaj nazwisko pacjenta i aktualny stan lub sytuację oraz wyjaśnij, dlaczego dzwonisz.
- BACKGROUND (podstawowe informacje: jaka jest sytuacja kliniczna lub kontekst?) – podaj datę przyjęcia pacjenta, diagnozę oraz inne, istotne, a mające związek z sytuacją dane z historii medycznej; podaj krótką informację na temat tego, co zostało zrobione do tej pory.
- ASSESSEMENT (ocena: na czym, twoim zdaniem, polega problem?) – podsumuj stan lub sytuację pacjenta; wyjaśnij, co uważasz za problem albo powiedz: „nie jestem pewien, co się dzieje, ale według mnie stan pacjenta się pogarsza"; opisz konkretne objawy.
- RECOMMENDATION (zalecenia: co można teraz zrobić?) – wyjaśnij, czego konkretnie oczekujesz (np. jestem przekonany, że pacjent wymaga natychmiastowej oceny. Czy mógłby pan przyjść?) lub podaj zalecenia. Jeśli nie jesteś zadowolony z odpowiedzi na prośbę o natychmiastową konsultację, powinieneś zwrócić się do kogoś innego.

1.1.4.2. Strategia „call-out”

Strategia „call-out” (proste i wyraźne komunikaty) – metoda przekazywania ważnych informacji w sytuacjach nagłych, czyli wówczas, gdy pacjent potrzebuje konkretnych interwencji natychmiast. Informacje przekazywane są w taki sposób, aby wszyscy członkowie zespołu mogli je usłyszeć jednocześnie. Technika ta umożliwia członkom zespołu przewidywać kolejne działania oraz wytypować osoby odpowiedzialne za wykonanie określonych zadań. Sposób komunikacji między członkami zespołu w sytuacjach nagłych jest bardzo istotny, ponieważ jakiekolwiek nieporozumienie może opóźniać leczenie, a nawet skutkować śmiercią pacjenta. Ponadto w sytuacjach nagłych ważne jest wytypowanie lidera zespołu, który przejmie kontrolę i wyjaśni pozostałym osobom ich role. Dodatkowo jasny i prosty przekaz informacji oraz weryfikacja, czy informacja została właściwie zrozumiana, pozwoli uniknąć błędów w komunikacji.

Przykładowa wymiana informacji metodą „call-out” między liderem zespołu a rezydentem:

— Lider zespołu: Stan dróg oddechowych?
— Rezydent: Drożne.
— Lider zespołu: Osłuchowo?
— Rezydent: Szmer oddechowy prawidłowy.
— Lider zespołu: Ciśnienie krwi?
— Rezydent: 90/60 mmHg.

1.1.4.3. Strategia „check-back”

Strategia „check-back” (wielokrotne sprawdzanie) – jest to strategia zamkniętej pętli, która służy do weryfikacji i sprawdzania poprawności wymiany informacji między dwiema osobami. Nadawca inicjuje wiadomość, odbiorca akceptuje wiadomość i potwierdza, co jest przekazywane, a następnie nadawca sprawdza, czy przekazana informacja została prawidłowo zrozumiana:

1. Krok pierwszy: osoba informująca rozpoczyna przekaz.
2. Krok drugi: adresat informacji odbiera przekaz i podaje informację zwrotną.
3. Krok trzeci: osoba informująca upewnia się, że przekaz został dobrze zrozumiany.

Przykładowa wymiana informacji metodą „check-back” między lekarzem a pielęgniarką:

— Lekarz: Proszę podać dożylnie 100 mg Propofolu w bolusie.
— Pielęgniarka: 100 mg Propofolu dożylnie w bolusie?
— Lekarz: Tak.

1.1.4.4. Strategia „I pass the baton"

Strategia „I pass the baton" – polega na wymianie dokładnych informacji podczas przekazywania pacjentów np. do innego oddziału. Istotne jest, aby wszystkie informacje zostały przekazane w sposób uporządkowany. Błędy w komunikacji mogą prowadzić do nieprawidłowości, dlatego konieczna jest weryfikacja otrzymanych informacji np. poprzez ich powtórzenie lub ponowne odczytanie.

Strategia ułatwia przekazywanie informacji dotyczących opieki nad pacjentem:

— **I** Introduction (wstęp): Przedstaw się i określ swoją rolę w opiece nad pacjentem.
— **P** Patient (pacjent): Podaj imię i nazwisko pacjenta (identyfikacja – płeć, wiek, oddział).
— **A** Assessment (ocena): Podaj obecne dolegliwości pacjenta, parametry życiowe, objawy i rozpoznanie.
— **S** Situation (sytuacja): Omów stan obecny/okoliczności, ostatnie zmiany i reakcję na wdrożone leczenie.
— **S** Safety concerns (zagrożenie bezpieczeństwa): Podaj istotne informacje – wartości badań diagnostycznych, czynniki socjoekonomiczne, uczulenia.
— the
— **B** Background (podstawowe informacje): Wymień choroby współistniejące, wcześniejsze epizody chorobowe, aktualnie stosowane leki oraz podaj informacje dotyczące wywiadu rodzinnego.
— **A** Actions (działania): Przekaż informacje dotyczące zastosowanego leczenia lub wymaganego leczenia.
— **T** Timing (określenie czasu): Określ stopień pilności oraz sprecyzuj czas – priorytet działań.
— **O** Ownership (określenie obowiązków): Przekaż informacje dotyczące ustalenia osób/zespołów odpowiedzialnych (z uwzględnieniem preferencji pacjenta i jego rodziny).
— **N** Next (następny krok): Co się wydarzy w następnej kolejności? Przewidywane zmiany? Jaki jest plan? Czy jest plan zapasowy?

1.1.5. Komunikacja przez telefon

W codziennej praktyce wiele kontaktów między członkami zespołu interdyscyplinarnego odbywa się przez telefon. Specyfika takiej komunikacji to między innymi fakt, że rozmówcy nie widzą siebie (do dyspozycji rozmówcy pozostaje jedynie ton głosu i treść informacji). Ponadto wiele rozmów telefonicznych dotyczy konsultacji w sytuacjach nagłych, trudnych bądź nietypowych, co może powodować silne emocje i stanowić barierę w skutecznej komunikacji. Aby uczynić ten rodzaj komunikacji bardziej efektywnym, należy pamiętać o przygotowaniu wszystkich niezbędnych informacji, np. dokumentacji pacjenta, oraz sformułowaniu w konkretnych słowach tego, co chcemy osiągnąć, dzwoniąc.

1.1.6. Dekalog komunikacji w zespole interdyscyplinarnym

Poniżej przedstawiono proste wskazówki, które mogą ułatwić komunikację w zespole i uczynić przekaz skutecznym (dr Grzegorz Cebula – CM UJ; 2018):

1. „W sytuacjach trudnych i wymagających szybkiego podejmowania decyzji używaj prostych i krótkich komunikatów.
2. Używaj imienia osoby, do której chcesz się zwrócić, ułatwi to dalszą komunikację. Pamiętaj, że *ktoś* zwykle znaczy *nikt*.
3. Używaj komunikacji dwukierunkowej. Jeśli zlecasz komuś wykonanie jakiegoś zadania, osoba ta powinna powtórzyć, jakie zadanie ma wykonać (zamknięta pętla w komunikacji).
4. Pamiętaj – to, że o czymś pomyślałeś, nie oznacza, że zostało to wykonane. Po drodze na kilku etapach może dojść do przerwania procesu. Pomyślane nie znaczy powiedziane, powiedziane nie znaczy usłyszane, usłyszane nie znaczy zrozumiane, zrozumiane nie znaczy zapamiętane, zapamiętane nie znaczy zaakceptowane, zaakceptowane nie znaczy wykonane.
5. Kontroluj proces komunikacji – jeśli dwie osoby mówią w tym samym czasie, zwykle nikt nie wie, o co chodzi.
6. Używaj techniki stopklatki do podsumowywania uzyskanych informacji i podejmowania decyzji.
7. Jako kierownik zapewnij członkom zespołu możliwość swobodnego i nieskrępowanego wyrażana swoich opinii.
8. Jako członek zespołu pamiętaj, jeśli masz jakieś twoim zdaniem dobre pomysły lub nie zgadzasz się z decyzjami kierownika, masz obowiązek powiedzieć mu o tym.
9. Jeśli to możliwe, unikaj czynników zakłócających (hałas, zmęczenie, itp.) lub, jeśli to niemożliwe, pamiętaj o ich wpływie na jakość komunikacji.

10. Zachęcaj do wymiany doświadczeń po zakończonej wspólnej pracy. Rozmowa o tym, co się przed chwilą stało, dotycząca rzeczy, które się udały, i tego, co następnym razem trzeba zrobić lepiej, zapewnia stały rozwój i doskonalenie zespołu".

Piśmiennictwo

1. Australian Commission on Safety and Quality in Haelth Care. Publications and resource. Communicating for Safety [cyt. 12.01.2021]. URL: https://c4sportal.safetyandquality.gov.au/communicating-with-patients-and-colleagues.
2. Bezpieczeństwo pacjenta. Przewodnik i wskazówki dla kadry dydaktycznej opracowane przez WHO (2011): wydanie przeznaczone dla przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej; 2017; 147–149. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf;jsessionid=208C369121F6CB963515B33E-34EECCB7?sequence=35
3. Capiga M. Komunikacja w zespole terapeutycznym [online] [cyt. 12.01.2021]. URL: http://www.kompetencje.wum.edu.pl/sites/kompetencje.wum.edu.pl/files/podrecznik_-_komunikacja_w_zespole_terapeutycznym.pdf.
4. Cebula G. O komunikacji w zespole terapeutycznym. W: Warszawski Uniwersytet Medyczny. III Ogólnopolska konferencja naukowa „Komunikacja w medycynie". 30.11–1.12.2018. Abstrakty wystąpień; Warszawa 2018. URL: http://www.komunikacjawmedycynie.wum.edu.pl/sites/komunikacjawmedycynie.wum.edu.pl/files/ksiega_abstraktow_iii_konfer._komunikacja_w_medycynie_0_0.pdf.
5. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings a systematic review of qualitative literature. JBI Database System Rev Implement Rep 2016; 14(4): 96–137. URL: http://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843.
6. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. Nursing Administration Quarterly 2008; 32(1): 40–48. URL: https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61.
7. Flew T. Creativity, cultural studies, and services industries. Communication and Critical/Cultural Studies 2004: 1(2): 176–193. URL: https://doi.org/10.1080/14791420410001685377.
8. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2015; 8: 33. URL: https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623.
9. Horodeńska M. Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym. Medycyna praktyczna [online] 11.2014 [cyt. 12.01.2021]. URL: https://www.mp.pl/komunikacja/zespol/108942,komunikacja-w-zespole-interdyscyplinarnym,1.
10. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personel. J Nurs Scholarsh 2015; 47(3): 275–284. URL: https://doi.org/10.1111/jnu.12130.
11. Modlińska A. Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury. Medycyna Paliatywna 2013; 5(4): 157–162.
12. Moi EB, Söderhamn U, Marthinsen GN, Flateland SM. The ISBAR tool leads to conscious, structured communication by

healthcare personel. Sykepleien Forskning 2019; 14(74699): (e-74699). URL: https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699en.

13. Ostałowski P, Pawliczak F, Poniatowski P, Rozum J, Świeczkowski D. Raport: Współpraca kluczem efektywnej opieki zdrowotnej. Fundacja im. Lesława A. Pagi; 2016. URL: http://old.paga.org.pl/thinkpaga/raporty/wspolpraca-kluczem-efektywnej-opieki-zdrowotnej
14. Saint S, Karen E, Fowler KE, Krein SL, Flanders SA, et al. An Academic Hospitalist Model to Improve Healthcare Worker Communication and Learner Education: Results From a Quasi-experimental Study at a Veterans Affairs Medical Center. J Hosp Med 2013; 8(12): 702–710. URL: https://doi.org/10.1002/jhm.2105.
15. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. Medsurg Nurs 2017; 26(5): 297. URL: https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses.
16. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. WHO 2011.

1.2. Wielokulturowość w ochronie zdrowia – specyfika komunikacji z pacjentem

„Pozwól o Panie […]
żebym rozumiał inne języki inne cierpienia”.
Zbigniew Herbert 2007: 243

Globalne trendy migracyjne powodują, że personel medyczny coraz częściej spotyka w swojej pracy pacjentów różniących się znacznie pod względem języka, przekonań i praktyk związanych z chorobą oraz oczekiwań w zakresie opieki zdrowotnej. Tendencja ta wiąże się z koniecznością przezwyciężenia specyficznych problemów. Do najczęstszych trudności w świadczeniu usług zdrowotnych należą bariera językowa oraz nieznajomość danej kultury czy religii. Ewentualne nieporozumienia i nieodpowiednia komunikacja ze względu na nieznajomość języka pacjentów – mając na uwadze szczególne prawa pacjentów – mogą mieć poważne konsekwencje, prowadzić do obniżenia jakości świadczonych usług zdrowotnych, a nawet do błędów w postępowaniu leczniczym i pielęgnacyjnym. Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę z potencjalnych barier komunikacji międzykulturowej i nauczyć się umiejętności niezbędnych do ich przezwyciężenia.

Trudno jest podać najlepszą definicję tego, czym jest komunikacja. Niektórzy autorzy twierdzą, że to proces interakcji, który zachodzi w każdym środowisku, w którym ludzie dzielą się znaczeniami werbalnie i niewerbalnie. Proces komunikacji nie należy do najprostszych – każdy z nas jest inny i dany przekaz informacyjny może mieć zupełnie inne znaczenie dla nadawcy oraz odbiorcy. Ważne jest zarówno to, co mówimy, czyli słowa, jak i gesty, mimika, intonacja oraz natężenie głosu czy postawa ciała. Różnica w pochodzeniu kulturowym sprawia, że proces komunikacji staje się jeszcze trudniejszy. W przypadku komunikacji werbalnej dużą rolę odgrywa

język oraz właściwe zrozumienie danego zwrotu. Nawet gdy pacjent posługuje się językiem kraju pobytu w sytuacjach codziennych, może mieć trudności ze zrozumieniem słownictwa specjalistycznego. Aby mieć pewność, że zostało się właściwie zrozumianym przez pacjenta, zalecane jest budowanie wypowiedzi w sposób prosty i przejrzysty. Należy mówić wolno i wyraźnie, używać krótkich zdań, unikając przy tym żargonu medycznego. Warto wyjaśniać tematy na różne sposoby, na przykład ilustrować swoje wypowiedzi gestami. Przy tym należy pamiętać, aby nie zwracać się do pacjenta, jak do dziecka lub osoby upośledzonej umysłowo. W sytuacji, gdy pacjent nie zna języka, którym posługuje się pracownik medyczny, konieczny jest tłumacz. Ważne wtedy jest uprzedzenie tłumacza, żeby wszystko tłumaczył z zachowaniem specyficznych zwrotów i zabarwienia emocjonalnego. Warto pamiętać, że podczas rozmowy tłumaczonej należy zwracać się bezpośrednio do pacjenta, a nie do tłumacza. Dla ochrony poufności pacjenta najlepiej jest nie korzystać w tłumaczeniu z pomocy rodziny.

Należy wspomnieć, że Światowa Organizacja Zdrowia w celu promowania integracyjnego i wrażliwego kulturowo systemu opieki zdrowotnej w Europie, zaleca udostępnienie i ulepszenie tzw. usług komunikacyjnych (tj. mediatorów kulturowych i tłumaczy).

Komunikacja międzykulturowa ujawnia problemy nie tylko w sferze języka, ale także – a może przede wszystkim – w sferze przekazu niewerbalnego. Co ważne, nieświadomość różnic w komunikacji niewerbalnej może prowadzić do wielu nieporozumień. Największą trudnością w tej komunikacji są gesty, których używa się zamiast słów, czyli tzw. emblematory. Te same gesty mogą mieć różne znaczenia w różnych kulturach. Dlatego mając kontakt z obcokrajowcami, lepiej ograniczać ich użycie.

Do istotnych elementów komunikacji niewerbalnej należy relacja przestrzenna, czyli preferowana odległość, w jakiej powinien znajdować się rozmówca. Kolejny jest dotyk, czyli haptyka, ponieważ jest bardzo mocno obwarowaną wymogami kulturowymi formą porozumiewania się. Poszczególne kraje i regiony różnią się w kwestii zachowań haptycznych wobec innych ludzi. Ważna jest wiedza na temat poziomu akceptacji dotyku charakterystycznego dla danej kultury, ale także w jaki sposób, kogo, gdzie i w jakiej sytuacji można dotknąć. Kolejnym źródłem nieporozumień może być kontakt wzrokowy. W tym przypadku również ważna jest wiedza dotycząca jego stosowania. Niedostateczny kontakt wzrokowy może być odebrany jako nieszczerość lub lekceważenie, natomiast nadmierny jako bezczelność lub agresja.

Trudnością i potencjalną przyczyną nieporozumień w kontaktach z cudzoziemcami może być również ich specyficzne podejście do czasu. Trudno jest wytłumaczyć zagranicznemu pacjentowi, który bardziej od punktualności ceni sobie międzyludzkie relacje, dlaczego ważne jest przestrzeganie np. terminów wizyt.

Pamiętaj!!!

Proces komunikacji nie należy do najprostszych. Różnica wynikająca z różnego pochodzenia kulturowego sprawia, że staje się on procesem jeszcze trudniejszym. Nacisk kładziony w ostatnich latach na rozwijanie kompetencji kulturowych sprawia, że jesteśmy bardziej świadomi swojej kultury, ale zarazem odkrywamy inne kultury i stajemy się otwarci na inność. Wiedza ta jest bardzo przydatna w przezwyciężeniu specyficznych problemów wynikających z różnorodności etnicznej i kulturowej w opiece zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports; 2015. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27536764.
2. Jaroszewska E. Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. W: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, red. Pacjent „Inny" wyzwaniem opieki medycznej. Silva Rerum; Poznań 2016: 354–370.
3. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2018; 17: 30–36. URL: https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2018-0005.
4. Paternotte E, van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, et al. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. Int J Med Educ 2017; 8: 170–175. URL: https://doi.org/10.5116/ijme.591b.19f9.
5. Pollozhani A, Kosevska E, Petkovski K, Memeti S, Limani B, et al. Some aspects of culturally competent communication in health care in the republic of macedonia. Mater Sociomed 2013; 25(4): 250–254. URL: https://doi.org/10.5455/msm.2013.25.250-254.
6. Strzelczyk J, Brykowska D, Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo Polskie 2019: 1: 71. [online] [cyt. 15.02.2021]. URL: http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl/ojs/index.php/pp/issue/view/20.
7. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. Nursing Standard 2019; 34(2): 45–50. URL: https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11244.

2. Religia a medycyna

Religia i medycyna to dwie odmienne dziedziny – mają różną genezę, a przede wszystkim odpowiadają na inne potrzeby człowieka. Pomimo zasadniczych różnic, obie wzajemnie się przenikają, kolektywnie oddziałują na siebie.

Opierając się na genezie medycyny, należy zwrócić uwagę, że jej powstanie jest konsekwencją wrażliwości serca człowieka na cierpienie drugiego człowieka. Religia zaś jest odpowiedzią na ludzkie pragnienia, słabości i potrzeby, w tym doświadczenie bólu, cierpienia, choroby czy śmierci. Wobec powyższego – zespolenie religii i medycyny kształtuje zarówno obrazy społeczeństwa, jak i człowieczeństwa. To zasadnicze powody, wobec których bardzo trudno jest pominąć znaczenie religii w indywidualnych decyzjach i zachowaniach pacjentów, szczególnie tych, dla których wiara jest sprawą ważną lub najważniejszą.

W obecnym trendzie migracyjnym ludności świata, profesjonaliści w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu kładą szczególny nacisk na poszanowanie godności każdego człowieka, w tym pacjentów „odmiennych kulturowo". To ważne, by współcześni medycy poszerzali wiedzę na temat napotykanych religii i kultur, ponieważ zrozumienie duchowych potrzeb pacjentów zwiększa wzajemne zaufanie, a to z kolei przekłada się na efektywną współpracę podczas realizacji świadczeń medycznych.

Biorąc pod uwagę związek religii z medycyną, warto zaznaczyć, że czasem przekonania religijne są sprzeczne z medycyną. Konflikt z wiedzą medyczną rodzi się szczególnie w sytuacjach religijnych zakazów co do stosowania pewnych środków leczniczych czy profilaktycznych, w tym: przetaczania krwi i jej preparatów, stosowania szczepionek, korzystania z terapii prenatalnej. Sytuację potęguje podstawowa koncepcja wolnej woli człowieka, zarówno w implikacjach religijnych, jak i naukowych. W związku z tym medycy stają przed problemem uwzględnienia przekonań religijnych pacjenta wobec zamiaru realizacji zaplanowanych działań medycznych. Kwestie te od wielu lat są tematem sporów nie tylko etyczno-medycznych, lecz także sądowych. Wśród najczęstszych trudności w udzielaniu świadczeń medycznych spotyka się:

- kategoryczny sprzeciw pacjenta wyrażony osobiście przy zachowaniu jego pełnej świadomości lub za pośrednictwem godnego zaufania pełnomocnika,
- brak autonomicznej decyzji pacjenta z uwagi na jego obecny stan zdrowia (np. pacjent nieprzytomny),
- brak decyzji pacjenta z uwagi na wiek i rozwój psycho-motoryczny: noworodki, niemowlęta, dzieci,
- motywowany względami religijnymi brak zgody rodzica na jedyne skuteczne postępowanie terapeutyczne u dziecka.

Każda z wymienionych powyżej bardzo trudnych sytuacji rozpatrywana jest indywidualnie. Zespoły medyczne często dywagują, czy decyzje pacjenta – szczególnie kiedy to rodzic podejmuje decyzje – poparte są zdroworozsądkowymi argumentami, czy przypadkiem nie zbliżają się do religijnego fundamentalizmu, czy nie powodują utraty zdrowia, a nawet życia. W profesji każdego medyka przyjdzie się spotkać z respektowaniem woli pacjenta opartej na jego przekonaniach religijnych.

Analizując powyższe kwestie, warto wspomnieć, że podtrzymana na wierzeniach religijnych odmowa stosowania niektórych metod terapii ma swoje ogromne osiągnięcia w medycynie. Odmowa terapii w przypadku konkretnych wyznań religijnych zmotywowała środowiska m.in. medyczne, biochemiczne i genetyczne do wypracowywania nowych metod leczenia. Przykładem może być rozwój preparatów krwiozastępczych wśród pacjentów deklarujących przynależność do Chrześcijańskiego Zbioru Świadków Jehowy. Działanie to również zapoczątkowało wdrożenie małoinwazyjnych metod chirurgicznych.

Warto mieć świadomość, że pozyskana wiedza na temat przynależności religijnej pacjenta może wnieść wiele dobrego. Spodziewać się można polepszenia kontaktu z pacjentem, przekonania go o sensie wdrożenia działań profilaktycznych lub innych zachowań prowadzących do większej dbałości o swoje zdrowie. Świadomość indywidualnych przekonań religijnych daje możliwość zrozumienia pacjenta – szczególnie w sytuacjach najtrudniejszych, jak udzielenie tuż po narodzinach sakramentu chrztu dziecku obarczonemu wielowadziem, poród martwego dziecka, śmierć najbliższego członka rodziny, konieczność leczenia krwią, wdrożenie specjalistycznej aparatury podtrzymującej podstawowe funkcje życiowe, transplantacja organów.

Piśmiennictwo

1. Jabbour N, Gagandeep S, Mateo R, et al. Live donor liver transplantation without blood products: strategies developed for Jehovah's Witnesses offer broad application. Ann Surg 2004, 240: 350–357.
2. Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, et al. Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. Arch Fam Med 1998; 7: 118–124.

3. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for clinical Practice. Mayo Clin Proc 2001, 76(12): 1225–1235.

2.1. Religie świata

Religia stanowi całokształt wierzeń i praktyk będący niejako relacją pomiędzy sferami sacrum (rozumianym jako siła wyższa – w chrześcijaństwie jako Absolut) i boskości a człowiekiem lub społecznością. Religia oznacza dążenie do świętości.

Wieloaspektowość religii wpłynęła na wielkość jej interpretacji a także poszczególnych określeń, których początek zauważyć można we wcześniejszych założeniach filozoficznych. Innymi słowy, religią można nazwać pewnego rodzaju relację człowieka do rzeczywistości transcendentnej (*transcendencja* – istnienie poza).

Religie skupiają większą liczbę osób, co prowadzi do powstawania wielu wspólnot religijnych. Ich zadaniem jest wyrażanie, precyzowanie a także nauczanie doktryny czy wierzeń.

Religia jest najwyższym poziomem hierarchii podziału, do której zaliczane są wyznania, stanowiące grupy wewnątrz religii o tożsamych zasadach wiary. Do największych religii świata zalicza się: chrześcijaństwo, islam, hinduizm, buddyzm, sikhizm, judaizm, bahaizm.

Zespół nauk zajmujących się badaniem religii to: religioznawstwo, teologia, filozofia religii, socjologia religii, psychologia religii.

2.1.1. Chrześcijaństwo (wyznania: katolickie, protestanckie, prawosławne)

Chrześcijaństwo stanowi jedną z głównych religii na świecie. Wydarzenie narodzin Jezusa Chrystusa z Nazaretu (I wiek) zapoczątkowało historię chrześcijaństwa na całym globie ziemskim, dlatego religia ta zwana jest także „chrystianizmem". Religia chrześcijańska jest religią objawioną i monoteistyczną. Pierwotnie wywodzi się z judaizmu. Jezus Chrystus nauczał, uzdrawiał, czynił dobro wobec ludzi, pokonał śmierć i zmartwychwstał. Całokształt Jego poczynań stał się główną tezą wiary chrześcijańskiej. Nauczanie Jezusa Chrystusa przekazywane jest w ewangeliach kanonicznych oraz w Biblii.

Chrześcijaństwo charakteryzuje się znaczną liczbą swoich wyznawców. Szacuje się, że 1/3 całej populacji świata (ponad 30%) wyznaje religię chrześcijańską. Największe grupy chrześcijan upatruje się w Europie, Ameryce Północnej i Południowej, Australii oraz Afryce.

Literatura nie podaje jednej, globalnej klasyfikacji Kościołów i związków chrześcijańskich oraz tych, które zapożyczają z chrześcijaństwa więcej lub mniej. Jednym z przykładów najczęściej stosowanych podziałów chrześcijaństwa (mającego podstawy historyczne) jest poniższy schemat:

- katolicyzm (obejmuje rzymski katolicyzm i inne wyznania katolickie) – miliard wiernych,
- wschodnia ortodoksja (prawosławie i kościoły wschodnie) – 300 mln wiernych,
- protestantyzm (przedreformacyjne zbory waldensów i husytów, luteranizm, anglikanizm, kalwinizm, baptyzm, adwentyzm, unitaryzm, metodyzm, prezbiterianizm, pentakostalizm) – 0,5 miliarda wiernych.

W religii chrześcijańskiej odnaleźć można kilka wyznań. W celu wyjaśnienia i zrozumienia powstania różnych wyznań religii chrześcijańskiej należy przytoczyć istotne wydarzenia historyczne. W 1054 roku doszło do tak zwanej wielkiej schizmy wschodniej, która zainicjowała rozłam w chrześcijaństwie na Kościół wschodni i zachodni. Rozłam ten był procesem długotrwałym, rozciągającym się w szerokich ramach czasowych. Za koniec rozłamu uznaje się dopiero wiek XIII a za jego głównych inicjatorów Rzym oraz Konstantynopol. Teodozjusz I Wielki w roku 395 podzielił cesarstwo (Imperium Rzymskie) na zachodniorzymskie i wschodniorzymskie z powodu rozległości terenów oraz wykazywanej – już w tym czasie – znacznej odmienności kulturowej (zachód – łacina i kultura rzymska; wschód – greka i kultura hellenistyczna). Wśród kilku innych najważniejszych przyczyn zainicjowania wielkiej schizmy wschodniej wymienia się: różnice cywilizacyjne i kulturowe pomiędzy wschodem a zachodem (bogaci kontra biedni); spór o pochodzenie Ducha Świętego; brak chęci podporządkowania się patriarchów Konstantynopola (Konstantynopol stał się drugą stolicą – po Rzymie – Cesarstwa Rzymskiego) względem papieży; oskarżenia skierowane do Kościoła rzymskiego o jego odejście względem czystości kultu.

Literatura fachowa zaznacza, że zawsze wszystkie spory dotyczące świata chrześcijańskiego angażowały zarówno papieży jak i władców świeckich. Były one rywalizacją o strefy wpływów w Europie (szczególnie na terenach Słowian), opierały się o indywidualne poglądy względem Eucharystii, czyśćca, liczby sakramentów, ilości kapłanów (w tym ich wyglądu), dni postu i wiele, wiele innych.

Różnice pomiędzy religią a wyznaniem:

- religia jest najwyższym poziomem hierarchii podziału,
- wyznanie jest grupą wewnątrz religii o tożsamych zasadach wiary.

2.1.1.1. Katolicyzm

Katolicyzm – to jedno z głównych wyznań w religii chrześcijańskiej. Katolicyzm jest doktryną Kościoła chrześcijańskiego, dokładnie tak samo jak w przypadku doktryny Kościoła prawosławnego. W Polsce katolicyzm stanowi religię dominującą, sytuacja ta dotyczy również wielu krajów Europy Południowej oraz Ameryki Południowej.

Charakterystyka wyznania katolickiego

Słowo katolicyzm oznacza coś uniwersalnego i wywodzi się z języka greckiego. Pojęcie Kościół katolicki dotyczy istnienia organizacji wyznaniowej, która uznaje zwierzchnika jakim jest Papież – Biskup Rzymu, wybieranego na drodze konklawe. Według danych demograficznych na świecie obserwuje się wzrost liczby katolików na świecie w wartości przybliżonej do przyrostu naturalnego całego globu. Aż połowę światowej populacji katolików zajmują mieszkańcy Ameryki Północnej (napływ katolickiej ludności) i Południowej. O połowę mniej stanowią Europejczycy, kolejno Afrykanie. Pozostali wyznawcy zamieszkują tereny Azji i Oceanii. Kraje, w których wskaźnik liczby wyznania katolickiego jest stosunkowo duży (powyżej 25%), to: Madagaskar, Mozambik, Tanzania, Wybrzeże Kości Słoniowej. Według dostępnych danych są kraje, w których obserwuje się znaczny spadek wyznawców katolicyzmu, głównie z powodu ujawnienia przestępstw seksualnych duchownych (Niemcy, Francja, Czechy). Dla równowagi – są kraje, w których wskaźnik wyznawców katolicyzmu nieustannie rośnie: kraje Afryki (intensywna chrystianizacja) i Azji. Dane statystyczne odnośnie do liczby wyznawców w poszczególnych krajach nie są jednolite. Liczby te nie są dokładne z uwagi na trudność wnikliwej analizy. Do statystyk wliczani są wszyscy, którzy przyjęli chrzest. Nie są natomiast uwzględniane takie sytuacje, jak np. odejście z wiary chrześcijańskiej czy brak praktykowania wiary rozumianego jako zaprzestanie utożsamiania się z Kościołem. Dodatkowo proces łatwej migracji ludności na świecie znacznie utrudnia zebranie rzetelnych danych. W zależności od źródła liczba katolików w Polsce wynosi ponad 50% populacji. W Czechach z katolicyzmem utożsamia się około 10% populacji, lecz nie wszyscy katolicy praktykują wiarę (wysoki wskaźnik ateizmu narodu czeskiego). W Bułgarii funkcjonuje Bułgarski Kościół Katolicki Obrządku Bizantyjskiego (wywodzący się z Katolickich Kościołów Wschodnich), któremu literatura przypisuje około 10 tys. wiernych.

Założyciel

Założycielem jest Jezus Chrystus. Założenie Kościoła katolickiego upatruje się w tak zwanym Prymacie Świętego Piotra, gdzie Jezus Chrystus kieruje słowa do św. Piotra: „Ty jesteś Piotr [czyli Opoka] i na tej opoce zbuduję Kościół mój, a bramy pie-

kielne go nie przemogą" (Mt 16,18). Na czele pierwszej wspólnoty założonej w Jerozolimie stał Piotr Apostoł (33 r. n.e.).

W katolicyzmie Bóg jest jeden i objawia się w trzech osobach: Bóg Ojciec (symbol boskości), Syn Boży (symbol człowieczeństwa) i Duch Święty (symbol duchowości). Szczególne miejsce w katolicyzmie przypisano matce Jezusa Chrystusa – Maryi. Katolicy wierzą w jej dziewictwo oraz dostąpienie niepokalanego poczęcia. Maryja uznawana jest za Bogarodzicę. W ujęciu katolickim funkcjonuje kult maryjny (Mariologia), którego podstawami są:

- wiara w dziewictwo Maryi przy poczęciu Jezusa,
- silna, niezachwiana wiara Maryi w Boga i Jezusa Chrystusa od jego poczęcia do ukrzyżowania,
- obecność Maryi wśród apostołów,
- uznanie przez Kościół dogmatu maryjnego.

Do głównych założeń katolicyzmu należą:

- wiara w istnienie Boga – jednego w trzech Osobach; wiara w Boga jako Stwórcę Pana tego świata, który objawił się człowiekowi,
- wiara w Syna Bożego, który stał się człowiekiem w osobie Jezusa Chrystusa, będącego prawdziwym Bogiem i człowiekiem,
- wiara w Jezusa, który jest Zbawcą ludzi,
- wiara w Jezusa, który żył na ziemi, umarł za grzechy i zmartwychwstał,
- wiara w Boga, który stworzył człowieka,
- życie w wierze, że każdy człowiek jest wezwany do wiary, nadziei i miłości oraz do pełnienia woli Boga, która jest wyrażona w postaci przykazań – Dekalogu, a szczególnie przykazania miłości Boga i bliźniego,
- wiara, że przeznaczeniem człowieka jest życie wieczne z Bogiem i jego zmartwychwstanie przy kolejnym przyjściu Jezusa na Ziemię,
- wiara, że Kościół katolicki tworzy społeczność ludzi, którzy przyjęli sakrament chrztu,
- wiara, że Kościół katolicki jest żywy poprzez Eucharystię,
- wiara, że człowieka grzesznego spotka kara,
- wiara, że katolicy przychodzą na ten świat obarczeni grzechem pierworodnym,
- wiara, że każdy człowiek ma wolną wolę,
- wiara, że Bóg wybacza,
- wiara, że każdy człowiek może dostąpić zbawienia,
- wiara w Sąd Ostateczny,
- wiara w Niepokalane Poczęcie Maryi.

Cel i droga osiągnięcia

Podstawową drogą zbawienia człowieka jest wyznawanie wiary w Jezusa Chrystusa, którego uważa się za mesjasza i syna Boga. Katolicy wierzą w odkupieńczą śmierć i zmartwychwstanie Jezusa. Do Kościoła katolickiego przynależą ci, którzy przyjęli sakrament chrztu, a wyznacznikami ich życia są przykazania dane przez Boga. Wedle zasad Kościoła katolickiego osoby niebędące katolikami, lecz żyjące w sposób godny i uczciwy, również mogą dostąpić zbawienia.

Główne rytuały

- Głoszenie słowa Bożego,
- udzielanie siedmiu sakramentów świętych, do których należą:
  - chrzest,
  - bierzmowanie,
  - Najświętszy Sakrament,
  - pokuta (wraz ze spowiedzią),
  - namaszczenie chorych,
  - kapłaństwo,
  - małżeństwo.

Bardzo ważne miejsce w wyznaniu katolickim zajmuje Msza Święta – katolicy uczestniczą w nabożeństwach niedzielnych i świątecznych, których częścią najważniejszą jest liturgia: Liturgia Słowa – nauka od Boga, Liturgia Eucharystii (bądź Ofiary) – pamiątka męki Jezusa Chrystusa. Do pozostałych form czynnego katolicyzmu zalicza się brewiarz oraz różne nabożeństwa np.: różaniec, procesje, pielgrzymki, obrzędy pogrzebowe, chrzty, bierzmowania. W roku kościelnym głównymi świętami są: Boże Narodzenie, Wielkanoc i Zesłanie Ducha Świętego.

Święta księga

Pismo Święte – Biblia jest zbiorem ksiąg natchnionych przez Boga. Pismo Święte podzielone jest na dwie części: Stary i Nowy Testament. Zawiera opis świata, dzieje świata oraz zasady moralne, jakimi powinien kierować się każdy chrześcijanin, by przypodobać się Bogu. W Biblii zawarte są odpowiedzi na pytania egzystencjalne, kształtujące postawę życiową. Biblia oraz poszczególne jej części posiadają odmienne znaczenie religijne dla różnych wyznań. Zróżnicowany kanon ksiąg świętych obserwuje się w przypadku poszczególnych odłamów i tradycji chrześcijańskich.

Kobieta i mężczyzna

Kobiety i mężczyźni są stworzeni „na obraz i podobieństwo Boga” (Rdz 1,26). Nikt na globie ziemskim nie jest stworzony na obraz czy podobieństwo drugiej płci. Według Biblii kobiety i mężczyźni są równi względem ludzkiej godności, przy czym

zauważa się zasadniczą odrębność pomiędzy obiema płciami w zakresie sposobu przeżywania i wyrażania człowieczeństwa. Suma obu odmienności ma zasadniczy sens dla człowieka: „Kobiecość i męskość są komplementarne nie tylko z punktu widzenia fizycznego i psychicznego, ale i duchowego. Tylko dzięki łasce dwoistości elementu męskiego i kobiecego człowieczeństwo realizuje się w pełni" (Święty Jan Paweł II).

Według Pisma Świętego kobieta jest szczególnie wrażliwa na świat, ludzi, więzi i wartości. Co najważniejsze – kobieta może być matką, oddając całą siebie, by mogło zaistnieć nowe życie. To sprawia, że w Kościele katolickim miejsce Maryi – kobiety, w której zamieszkał Bóg – jest niezwykle ważne. Wierni zachwycają się postacią Maryi, oddając jej cześć w postaci kultu maryjnego. Rolą kobiety jest powołanie macierzyńskie, dbanie o siebie i innych, dzieląc się Bożą miłością i prawdą. Kobieta dąży do prawego wychowywania swoich dzieci, troszczy się o małżonka i rodzinę, żyje według przykazań Bożych. „Żony niechaj będą poddane swym mężom, jak Panu, bo mąż jest głową żony, jak i Chrystus – Głową Kościoła: On – Zbawca Ciała. Lecz jak Kościół poddany jest Chrystusowi, tak i żony mężom – we wszystkim" (Ef 5,22-24). Kościół katolicki dostrzega istotną rolę kobiety we wszystkich aspektach życia rodzinnego i społecznego, które dotyczą relacji międzyludzkich i troski o drugiego, co Święty Jan Paweł II nazwał „geniuszem kobiety".

Powołani do kapłaństwa i ojcostwa są wyłącznie mężczyźni. Rolę mężczyzny w Kościele katolickim oddają słowa biblisty, ks. Józefa Kudasiewicza: „Święty Józef serce oddał Bogu, ręce oddał pracy, a język trzymał za zębami". Oznacza to, że mężczyzna powinien odnaleźć swoją relację z Bogiem, by uświadomić sobie, kim jest, jakie jest jego powołanie. Mężczyzna został obdarzony w siłę, by panować, by służyć innym, widząc w nich Boga, by pomagać i ochraniać potrzebujących, słabszych (w tym dzieci, żonę, matkę). Mówić zaś ma wtedy, kiedy istnieje potrzeba, kiedy należy reagować, by zapobiegać niszczeniu i tym samym by dokładać wszelkich starań w budowaniu lepszego jutra. Ponadto katolicyzm zaznacza, że mężczyźni powinni darzyć kobietę szacunkiem: „Mężowie miłujcie żony, bo i Chrystus umiłował Kościół i wydał za niego samego siebie […] Mężowie powinni miłować swoje żony, tak jak własne ciało. Kto miłuje swoją żonę, siebie samego miłuje" (Ef 5, 25.28).

Stosunek do seksualności człowieka (współżycie seksualne, poczęcie dziecka, antykoncepcja, aborcja)

Według katolicyzmu prawo Boże jest naturalne i niezmienne, dlatego zasady moralne mają charakter obiektywny. Najpopularniejsze zakazy odnoszą się do:

- zakazu przerywania ciąży (aborcja konsekwentnie niedopuszczalna); katolicyzm wywodzi to z przykazania „nie zabijaj",

- zakazu podejmowania inicjacji seksualnej przed zawarciem związku małżeńskiego,
- zakazu sztucznego kierowania płodnością (antykoncepcja, zapłodnienie pozaustrojowe) – celem każdego stosunku jest prokreacja,
- zakazu rozwodów (tylko w bardzo skonkretyzowanych przypadkach dopuszcza kwestię unieważnienia małżeństwa).

Stosunek do higieny ciała

Katolicyzm wychodzi z założenia, że to, co stworzył Bóg, jest dobre, ponieważ człowiek stworzony jest na obraz i podobieństwo Boga. Sam Bóg przyjął ludzkie ciało. Jezus Chrystus zwraca uwagę na konieczność troszczenia się o ciało jako dar samego Boga do człowieka. Człowiek jest zobowiązany do dbania o czystość ciała tak samo, jak o prawość ludzkiego wnętrza. Naucza, że pomocna w zachowaniu równowagi ciała i duszy jest między innymi praktyka postu i wyrzeczeń. Człowiek powinien być świadomy, że ciało, podobnie jak cały materialny świat, jest doczesne i absolutnie nie stanowi ono ostatecznego celu i sensu życia. „Nie wolno człowiekowi gardzić swoim życiem ciała (…) Niech wolny czas będzie użyty należycie dla odprężenia duchowego, wzmocnienia zdrowia psychicznego i fizycznego (…) przez ćwiczenia i pokazy sportowe, które także w społeczeństwie przyczyniają się do utrzymania równowagi ducha" (GS 14; 61). „Człowiek patrzy na to, co widoczne dla oczu, Pan natomiast patrzy na serce" (1 Sm 16, 7).

Wyznanie katolickie nie uznaje operacyjnych/zabiegowych metod upiększania ciała.

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

W katolicyzmie ubiór ma bardzo istotne znaczenie. Główną zasadą jest ubieranie się w sposób godny, skromny, czyli taki, który wzbudza szacunek. Katolik stosuje zasadę: więcej zakrywam niż odkrywam. Strój pomiędzy obiema płciami powinien wzbudzać czystą miłość, a nie pożądanie. Według wyznania katolickiego ubiór rodziców (stosowny strój matki i ojca dziecka w zaciszu domowym) może wpłynąć pozytywnie lub negatywnie na proces wychowawczy dziecka. Kobiety i mężczyźni powinni ubierać się zgodnie ze swoją naturą, gdzie kobiecość i męskość są konkretnie rozgraniczone.

Kobiety: unikanie noszenia obcisłych ubrań nadmiernie eksponujących ciało i figurę. Katolicyzm zaleca także unikanie noszenia spodni, które są niezgodne z naturą, niewłaściwe i sprzeczne z daną im przez Boga kobiecością (rozumiane jako ubieranie się jak mężczyzna). Według wyznania „kobiece spodnie" całkowicie odbiegają od stroju katolickiej kobiety, która ma naśladować Maryję. W sytuacjach wyjątkowych, kiedy noszenie spodni jest wymagane (np. zobowiązania zawodowe),

kobiety powinny starać się ich unikać zawsze poza pracą. Istotnym jest także zakrywanie ramion podczas nabożeństw lub przy zwiedzaniu kościołów.

Mężczyźni: unikanie noszenia obcisłych ubrań, przestrzeganie zasady zakrywania torsu (unikanie chodzenia bez koszuli nawet w zaciszu domowym, szczególnie w miejscach, gdzie są dzieci).

Strój kąpielowy w wyznaniu katolickim wzbudza kontrowersje, ponieważ jego konstrukcja zbyt mocno opina ciało, prowokując grzeszne myśli wśród otoczenia. Katolicyzm zaleca branie kąpieli w miejscach zacisznych, odosobnionych. Strój zaś powinien stronić od skąpości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Dbanie o zdrowie jest obowiązkiem każdego katolika. Wszyscy powinni starać się poznać swój stan zdrowia, korzystając z pomocy i wsparcia opieki zdrowotnej. Według katolicyzmu profilaktyka sprzyja szybszemu leczeniu i wyleczeniu, w związku z czym katolicy powinni brać czynny udział w dostępnych badaniach i programach profilaktycznych.

Stosunek do odżywiania się i przyjmowanych pokarmów

Należy przyjmować wszelkie pokarmy w sposób umiarkowany. W konkretnych dniach: Środa Popielcowa, Wielki Piątek i wszystkie piątki Wielkiego Postu unika się całkowicie pokarmów mięsnych. Część katolików przestrzega tego zakazu również w każdy piątek roku kalendarzowego. Ta forma postu ma być swego rodzaju pokutą za grzechy i przypomnieniem o ludzkiej słabości.

Brak opanowania się w żywieniu jest bezpośrednią przyczyną powstawania kręgu innych grzechów, na przykład: egoizmu, lenistwa, obżarstwa, niechęci do modlitwy czy pomocy drugiemu człowiekowi. Nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu prowadzi także do chorób o podłożu psychicznym, na przykład: anoreksji, bulimii czy alkoholizmu. „Wstrzemięźliwość od spożywania mięsa lub innych pokarmów, zgodnie z zarządzeniem Konferencji Episkopatu, należy zachowywać we wszystkie piątki całego roku, chyba że w danym dniu przypada jakaś uroczystość. Natomiast wstrzemięźliwość i post obowiązują w środę popielcową oraz w piątek Męki i Śmierci Pana naszego Jezusa Chrystusa" (KPK 1251). Katolicyzm zwraca uwagę na poszanowanie jedzenia. Benedykt XVI pisał w encyklice *Caritas in veritate*, że każdy „zakup jest aktem moralnym, nie tylko ekonomicznym".

Wśród uczynków miłosierdzia względem ciała – będących obowiązkami każdego chrześcijanina (Katechizm Kościoła Katolickiego) – znajdują się następujące dzieła miłości:

- głodnych nakarmić,
- spragnionych napoić.

Stosunek do choroby i do śmierci

Św. Jan Paweł II mówił: „świat nie jest zdolny uszczęśliwić człowieka", nie jest też zdolny „wyzwolić go od cierpienia", a w szczególności „nie jest zdolny wyzwolić go od śmierci". W katolicyzmie choroba, cierpienie i śmierć przynależą w sposób całkowicie naturalny do losu ludzkiego. Za reakcje normalne uznaje się lęk, obawę przed doświadczeniem cierpienia i niedołężności. Choroba człowieka w katolicyzmie stanowi wyzwanie moralne dla chorego, jego otoczenia: przyjaciół, rodziny, pracowników ochrony zdrowia oraz Kościoła.

Wśród uczynków miłosierdzia względem ciała i duszy – będących obowiązkami chrześcijanina (Katechizm Kościoła Katolickiego) – znajdują się następujące dzieła miłości:

- chorych nawiedzać,
- umarłych pogrzebać,
- modlić się za żywych i umarłych.

Największą pomocą w chorobie jest modlitwa, dzięki której i poprzez którą człowiek jednoczy się z Bogiem. Modlitwa człowieka chorego ma często charakter interesowny (jest prośbą o uzdrowienie), mimo wszystko jest ona moralnie usprawiedliwiona. Według wyznania katolickiego człowiek obarczony cierpieniem otwiera się na łaskę Boga – której On udziela nieustannie. Modlitwa chorych powinna być więc dziękczynieniema nie tylko błaganiem.

W obliczu śmierci najważniejsze dla umierającego jest towarzyszenie Jezusa Chrystusa i obecność Kościoła – poprzez posługę słowa, modlitwy i udzielane sakramenty chorych. Szczególne miejsce zajmuje Wiatyk (łac. *viaticum* – „zapasy na drogę"; *via* – „droga") będący komunią świętą podawaną chorym obarczonym niebezpieczeństwem śmierci, a rozumianego jako pokarm na drogę życia wiecznego. Wiatyk ze wszystkich wyznań religii chrześcijańskiej szczególnie jest praktykowany w katolicyzmie.

Sakrament Namaszczenia Chorych to sakrament ludzi żyjących, będący obrzędem uzdrowienia w Imię Jezusa, który przywołuje moc misterium paschalnego nad chorym, umierającym, ochrzczonym człowiekiem. Namaszczenie Chorych jest „sakramentem przejścia ze śmierci do życia, przejścia z tego świata do Ojca" (KKK 1524).

Umarłemu należy wykonać toaletę ciała, ubranie ma charakter odświętny. W złożone ręce zmarłego wkłada się różaniec święty, a do trumny – często skarbczyk. Następuje uroczysta msza w intencji zmarłego, po której trumna zostaje złożona w grobie, a rodzina zmarłego przyjmuje kondolencje (choć coraz częściej najbliżsi rodziny proszą, by nie składać kondolencji). Często przybyłych na pogrzeb rodzina zmarłego zaprasza na poczęstunek zaraz po zakończeniu czynności pogrzebowych.

Na życzenie rodziny ksiądz odprawia msze za zmarłego w wyznaczonym czasie, np. 30 dni po śmierci. Na grób zmarłego przynoszone są kwiaty i znicze (szczegól-

nie w okresach Świąt Wielkanocnych, Świąt Bożego Narodzenia, Święta Zmarłych czy np. w dniu urodzin zmarłego). Kościół katolicki dopuszcza kremację zwłok.

Komunikacja i sposób przekazywania informacji

Zarówno w obrębie Kościoła powszechnego, jak i lokalnego dostrzega się cztery podstawowe funkcje katechezy: wychowawczą, nauczającą, inicjacyjną i ewangelizacyjną. Proces katechezy rozumiany jest jako misja ewangelizacyjna ludu Bożego. Ponadto jest to zadanie, jakie wyznaczył Jezus Chrystus: „Idźcie na cały świat i głoście Ewangelię wszelkiemu stworzeniu" (Mk 16,15) lub w innym zapisie: „Idźcie więc i nauczajcie wszystkie narody (…)'' (Mt 28, 19-20).

Każde działanie katechetyczne ma prowadzić do poznania Boga i pogłębienia wiary. Podjęte poczynania są zawsze wyraźnym aktem komunikacji, które korzysta z narzędzi, których dostarczają nauki pedagogiczne i te związane z komunikacją społeczną. Sumaryczne starania podejmowane są w tym celu, by jak najowocniej przekazać treść objawienia Bożego.

Każda katecheza, by była wierna Bogu i człowiekowi, musi nieustannie poszukiwać nowych form dialogu z człowiekiem. W związku z tym katolicyzm uznaje najnowocześniejsze formy komunikacji międzyludzkiej oparte również na funkcjonowaniu Internetu.

Informacje o śmierci człowieka rozwiesza się w formie klepsydry, w której podaje się datę i miejsce pogrzebu. Podczas nabożeństw, zarówno w powszechne dni tygodnia, jak i liturgie niedzielne i świąteczne kapłan informuje o zmarłych parafianach, często podając ich wiek oraz przewidywaną datę pogrzebu. Również w formie klepsydry nierzadko rodzina zmarłego składa podziękowania dla tych, którzy uczestniczyli w Jego ostatniej drodze.

2.1.1.2. Protestantyzm

Protestantyzm jest kolejnym wyznaniem religii chrześcijańskiej (obok katolicyzmu i prawosławia). Nazwa „protestantyzm" (łac. *protestari* – oświadczać, sprzeciwiać się) jest wynikiem działań protestacyjnych ewangelików (dokładnie luteran) w 1529 roku podczas sejmu Rzeszy w Spirze. W czasie tym powstała uchwała, której celem był zakaz przechodzenia ludności na ewangelicyzm.

Charakterystyka wyznania protestanckiego

Wyznanie protestanckie skupia się na wyróżnieniu boskości Jezusa Chrystusa jako tego, który narodził się z dziewicy, umarł za grzechy ludzi, zmartwychwstał, wniebowstąpił i powrócił powtórnie. Podaje się, że w tym nurcie wiary chrześcijańskiej Kościół (zbór) jest najdynamiczniejszy pod względem zrzeszonych ludzi.

Wśród Kościołów protestanckich wyróżnia się wyznania wiodące, takie jak: luteranizm, kalwinizm, anglikanizm, baptyzm, metodyzm, adwentyzm czy pentekostalizm zwany ruchem zielonoświątkowym.

Według statystyk z protestantyzmem na całym świecie utożsamia się około 800 milionów ludzi, co z kolei stanowi około 40% wszystkich wyznawców religii chrześcijańskiej. W Polsce istnieje kilka Kościołów protestanckich (nie ma jednego głównego):

- Kościół Ewangeliczno-Augsburski (luterański),
- Kościół Ewangelicko-Reformowany (kalwiński),
- Zjednoczony Kościół Ewangelicki,
- Kościół Adwentystów Dnia Siódmego,
- Polski Kościół Chrześcijan Babtystów,
- Kościół Metodystyczny.

W Polsce wyznanie protestanckie deklaruje około 146 tysięcy chrześcijan, w Czechach stanowią 0,9%, natomiast w Bułgarii 1% społeczeństwa.

Założyciel

Marcin Luter – 31 października 1517 r. przybił 95 tez do drzwi kościoła zamkowego w Wittenberdze jako protest wobec nadużyć w Kościele katolickim. Był to początek procesu odnowy kościoła zwany reformacją, który powołał nowy nurt w chrześcijaństwie – protestantyzm.

Bóstwo

Uznanie Jezusa Chrystusa jako jedynego pośrednika pomiędzy Bogiem a człowiekiem. Protestanci akcentują bardziej człowieczeństwo Jezusa niż jego boskość (przeciwnie do katolików i prawosławnych).

Główne założenia

Protestantyzm zawiera w sobie przejawy oficjalnego przeciwstawia się pewnym wybranym doktrynom i elementom tradycji Kościoła Rzymskiego, pomimo zachowania tej samej myśli teologicznej (waldensi – Piotr Waldo; husyci – Jan Hus).

Kluczowe poglądy protestantów

- Pismo Święte jest nadrzędne i przewyższa rangę Tradycji (zasada *Sola Scriptura*).
- Postać Jezusa Chrystusa jest postrzegana jako wyłącznego i jedynego pośrednika pomiędzy Bogiem a człowiekiem (zasada *Solus Christus*).
- Następuje całkowite odrzucenie sukcesji apostolskiej (świadectwo dawane przez apostołów), która ogranicza się wyłącznie do swojego pierwotnego pojęcia, w sensie zawężonym do doktryny czyli słowa. W protestantyzmie

rozumiana jest jako sukcesja urzędu. Protestanci pogląd ten popierają słowami zamieszczonymi w Ewangelii Jana (17,20): „Nie tylko za nimi proszę, ale i za tymi, którzy dzięki ich słowu będą wierzyć we Mnie".

- Przyjmuje się zasady powszechnego kapłaństwa wszystkich wierzących.
- Przyjmuje się heterodoksję wobec elementów takich, jak: kult obrazów, relikwii, świętych postaci i miejsc, kult Marii. Odrzucenie dotyczy także doktryny czyśćca, odpustów, celibatu księży, zakonów, władzy papieskiej i liturgii w języku łacińskim, spowiedzi indywidualnej. Ograniczenie dotyczy także liczby sakramentów.
- Jedynie Bóg jest godzien oddawania wszelkiej czci przez człowieka. Bałwochwalstwem ujmuje się czczenie kogokolwiek lub czegokolwiek poza Bogiem (teza *Soli Deo Gloria*).
- Protestantyzm zaznacza konieczność łaski Boga (zasada *Sola Gratia*) i Ducha Świętego w celu prowadzenia świętego życia. Łaska jest przyjmowana wyłącznie przez wiarę, a nie przez dobre uczynki albo praktyki religijne (zasada *Sola Fide*).

Cel i droga osiągnięcia zbawienia

W pojmowaniu zbawienia obowiązuje zasada *Sola Gratia*. W protestantyzmie zbawienie jest darem łaski Bożej dostępnym przez wiarę. To podstawowe przekonanie protestantów dotyczące natury zbawienia.

Główne rytuały

Protestanci modlą się z zborach, które działają samodzielnie i w których nie ma hierarchii. Oznacza to, że każdy wierny jest dopuszczony do organizacji życia kościelnego. Msza odprawiana jest tylko i wyłącznie w języku narodowym – nigdy w języku łacińskim.

Protestanci nigdy nie oddają czci Matce Boga, nigdy nie spowiadają się indywidualnie (uznaje się rachunek sumienia, indywidualną rozmowę z duchownym, spowiedź powszechną podczas nabożeństwa).

Najważniejsze święta: Wielki Piątek, Zmartwychwstanie Pańskie, Zesłanie Ducha Świętego, Święto Reformacji (wspomnienie Marcina Lutra), Święto Dziękczynienia (obchodzone tylko w kościołach protestanckich w USA i Kanadzie, w Polsce tylko w kościołach położonych na terenach wiejskich).

Najważniejszym sakramentem jest połączenie Słowa Bożego z wodą, winem i chlebem. W związku z tym protestanci uznają tylko dwa sakramenty – chrzest oraz eucharystię udzielaną pod postacią chleba czyli ciała Chrystusa oraz wina symbolizującego krew. Spowiedź składa się z dwóch części: wyznania grzechów i absolucji czyli rozgrzeszenia. „Badaj mnie, Boże, i poznaj serce moje, Doświadcz mnie

i poznaj myśli moje! I zobacz, czy nie kroczę drogą zagłady, A prowadź mnie drogą odwieczną!» (Ps. 139,23-24).

W protestantyzmie dużą rolę odgrywa muzyka. To właśnie ona jest szczególną formą czci Jezusa Chrystusa.

Obrzędy święte

Chrzest – tylko i wyłącznie za świadomą zgodą katechumena (osoba starająca się o przyjęcie do grona członków Kościoła). Następuje całkowite zanurzenie w wodzie świętej. Dzień ten jest uroczystością dla całego zboru, zwykle po wydarzeniu następuje poczęstunek zwany *agape* (uczta miłości). Kościoły ewangeliczne nie chrzczą niemowląt. Nowonarodzone dzieci doznają specjalnego błogosławieństwa, modlitwy (również za jego rodziców) o ochronę i rozwój, natomiast nigdy nie są chrzczone. Dziecko samo decyduje, czy chce pozostać we wspólnocie.

Konfirmacja (odpowiednik pierwszej komunii i bierzmowania) – nakładanie rąk duchownego na ochrzczonego, przez co następuje przekazanie daru Ducha Świętego (Kościoły rzymskokatolicki i prawosławny nie uznają ważności konfirmacji protestanckiej).

Ordynacja duchownego (prezbitera, pastora, diakonów) i wprowadzenie w urząd – po spełnieniu wymogów formalnych (praktyka, egzaminy, wikariat) kandydat staje przed wspólnotą. Jego mentorzy, którzy go prowadzili, wprowadzają go w urząd również poprzez modlitwę i proszą zbór, aby czynił dobro. Ordynacja oznacza także dopuszczenie kobiet do stanu (urzędu) duchownego. Akcent protestantyzmu położony jest na powszechne kapłaństwo wiernych, natomiast wypełnianie powierzonej funkcji zwierzchnika wspólnoty jest tylko i wyłącznie spełnianiem urzędu.

Obmycie nóg i pieczętowanie Duchem Świętym (praktykowane przez niektóre wspólnoty) jest oznaką trwałości dzieła odkupienia poprzez zamieszkanie Ducha Świętego w człowieku, a także przynależność personalną do grona odkupionych, bezpieczeństwo przed pokusami szatana. Pieczętuje się pieczęcią Chrystusa. Ten, kto pieczętuje, jest w pełni odpowiedzialny za człowieka, któremu nadał pieczęć – a pieczęć jest ważna aż do dnia zbawienia.

Ślub nie jest sakramentem (a stanem wiążącym dwoje ludzi i tym samym wyrażającym porządek stworzenia) dla Kościoła protestanckiego, jeśli ten nie ma podpisanej stosownej umowy wiążącej go z państwem. W sytuacji tej ślub dwojga ludzi (zwanych nupturientami) jest tylko wiążącym aktem wyrażenia własnej woli. Jeśli zaś Kościół dysponuje prawnymi powiązaniami z państwem (kościoły konserwatywne), wówczas kapłan pełni rolę urzędnika państwowego, a małżeństwo wywołuje skutki prawne. Kościoły konserwatywne sprzeciwiają się zawieraniu małżeństwa z osobą niewierzącą.

Kościoły protestanckie dopuszczają możliwość rozpadu małżeństwa w przypadkach dwóch klauzuli rozwodowych: cudzołóstwa i opuszczenia przez niewierzącego (tzw. przywilej pawłowy). Osoba niewinna otrzymuje rozwód i możliwość ponownego małżeństwa (tak jakby były małżonek umarł). Prawo kościołów bardziej liberalnych akceptuje decyzje państwa co do orzeczenia rozwodu i tym samym faktu rozpadu małżeństwa.

Święta księga

Biblia protestancka, która obejmuje Stary i Nowy Testament. Nowy Testament składa się z takiej samej liczby ksiąg, co w Biblii katolickiej (27). Jego skład to głównie Ewangelie oraz listy świętych. Nowy Testament obrazuje królestwo Boga i zbawienie głoszone przez samego Jezusa Chrystusa oraz jego uczniów. Stary Testament ma inną liczbę ksiąg – 39 (katolicyzm – 46).

Kobieta i mężczyzna

Role i obowiązki małżonków to kwestia o szerokim zakresie dyskusji. Zasadniczo rola i obowiązki małżonków dzielą protestantów na:

- komplementarystów (m.in. baptyści, kalwini) – uznających partnerstwo małżonków na przykładzie modelu rodziny chrześcijańskiej, gdzie mąż pełni rolę głowy rodziny, a małżonka okazuje mu podporządkowanie (zaznaczają, że kobieta nie powinna pełnić żadnej roli nadrzędnej, w związku z czym nie zgadzają się na ordynację kobiet),
- egalitarystów (głównie kwakrzy, adwentyści dnia siódmego oraz zielonoświątkowcy) – uznających partnerstwo małżonków na zasadzie absolutnej, pełnej równości, gdzie oboje wzajemnie ustalają swoje role i podział obowiązków.

Marcin Luter dostrzegł kobiety żyjące samotnie. Organizowano im dach nad głową, zbiórki odzieży, starano się zaspokajać ich najważniejsze potrzeby. Dokonywano również starań w kierunku pomyślnego zamążpójścia.

Stosunek do seksualności człowieka

Etyka seksualna jest etyką całej rodziny. Posiadanie dzieci nie stanowi o wartości związku małżeńskiego. Kościół parom bezdzietnym pomaga w procesie adopcji dzieci, zachęca do tworzenia rodzin adopcyjnych, ponieważ tę formę postrzega jako najlepszą dla spełnienia rodzicielskiego. Z uwagi na pragnienie posiadania własnego potomstwa, Kościół uznaje możliwość metody *in vitro* w celu rodzicielskiego spełnienia. Kościół luterański podkreśla szacunek dla życia, opowiada się za bezwzględną ochroną ludzkich embrionów, afirmatywnie odnosi się do wszelkich innowacji medycyny – o ile nie szkodzą one człowiekowi. Kategorycznie sprzeciwia się wykorzystywaniu istoty ludzkiej do celów badawczych. *In vitro* jest akceptowalne,

o ile nie dokonuje się przechowywania zamrożonych embrionów (nadliczbowych) bez celu implantacji w organizm matki.

Etyka seksualna: W Kościele protestanckim współżycie seksualne nie jest postrzegane w kategoriach piętna grzechu, lecz szczególnego daru od Boga. Dopuszcza się różne formy współżycia i metod antykoncepcji – o wszystkim decyduje wyłącznie człowiek. Protestantyzm sprzeciwia się jedynie środkom wczesnoporonnym, traktując je jako akt aborcyjny. Spośród praktyk seksualnych wykluczane są zachowania urągające ludzkiej godności, np. okaleczanie narządów płciowych. Za grzechy uznawane są: pozamałżeńska aktywność seksualna, prostytucja, pornografia.

Celibat: zniesienie celibatu jest wynikiem debat kurii rzymskiej z reformatorami. Protestantyzm uważa ostatecznie, że pastor jest jednym spośród wiernych – nie jest pośrednikiem pomiędzy Bogiem a człowiekiem. W związku z czym częścią urzędu stała się legalnie poślubiona małżonka.

Stosunek do higieny ciała

W protestantyzmie słowo „higiena" odnosi się do higieny sumienia, własnego wnętrza. Z racji szacunku do ciała będącego darem Boga, należy o nie dbać, przestrzegać podstawowych, powszechnych zasad higieny ciała.

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

Wygląd nie powinien stanowić sensu codzienności człowieka. Postrzegany jest w kategoriach doczesności i nie przyczynia się do osiągnięcia zbawienia.

Podobnie jak w katolicyzmie, Biblia mówi o ubiorze skromnym, powściągliwym, zakrywającym ciało. Ponadto odzienie nie powinno budzić u płci przeciwnej zachęty o podłożu seksualnym, w związku z czym niedopuszczalne jest noszenie nadmiernie obcisłej odzieży. U kobiet wskazane jest zakrywanie ramion podczas uczestniczenia w zbornych zgrupowaniach. Nadmierne przywiązanie do ozdób biżuteryjnych jest postrzegane jako uwodzenie i romansowanie ciałem, w związku z czym bezpośrednio spotyka się z sądem Bożym.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Kościół protestancki zwraca szczególnie uwagę na:

- umocnienie i rozwój całości opieki zdrowotnej: rozwój instytutów medycznych, ośrodków patologii ciąży i terapii płodu, pediatrii, geriatrii,
- postawę państwa wobec sprawowania pełnej kontroli nad badaniami w dziedzinie genetyki (protestantyzm sprzeciwia się eksperymentom medycznym, gdzie człowiek może stać się ofiarą badań).

Zgodnie ze słowami zawartymi w Piśmie Świętym każdy chrześcijanin powinien należycie dbać o swoje zdrowie, korzystać z dostępnych metod farmakologicznych

i niefarmakologicznych. W przeciwieństwie do katolicyzmu i prawosławia – uznaje się za rzeczywiste dary uzdrawiania natury nadnaturalnej.

Stosunek do odżywiania się i przyjmowanych pokarmów

Jedzenie ogranicza się do skromności posiłków. Zabronione jest marnowanie wszelkich pokarmów. Wydarzenia kościelne, które wiążą się z poczęstunkiem, są dość konwencjonalne. Spożywanie alkoholu jest kwestią indywidualną dla protestantów, piętnowane jest tylko jego nadmierne spożywanie czy upijanie się.

Bardzo istotnym dla protestantów jest post rozumiany jako powstrzymywanie się od wszelkich pokarmów przez przynajmniej jeden dzień, a często dłużej. „Lecz to jest post, w którym mam upodobanie: że się rozwiązuje bezprawne więzy, że się zrywa powrozy jarzma, wypuszcza na wolność uciśnionych i łamie wszelkie jarzmo, że podzielisz twój chleb z głodnym i biednych bezdomnych przyjmiesz do domu, gdy zobaczysz nagiego, przyodziejesz go, a od swojego współbrata nie obrócisz się" (Księga Izajasza, r. 58., ww. 6 i 7). Czasem poszczący nie przyjmuje nawet wody. Zarówno czas trwania postu, jak i sposób jego realizowania są dowolne, zależne wyłącznie od woli człowieka. Należy zaznaczyć, że w wyznaniu protestanckim post nie ma żadnego znaczenia względem tradycji czy liturgii. Jest on bowiem wyłącznie sposobem modlitwy. Uważa się, że poprzez post wyraża się przynależność do Boga.

Stosunek do choroby i do śmierci

Protestantyzm uważa, że łaska uzdrowienia dostępna jest dla każdego przy spełnieniu zasadniczego warunku: zawierzeniu Bogu poprzez modlitwę. W Kościele tym przyjmuje się także aktualność darów uzdrawiania natury nadnaturalnej. Protestantyzm nie kwestionuje osiągnięć medycyny. Chorych często dotyka się (pomazanie) olejkiem ku uzdrowieniu. Rola ta należy dla starszyzny zboru. Odwiedziny chorych i umierających reguluje treść Agendy z 1968 roku. Protestantyzm w kwestii śmierci nie różni się zasadniczo od doktryny katolickiej.

W największym Kościele protestanckim w Polsce – Ewangelicko-Augsburskim – przebieg pogrzebu jest regulowany przez Agendę Pogrzebową z 1955 roku. Całość ceremonii pogrzebowej jest zbliżona do praktyki Kościoła katolickiego. Protestantyzm dopuszcza kremację zwłok.

Komunikacja i sposób przekazywania informacji

Podobnie jak w katolicyzmie, człowiek powinien szukać najbardziej odpowiedniej dla siebie formy dialogu z Bogiem. Istotne jest zgłębianie literatury (studiowanie wyznania), indywidualna rozmowa z kapłanem zboru, poszukiwanie odpowiedzi na pytania egzystencjalne również w zasobach nowoczesności (np. w Internecie). Protestanci prowadzą bogatą działalność misyjną, edukacyjną i społeczną.

Ciekawostki

- Niektórzy twierdzą, że Marcin Luter był prekursorem nazizmu, twórcą antysemickich tekstów i nawoływań do palenia synagog i domostw żydowskich. Miała to być zemsta na Żydach, którzy nie chcieli przyjąć jego poglądów.
- Mimo wielu podobieństw z Kościołem katolickim, protestantyzm od początku swojego istnienia aż po czasy współczesne jest potępiany przez papieży Kościoła rzymskokatolickiego.

2.1.1.3. Prawosławie

Greckie słowo *orthodoxia* oznacza powszechne chrześcijaństwo i ma dwa znaczenia: chwałę i prawdziwą wiarę. Cechą ustroju zewnętrznego Kościoła prawosławnego jest autokefalia, poprzez co należy rozumieć niezależność Kościoła miejscowego jako jednostki odrębnej, która wchodzi w skład całego Kościoła powszechnego. Reasumując, wszystkie Kościoły prawosławne są spojone ze sobą wiarą oraz jednym, wspólnym prawem kanonicznym i liturgicznym kultem (wspólna istota ducha i nabożeństw).

Charakterystyka wyznania prawosławnego

Największa część wyznawców prawosławia zamieszkuje tereny Europy Wschodniej. Chrześcijanie prawosławni stanowią znaczną większość wyznaniową (> 80%) w państwach takich, jak: Mołdawia, Grecja, Rumunia, Ukraina, Serbia, Bułgaria, Gruzja, Czarnogóra, Cypr, Białoruś, Rosja.

Cechą charakterystyczną prawosławia jest soborowość w administracji kościelnej oraz fakt, że wszyscy biskupi są wobec siebie równi – to tylko *primus inter pares* (łac. „pierwszy wśród równych sobie").

W skład Kościoła prawosławnego wchodzą autokefaliczne Kościoły oraz Kościoły lokalne (zwane autonomicznymi – nie są w pełni samodzielne).

W dziejach Polski wyznanie prawosławne ma szczególne zakorzenienie, które dotyczy historii obrządku słowiańskiego z 863 roku. W czasie tym kształtowało się państwo polskie, gdzie realizowana była misja braci św. św. Cyryla i Metodego (jedynym spadkobiercą tradycji cyrylo-metodiańskiej jest w Polsce Kościół prawosławny). Pojawienie się prawosławia w Polsce – czyli ludności prawosławnej – związane jest z dwoma działaniami:

- chrystianizacją Rusi w 988 roku,
- wielokrotnymi zmianami przebiegu granic wschodnich Polski.

Z uwagi na podziały historyczne Polski, obszarem o największym odsetku ludności wyznania prawosławnego jest Białostocczyzna, natomiast najmniejszy odsetek zamieszkuje tereny Polski centralnej.

W Polsce wyznanie prawosławne deklaruje 507 tysięcy wiernych (stan na koniec 2018 roku), ale algorytm zastosowany w czasie spisu powszechnego ustalił nieco ponad 156 tysięcy (2011 rok), w Czechach około 30 tysięcy wiernych, ale w Bułgarii prawie 83% populacji (największy związek wyznaniowy w Bułgarii).

Założyciel

Jezus Chrystus. Ostateczne rozdzielenie Kościoła prawosławnego i Kościoła katolickiego dokonało się w roku 1054 z uwagi na różnicę dotyczącą pochodzenia Ducha Świętego.

Bóstwo

Prawosławie głosi wiarę w Boga, który jest prawdziwym Bogiem i prawdziwym człowiekiem (pełnia Bóstwa i człowieczeństwa). Bóg jest jeden i występuje w trzech Osobach: Ojciec, Syn i Duch Święty. Duch Święty jest trzecią Osobą Boską, pochodzi od Ojca i Syna przez jedno tchnienie (to zasadnicza rozbieżność w kwestii pochodzenia Ducha Świętego pomiędzy katolicyzmem a prawosławiem).

Prawosławie przyznaje szczególne miejsce Maryi, uznawanej za Matkę Bożą (Bogurodzica) i Matkę ludzi, uznając jej dziewictwo (i trwanie w nim) oraz wniebowzięcie. Wyższość Matki Bożej przyćmiewa postacie wszystkich świętych oraz Aniołów w niebie. Maryja Panna jest pierwszą najważniejszą osobą po Bogu, jest Orędowniczką i Wspomożycielką. Kult maryjny przejawia się w postaci całego szeregu świąt związanych z jej imieniem. Nazwy jej ikon określają głęboką wiarę w jej opiekę – często nazywana jest „Żarliwą Wspomożycielką", „Radością wszystkich udręczonych", „Wspomożeniem grzeszników".

Cel i droga osiągnięcia

Prawosławni wierzą w zmartwychwstanie w chwili powrotu Jezusa Chrystusa na ziemię oraz życie wieczne z Bogiem w Królestwie. Ponadto wierzą, że dusza ludzka jest nieśmiertelna, każdego czeka Sąd Ostateczny (Chrystus przyjdzie sądzić żywych i umarłych).

Główne rytuały

Do głównych zadań Cerkwi prawosławnej (czyli całej wspólnoty wierzących) należy głoszenie Jezusa Chrystusa światu oraz udzielanie sakramentów, które są widzialnymi znakami niewidzialnej łaski Boga, a czerpiących swą moc z Chrystusa.

Wyznanie prawosławne praktykuje siedem sakramentów, które ułożone są w trzech grupach:

- sakramenty wtajemniczenia chrześcijańskiego: chrzest, bierzmowanie, Eucharystia,

- sakramenty uzdrowienia: sakrament pokuty i pojednania, namaszczenie chorych,
- sakramenty w służbie komunii: sakrament święceń, sakrament małżeństwa.

Dzieci otrzymują komunię świętą od niemowlęctwa, a w czasie, kiedy potrafią rozróżnić dobro od zła (6.–7. rok życia) przystępują do sakramentu pokajania, pokuty lub spowiedzi (gr. *metanoia* lub *exomologisis*; cs. *pokajanije* lub *ispovedanije*). Spowiadającemu się wybacza się grzechy popełnione po chrzcie, a grzesznik dostępuje pojednania z Kościołem – dlatego sakrament ten często nazywany jest „drugim chrztem".

Spowiedź i dyscyplina pokutna sprawowane były w przeszłości przed całym zgromadzeniem. Z czasem spowiedź przyjęła formę prywatnej „narady" jedynie pomiędzy duchownym a spowiadającym się. Kapłanowi nie wolno ujawniać nikomu tego, co usłyszał podczas spowiedzi. W prawosławiu spowiedź wysłuchiwana jest nie w zamkniętym konfesjonale, lecz w każdej dogodnej części świątyni, zwykle w wolnej przestrzeni tuż przed ikonostasem. Duchowny i spowiadający się mogą stać, mogą też siedzieć w dowolnym miejscu kościoła – zawsze zwróceni twarzą do krzyża. Wielu prawosławnych ma własnego „ojca duchowego". Wezwaniem Ducha Świętego poprzedza się każdy sakrament.

Wielu teologów prawosławnych za sakramenty uznaje również: postrzyżyny mnisze, poświęcenie świątyni, wielkie poświęcenie wody podczas święta Epifanii, błogosławieństwo liturgiczne czy pogrzeb. Rozbieżności co do ostatecznej liczby sakramentów tłumaczą się tym, że nie było ustalonego jednoznacznie pojęcia sakramentu. Kościół prawosławny mimo tego, że oficjalnie nie uznał żadnej konkretnej liczby sakramentów, przyjmuje liczbę siedmiu: chrzest, bierzmowanie, Eucharystię, pokutę, kapłaństwo, małżeństwo i namaszczenie chorych.

W prawosławiu obowiązuje dwanaście świąt głównych, będących rzeczywistym przeżywaniem (a nie pamiątką konkretnych wydarzeń):

- Narodzenie Najświętszej Dziewicy Maryi (8/21 września).
- Podwyższenie Najczystszego i Życiodajnego Krzyża Pańskiego (14/27 września).
- Wprowadzenie Najświętszej Bogarodzicy do Świątyni (21 listopada/4 grudnia).
- Boże Narodzenie (25 grudnia/7 stycznia).
- Objawienie Pańskie (Chrzest Pański) (6/19 stycznia).
- Spotkanie Pańskie (2/15 lutego).
- Zwiastowanie Najświętszej Bogarodzicy (25 marca/7 kwietnia).
- Wjazd Chrystusa do Jerozolimy – Niedziela Palmowa (niedziela poprzedzająca Paschę).
- Wniebowstąpienie Pańskie (czwartek 40. dnia po Zmartwychwstaniu).

- Zesłanie Ducha Świętego na apostołów – Pięćdziesiątnica (niedziela 50. dnia po Zmartwychwstaniu).
- Przemienienie Pańskie (6/19 sierpnia).
- Zaśniecie Najświętszej Bogarodzicy (15/28 sierpnia).

Święta księga

Jedność tworzą: Pismo Święte wraz z Tradycją. Pismo Święte stanowi podstawową, centralną Księgę osób wierzących, jest autorytatywnym składnikiem depozytu Kościoła. Tradycja rozumiana jest w formie wykładania Biblii, postanowień doktrynalnych, nauczania i pism Ojców Kościoła, Symboli Wiary, obrzędów. W prawosławiu (w przeciwieństwie do protestantyzmu) obowiązuje ikonografia.

Kobieta i mężczyzna

Kobieta i mężczyzna zostali stworzeni do jedności. Choć apostołowie nauczali, że głową rodziny jest mężczyzna, a nie kobieta, to prawosławie zaznacza, że „pierwszeństwo" to nie oznacza nierówności. Władza męża jest wyłącznie władzą miłości.

Kobiety i mężczyzn obowiązuje należyte dbanie o rodzinę, najbliższych, znajomych. Szczególne miejsce zajmuje kwestia opieki i wsparcia osób chorych, umierających i samotnych. Prawosławni powinni dokładać wszelkich starań o odpowiednie wychowanie dzieci i ich edukację. Ordynacja kobiet w Kościele prawosławnym jest obecnie niemożliwa. Główne urzędy sprawowane są przez mężczyzn.

Stosunek do seksualności człowieka (współżycie seksualne, poczęcie dziecka, antykoncepcja, aborcja)

W wyznaniu prawosławnym pomiędzy małżonkami priorytetowa jest cecha czystości, która jest podstawą miłości. Współżycie seksualne powinno być podejmowane w małżeństwach sakramentalnych i być wyrazem wiernej miłości. Prawosławie uważa, że prokreacja nie jest wymogiem koniecznym. To jeden z wielu celów małżonków gdzie kwestia zjednoczenia obojga jest tym najważniejszym.

Antykoncepcja jest dozwolona pod warunkiem uzyskania błogosławieństwa ojca duchownego. Zakazana jest aborcja i wszelkie metody prowokujące aborcję.

Prawosławie wzywa ludzi do poszanowania tych, którzy przejawiają tendencje homoseksualne, uznając, że odmienna orientacja seksualna nie jest grzechem. Za grzeszne uznaje się czyny o podłożu seksualnym pomiędzy ludźmi tej samej płci.

Stosunek do higieny ciała

Każdy człowiek z uwagi na szacunek do Boga i dane mu życie przez Boga, powinien dbać o siebie poprzez przestrzeganie zasad higieny ciała.

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

Strój zawsze powinien być schludny, a podczas nabożeństw elegancki, wręcz uroczysty. Nigdy publicznie ciało człowieka nie powinno eksponować nagości. U kobiet znaczenie ma zakrywanie ramion i dekoltu oraz odpowiednia długość spódnicy. Kobiety, wchodząc do świątyni, powinny zakrywać głowę. U mężczyzn (szczególnie podczas nabożeństw) konieczne są koszule z długim rękawem i długie spodnie.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Według wyznania prawosławnego ostatecznym lekarzem i uzdrowicielem jest sam Bóg, dlatego Jemu poprzez modlitwę należy zawierzać prośby, błagania i wdzięczność. Zasadniczym celem medycyny jest szeroko pojęta profilaktyka związana nie tylko z procesem zapobiegania chorobom, lecz także sposobem prognozowania i propagowania wzorców kulturowych dotyczących ochrony środowiska społecznego i naturalnego człowieka. Profilaktyka ma powstrzymać czynniki chorobotwórcze, które bezpośrednio oddziałują na ludzki organizm. Według prawosławia medycyna jest nauką interdyscyplinarną korzystającą z osiągnięć wszelkich innych nauk. Posługa lekarska ma sens ściśle liturgiczny, łączy 4 podstawowe wymiary: therapeię (leczenie), epimeleię (zatroskanie lub opiekę), diakonię (służbę człowiekowi), leitourgię (służbę Bogu).

Stosunek do odżywiania się i przyjmowanych pokarmów

Zgodnie z treścią Pisma Świętego obowiązuje szacunek do wszelkich pokarmów. Charakterystyczne dla Kościoła prawosławnego jest przestrzeganie bardzo surowych reguł postu. W ciągu Wielkiego Postu i Wielkiego Tygodnia obowiązuje zakaz spożywania mięsa, ryb, produktów pochodzenia zwierzęcego (łącznie z nabiałem). Posty dzielą się na jednodniowe i wielodniowe:

- posty jednodniowe mają zawsze charakter ścisły np.: środa (wydanie na męki Jezusa), piątek (cierpienie i śmierć Jezusa),
- posty wielodniowe np.: post Filipowy (40 dni), Wielki Post z Wielkim Tygodniem (50 dni), post przed świętem Zaśnięcia Bogurodzicy (14 dni).

Należy dzielić się pokarmem z potrzebującymi. Zaleca się zanosić pokarmy poświęcone chorym i umierającym.

Stosunek do choroby i do śmierci

Wyznanie prawosławne względem choroby i śmierci człowieka opiera się na słowach zawartych w Ewangelii Św. Mateusza (25, 31–46): „Pan sądzić nas będzie nie za naruszenie przykazań, a za stosunek wobec bliźniego”.

Pomoc i posługa chorym jest podstawowym obowiązkiem prawosławnych w ich drodze do zbawienia.

Prawosławie dopuszcza pomoc medyczną wykorzystującą wszystkie metody znane nauce z wyjątkiem sytuacji, w której pomoc choremu miałaby obarczyć zdrowie drugiej osoby (np. przeszczep nerki).

Chorzy składają modlitwy w kaplicy szpitalnej lub/i modlą się do przyłóżkowej ikony, krucyfiksu, wody święconej, artosa (poświęcony chleb wielkanocny) lub prosfory (mała przaśna bułeczka używana do komunii świętej).

Osoby bliskie chorego modlą się indywidualnie lub odbywają się modlitwy świątynne, gdzie w czasie liturgii wspomina się chorego. Popularną formą jest także Moleben – nabożeństwo odprawiane po liturgii świętej jako wyraz konkretnej intencji (święci się pokarmy „za zdrowie chorego", które konsumowane są przez osoby uczestniczące w liturgii i niesione do chorego).

Chorzy przystępują do sakramentów: spowiedzi, eucharystii, namaszczenia chorych świętym olejem (tzw. *soborowanije*) jako prośba o uzdrowienie duszy i ciała. Sakramentów udziela kapłan, w przypadku jego nieobecności powiadamia się najbliższą parafię.

W przypadku śmierci chorego w szpitalu, rodzina przynosi święty krzyżyk (zakładany na szyję zmarłego) lub ikonę (wkładaną w ręce zmarłego). Gdy śmierć chorego nastąpiła w domu, rodzina prowadzi całodobowe czuwanie, modlitwy odprawiane są przy zapalonych świecach, składa się kondolencje. Trumna jest otwarta. Przed pogrzebem ciało zmarłego jest myte, a ubranie ma charakter odświętny. Obrzęd pogrzebowy odbywa się na drugi dzień po śmierci.

Żałoba w przypadku pokrewieństwa pierwszego stopnia (mąż, żona, ojciec, matka, brat, siostra) trwa rok – obowiązuje pełna żałoba w czerni. Dalsi krewni zmarłego przez 40 dni po pogrzebie noszą tzw. lżejszą żałobę: mężczyźni – czarne opaski na rękawie; kobiety – czarne chusty lub szaliki.

Osoby prawosławne unikają kremacji zwłok (chyba że jest to w danym przypadku konieczne). Troska o duszę zmarłego nie kończy się w momencie pogrzebu. Według tradycji duszy ludzkiej trzeba pomóc przejść kolejne progi (3., 9., 20. i 40. dzień po śmierci). W tych dniach zamawia się specjalne msze za duszę zmarłego, podczas których następuje poświęcenie pokarmu (jest to rodzaj kutii – zyto). Najważniejsza jest liturgia 40. dnia. Uważa się, że w tym dniu dusza ostatecznie żegna się ze światem i doczesnością. Ostatecznie odchodzi tam, skąd nie ma już powrotu. Do 40. dnia grób jest odwiedzany codziennie. Przy zapalonej lampce oliwnej i świecach odprawiane są modlitwy (w rodzinach tradycyjnych w okresie 40-dniowym na grób wylewa się wino, tworząc formę krzyża). Po tym okresie grób jest odwiedzany dowolnie, najczęściej w piątki – w dniu Męki Pańskiej.

Komunikacja i sposób przekazywania informacji

Wszelkie informacje przekazywane są ustnie w bezpośredniej rozmowie z kapłanem, często także w formie pisemnej. Podobnie jak dwa poprzednie wyznania, prawosławie korzysta z zasobów Internetu, tworząc swoje strony internetowe.

Informacje o pogrzebie rozgłaszane są w formie pisemnej (na klepsydrach umieszcza się zdjęcie zmarłego), ustnej lub telefonicznej – zarówno zaraz po śmierci, jak i w czasie późniejszym na 9, 20 i 40 dni po śmierci, kiedy odprawiane są liturgie w intencji zmarłego.

Podsumowanie – istotne aspekty opieki medycznej nad pacjentem/pacjentką religii chrześcijańskiej (wyznania katolickiego, protestanckiego, prawosławnego)

- Należy mieć świadomość, że nie istnieją zasadnicze różnice pomiędzy wyznaniami religii chrześcijańskiej w aspekcie opieki medycznej nad chorym. Wszystkie wyznania tej religii mają wiele cech wspólnych.
- Należy zapoznać się z aspektami religii chrześcijańskiej, by świadomie i profesjonalnie opiekować się pacjentem/pacjentką.
- W warunkach hospitalizacji zarówno katolicy, protestanci, jak i prawosławni modlą się (często z pomocą Pisma Świętego), przyjmują sakramenty, kontaktują się z kapłanem swojego wyznania, przystępują do spowiedzi, zachowują postanowienia postne, celebrują wybrane święta.
- Wszystkie wyznania religii chrześcijańskiej doceniają rozwój i zasoby medycyny w zakresie leczenia człowieka, jednogłośnie przeciwstawiają się aborcji i wszelkim działaniom aborcyjnym.
- W aspekcie opieki medycznej (w tym szpitalnej) zasadnicze różnice pomiędzy wyznaniami polegają na liczbie przyjmowanych sakramentów, treści modlitw, odmiennych symboli wiary towarzyszących choremu, innych dni kalendarzowych uznawanych jako dni świąteczne lub okres postu.
- Należy umożliwić każdemu pacjentowi/pacjentce czas wolny poświęcony modlitwie. Należy unikać przerywania modlitwy, zapewnić poczucie prywatności i intymności.
- Należy uszanować praktykę modlitwy w postaci umożliwienia posiadania świętych symboli wiary danego wyznania (np. różaniec, obrazek święty, modlitewnik, ikona) np. na stoliku przyłóżkowym.
- Należy umożliwić spotkanie z kapłanem danego wyznania.
- Należy umożliwić przyjmowanie sakramentów (np. Eucharystii, Sakramentu Namaszczenia Chorych) w miejscu, gdzie przebywa pacjent/pacjentka.
- Jeśli stan zdrowia pacjenta/pacjentki na to pozwala, należy umożliwić wzięcie czynnego udziału w liturgii.

- Należy umożliwić czytanie Pisma Świętego.
- Należy umożliwić odwiedziny rodziny, osób najbliższych (jeśli stan zdrowia pacjenta/pacjentki pozwala) lub zezwolić na kontakt telefoniczny.
- Należy uszanować reguły postu w zależności od preferowanego wyznania.
- Pacjenci wszystkich trzech wyznań uznają za zasadne wdrażanie programów profilaktycznych, którym celem jest dbanie o zdrowie. Chętnie korzystają z programów pokrewnych.
- Dla każdego wyznania istotne znaczenie ma codzienna higiena ciała oraz należyte czyste ubranie.
- We wszystkich wyznaniach akceptacji nie zyskują operacje mające na celu wyłącznie upiększenie ciała.
- Wierni każdego z trzech wyznań okazują szacunek do spożywanych pokarmów, nauczeni słowami Pisma Świętego – dzielą się z potrzebującymi.
- Choroba człowieka stanowi w religii chrześcijańskiej wyzwanie moralne. Uznaje się, że choroba, cierpienie i śmierć przynależą całkowicie naturalnie do ludzkiego losu.
- Rodzina i bliscy okazują chorym zainteresowanie, wsparcie i pomoc. Często chcą towarzyszyć przy śmierci.
- Największą pomocą w chorobie jest siła modlitwy i pełnego zawierzenia Bogu, zarówno ze strony chorego, jak i jego najbliższych.
- W obliczu śmierci praktykowane są rytuały modlitewne, często wizyta kapłana oraz udzielanie wybranego sakramentu.
- Umarłemu wykonuje się toaletę ciała, zakłada się czyste ubranie. Często dłonie zmarłego układa się w taki sposób, by były splecione ze sobą.
- Wyznania religii chrześcijańskiej preferują bezpośredni dialog jako najpopularniejszą formę komunikacji.

Istotne różnice pomiędzy wyznaniem protestanckim, a katolickim i prawosławnym (w kontekście hospitalizacji)

- Protestanci nigdy nie oddają czci Matce Boga.
- Jako jedyni uznają i przyzwalają na zastosowanie metody *in vitro* wśród małżeństw zmagających się z niepłodnością.
- W Kościele tym przyjmuje się aktualność darów uzdrawiania natury nadnaturalnej.
- Chrzest następuje tylko i wyłącznie za świadomą zgodą katechumena.

Piśmiennictwo

1. Alfiejew H. Perspektywy prawosławia w nowej Europie. Wiadomości Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego 2004; 5.
2. Bordeyne Ph, Morrill B. Baptism and Identity Formation: Convergences in Ritual and Ethical Perspectives. Studia Liturgica 2012; 42: 154–175.
3. Derdej P. Status prawny Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego w III Rzeczypospolitej. Warszawa–Białystok; 2005: 21.
4. Głąb A. O naturalnej potrzebie religii i minimum chrześcijaństwa. Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria 2018; 27(3): 107.
5. Hakkela S. Między Bogiem a człowiekiem. Przegląd Prawosławny 2004; 6(228): 23–24.
6. Kałużny T. Kościół prawosławny w drodze do Świętego i Wielkiego Soboru. W: Kałużny T, Kijas ZJ. Przed Soborem Wszechprawosławnym. Kraków; 2016: 119–149.
7. Kocój E. Pamięć starych wieków. Symbolika czasu w rumuńskim kalendarzu prawosławnym. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
8. Kuprianowicz G. Prawosławie w Polsce od 1918 roku do współczesności. W: Leśniewski K, red. Prawosławie. Światło ze Wschodu. Lublin; 2009: 786.
9. Kurowska AC, Tookman A. Medycyna paliatywna. W: Axford J, red. Choroby wewnętrzne. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1999: 287–303.
10. Kwiecień M. Pomiędzy milczeniem a śpiewem, czyli „hezychazm" jako mistyczna tradycja prawosławia. W kręgu problematyki dotyczącej kształtowania świadomości religijnej. W: Drozdowicz Z, red. Religia i religijność Europy. Poznań; 2002: 111–128.
11. Markwell HJ, Brown BF. Bioethics for clinicians: 27. Catholic bioethics. CMAJ 2001; 165: 189–192.
12. Mazanec P, Kay TM. Cultural Considerations in End-of-Live Care: how ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. Am J Nurs 2003; 3: 50–58.
13. Mitropolit Joakinij ze Sliwen. Prawosławny katechizm i duchowe rady. Sofia: Wyd. Synodu Bułgarskiej Cerkwi Prawosławnej; 2006.
14. Nadolski B. Niedziela. Historia, znaczenie, symbolika. Kraków; 2010: 9.
15. Nowicka e. Świat człowieka – świat kultury. Warszawa; 2009: 119–120.
16. Pawluczuk U. Życie monastyczne w II Rzeczpospolitej. W: Chomik P, red. Kościół Prawosławny w dziejach Rzeczpospolitej i krajów sąsiednich. Białystok; 2000: 154–166.
17. Pruszyński JJ, Grabowska-Grzyb A. Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. Gerontologia Polska 2007; 15(4): 128–136
18. Pruszyński JJ. Potrzeby i oczekiwania przedstawicieli różnych religii w okresie choroby. Terapia 2006; 1: 53–57.
19. Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: GUS; 2012: 105–107.
20. Romanowicz W. Religijność wyznawców prawosławia w Polsce. Raport z badań socjologicznych. Biała Podlaska; 2012: 96.
21. Romanowicz W. Świadomość religijna i moralna młodzieży prawosławnej. Biała Podlaska; 2013: 126.
22. Romanowicz W. Współczesne oblicze polskiego prawosławia. Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych 2015; 3: 159–180.
23. Skibińska-Opoka L. Geografia prawosławia w Polsce. Peregrinus cracoviensis 1998; 6.
24. Stein W. Der Grosse Kulturfarplan. Berlin: F.A. Herbig Verlagsbuchhandlung; 1993.
25. Tanner N. Krótka historia Kościoła katolickiego. Nowe spojrzenie. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2011: 42–86.

26. Urban K. Kościół Prawosławny w Polsce 1945–1970 (rys historyczny). Kraków; 1996: 231–233.

27. Uspienski L. Symbolika cerkwi. Białystok: Parafia Prawosławna św. Jerzego; 2000.

28. Wolińska T. Rozłam w łonie Kościoła. W: Paleologowie. Warszawa; 2011: 53.

29. Wolniewicz B. O chrześcijaństwie. W: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, t. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 203–223.

30. Wolniewicz B. O idei losu. W: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, t. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 247–259.

31. Wolniewicz B. O wartości życia – względnej i bezwzględnej. W: Wolniewicz B. Filozofia i wartości, t. IV, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2016: 261–272.

2.1.2. Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy

Świadkowie Jehowy należą do chrześcijańskiej społeczności religijnej, liczącej 8 579 909 osób w 240 krajach. Według danych z 2018 roku w Polsce liczba wyznawców wynosiła 116 299, tym samym są trzecim pod względem liczby wiernych wyznaniem w Polsce. Liczba głosicieli w Republice Czeskiej wynosiła 15 442, a w Bułgarii 2530.

Charakterystyka Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy

Świadkowie Jehowy są najliczniejszym odłamem zainicjowanego przez Charlesa Taze Russella (1852–1916) ruchu Badaczy Pisma Świętego. Następca Russella, amerykański prawnik, kaznodzieja religijny, drugi prezes Towarzystwa Biblijnego i Traktatowego – Strażnica Joseph Franklin Rutherford (1868–1942) przekształcił luźne gminy badaczy Pisma Świętego w zwartą i prężną organizację teokratyczną, posłuszną przełożonym mianowanym przez centralne władze Towarzystwa. W 1931 r. najliczniejsza grupa zwolenników Rutheforda przyjęła nazwę świadków Jehowy.

Doktryna świadków Jehowy opiera się na Starym i Nowym Testamencie. Jest to związek wyznaniowy, dla którego jedynym bogiem jest Jehowa. Jego członkowie kładą duży nacisk na posługiwanie się imieniem własnym Boga Stwórcy w odpowiednich sytuacjach i z należytym szacunkiem. Świadkowie Jehowy nazywani są Badaczami Pisma i to Biblia jest podstawą ich wierzeń. Przyjmują tzw. kanon protestancki (odrzucają tzw. księgi deuterokanoniczne Starego Testamentu, uważając je za apokryfy), uznają 27 ksiąg Nowego Testamentu (Chrześcijańskich Pism Greckich). Odrzucają wszystkie inne tradycje pozabiblijne, w tym również tzw. Tradycję Apostolską. Uznają tylko Boga jednoosobowego – Jezus i Duch Święty nie mają przymiotu boskości.

Głównym zadaniem wyznawców jest dosłowna drobiazgowa analiza wersetów Biblii oraz działalność kaznodziejska poprzez nauczanie ludzi również w środowisku domowym, dyskutowanie, publikowanie artykułów. Ewangeliczna zasada „nie

zabijaj" zobowiązuje m.in. do bezwzględnego pacyfizmu, odmowy służby wojskowej, noszenia broni, oddawania czci sztandarom, osoby te nie uczestniczą również w życiu politycznym, ponieważ jest to sprzeczne z zasadą miłości bliźniego. Świadkowie Jehowy nie obchodzą urodzin, imienin, odrzucają rytuały i święta religijne z wyjątkiem chrztu. Jedynym świętem przez nich uznawanym jest upamiętnienie śmierci Chrystusa (według nich święto nie ma wiele wspólnego z Wielkanocą).

Bardzo kontrowersyjne jest traktowanie byłych współwyznawców – osoby, które dobrowolnie zrezygnowały z bycia świadkiem lub zostały wyrzucone z organizacji, są ofiarą ostracyzmu. Jeszcze bardziej kontrowersyjne jest porzucanie dzieci, jeśli lekarze wbrew woli rodziców przeprowadzą transfuzję krwi.

Podstawowymi jednostkami organizacyjnymi są liczące po kilkadziesiąt osób zbory, pogrupowane w obwody, a te z kolei w okręgi – ma to zapewnić sprawną pracę głosicielom oraz ich nadzorcom. Każdy kaznodzieja/głosiciel składa co miesiąc sprawozdanie ze swojej działalności.

Podstawowe praktyki religijne świadków Jehowy obejmują:

- modlitwę do Boga (Filipian 4:6);
- czytanie i studiowanie Biblii (Psalm 1:1-3);
- rozmyślanie nad tym, czego dowiedzieliśmy się z Biblii (Psalm 77:12);
- uczęszczanie na wspólne spotkania, by się modlić, studiować Pismo Święte, śpiewać pieśni, dawać wyraz swojej wierze oraz zachęcać się nawzajem (Kolosan 3:16; Hebrajczyków 10:23-25);
- głoszenie „dobrej nowiny o królestwie" (Mateusza 24:14);
- modlitwę do Boga (Filipian 4:6);
- czytanie i studiowanie Biblii (Psalm 1:1-3);
- rozmyślanie nad tym, czego dowiedzieliśmy się z Biblii (Psalm 77:12);
- uczęszczanie na wspólne spotkania, by się modlić, studiować Pismo Święte, śpiewać pieśni, dawać wyraz swojej wierze oraz zachęcać się nawzajem (Kolosan 3:16; Hebrajczyków 10:23-25);
- pomaganie potrzebującym (Jakuba 2:14-17);
- budowanie i utrzymywanie Sal Królestwa oraz innych obiektów służących ogólnoświatowej biblijnej działalności wychowawczej (Psalm 127:1);
- niesienie pomocy ofiarom kataklizmów (Dzieje 11:27-30).

Kobieta i mężczyzna

Jehowy w Apostoł Paweł napisał: „Nie pozwalam kobiecie (...) sprawować władzy nad mężczyzną, lecz ma zachowywać milczenie. Bo Adam został ukształtowany pierwszy, potem Ewa" (1 Tymoteusza 2:12, 13). Podobne zasady obowiązują w zborze chrześcijańskim. Nie oznacza to, że podczas zebrań chrześcijańskich kobiety w ogóle nie mają prawa zabierać głosu. Zachowują milczenie w tym sensie,

że nie spierają się z mężczyznami. Nie próbują umniejszać ich pozycji ani nauczać w zborze. Zadaniem kobiet jest w różny sposób wzbogacać zebrania, ale nadzór i nauczanie należy do mężczyzn.

W Psalmie 68:11 czytamy: „Jehowa podaje słowo; zwiastunem dobrej nowiny jest wielki zastęp". Takim zwiastunom należą się słowa uznania. To dzięki ich umiejętnemu nauczaniu podczas domowych studiów biblijnych wiele osób przyjmuje prawdziwe nauki podobające się Bogu. Na „wysławianie" zasługują też chrześcijańskie żony, które pomagają swym dzieciom posiąść wiarę i wspierają mężów, by mogli wywiązywać się z obowiązków zborowych (Przysłów 31:10-12, 28). Również samotne siostry zajmują ważne miejsce w zamierzeniu Bożym. A mężczyźni mają „upraszać starsze kobiety jak matki, młodsze kobiety jak siostry, z wszelką czystością" (1 Tymoteusza 5:1, 2). Świadkowie Jehowy uważają, że Bóg wyznaczył mężczyznom określone role – obowiązki zborowe, z których powinni się należycie wywiązywać, rolą kobiety jest okazywanie szacunku i wspieranie mężczyzny.

W Chrześcijańskim Zborze Świadków Jehowy normy religijne wyznaczają ściśle kształt życia rodzinnego. Świadkowie Jehowy starają się nie poddawać czynnikom, które wpływają na transformację małżeństwa. Nie aprobują konkubinatu. Wierzą, że można zbudować szczęśliwe życie rodzinne, nawet w czasach, gdy współczesny model rodziny przeżywa kryzys. Wszystko, co dotyczy życia rodzinnego, powinno być wyrazem miłości i szacunku do Boga. Stosowanie w życiu rodzinnym zasad podanych przez Boga w Biblii umożliwia duchowe zbliżenie się do Niego. Biblia jest dla świadków Jehowy źródłem norm określających model małżeństwa, regulujących życie seksualne, wyznaczających podział ról w hierarchii rodzinnej, podających wskazówki odnoszące się do wychowywania dzieci, rozwodów i separacji. Małżeństwa świadków Jehowy są monogamiczne w każdym kręgu społeczno-kulturowym. Uważają oni, że celem uniknięcia nieporządku i zamieszania każde małżeństwo albo rodzina potrzebuje przewodnictwa. I to właśnie mężczyzna powinien być głową rodziny, ponieważ posiada naturalne cechy i predyspozycje, które umożliwiają mu wywiązywanie się z tej roli. Nie oznacza to jednak, że uznają pozycję mężczyzny za lepszą w porównaniu z pozycją kobiety. Mężczyźni powinni okazywać życzliwość i wyrozumiałość w stosunku do kobiet, gdyż w ten sposób biorą wzór z postępowania Pana Chrystusa wobec apostołów. W poradnikach rodzinnych świadków Jehowy podkreśla się, aby mężowie nie wykorzystywali swojej roli w rodzinie do tyranizowania żony. Żonie o wiele łatwiej przychodzi respektowanie zwierzchnictwa męża, gdy ten okazuje skromność i pokorę, a wystrzega się dumy i uporu. Przemoc domowa jest przestępstwem. Na mężczyźnie spoczywa obowiązek zapewnienia żonie i dzieciom odpowiedniego statusu materialnego, nie może się to jednak odbywać kosztem czasu przeznaczonego dla rodziny. Praca zawodowa nie zwalnia też męża od obowiązków domowych. Przewodnictwo w rodzinie wiąże

się z planowaniem zajęć rodzinnych oraz niewzbranianiem się od podejmowania decyzji. Pozostawienie wszelkich decyzji żonie jest niewłaściwe i działa ze szkodą dla całej rodziny. Podobnie dzieje się wówczas, gdy następuje sytuacja odwrotna – mąż wszystko robi sam i nie pozwala żonie przejawiać inicjatywy. Żona powinna czuć się potrzebna, nie tylko dzięki otrzymywanym prezentom. Przyczynią się do tego poświęcany jej czas i uwaga, a także uwzględnianie jej zdania przed powzięciem decyzji. Świadkowie Jehowy uważają, że najbardziej sprawdzone jest działanie zespołowe. Żona w etyce religijnej świadków Jehowy jest traktowana jako uzupełnienie męża, a nie jego rywalka. Takie pojmowanie roli żony wynika z przeświadczenia, że Bóg stworzył Ewę w celu uzupełnienia Adamowi samotnego życia. Rola kobiet w małżeństwie świadków Jehowy zasadniczo oparta jest na dwóch zasadach: podporządkowaniu się mężowi oraz okazywaniu mu szacunku. Etyka religijna świadków Jehowy zakłada, że żona ma być pomocna i popierać decyzje męża oraz nie powinna poniżać go i krytykować. Świadkowie Jehowy zakładają, że zasady te obowiązują również wtedy, gdy mężowie wyznają inną religię. Poważanie oraz uznawanie autorytetu głowy rodziny należy się, niezależnie od tego czy mąż jest tak jak żona świadkiem Jehowy, czy też należy do innego wyznania. Wyjątek stanowi sytuacja, jeżeli mąż wymaga od żony złamania norm obowiązujących w jej religii.

Stosunek do seksualności człowieka (współżycie seksualne, poczęcie dziecka, antykoncepcja, aborcja)

Normy etyki religijnej członków chrześcijańskiego zboru dotyczące współżycia seksualnego mówią, że seks pozamałżeński jest niemoralny. Seks pozamałżeński zawsze kończy się źle, wywołuje poczucie winy i problemy małżeńskie, a może też doprowadzić do niechcianej ciąży, choroby albo nawet śmierci. Wydawane przez nich publikacje, dostępne w ponad 700 językach, zawierają wiele wskazówek i porad dla nastolatków oraz osób dorosłych dotyczących norm moralnych. Surowo potępiają oni kontakty seksualne między osobami tej samej płci i związki homoseksualne, a także między ludźmi a zwierzętami (może chodzić o stosunek płciowy, seks oralny i analny oraz pieszczenie czyichś narządów płciowych).

Pismo Święte nie zabrania kontroli urodzin i korzystania przez pary małżeńskie z odpowiednich metod planowania rodziny. Świadkowie Jehowy nie aprobują nieślubnego macierzyństwa. Odrzucają także metody antykoncepcyjne o działaniu poronnym. Uważają także, że zapłodnienie *in vitro*, gdy komórka jajowa i nasienie pochodzą od osób niebędących małżeństwem, oznacza cudzołóstwo i jest niedopuszczalne.

Opieka prenatalna nad świadkami Jehowy obejmuje rozmowę na temat tego, jakie produkty krwiopochodne są możliwe do zaakceptowania i jakie metody alternatywne są dostępne. Należy zapewnić właściwą informację, w tym formularz braku

zgody na przetoczenie krwi, formularz ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz plan opieki, aby dać czas na omówienie go z rodziną. Istotne jest, aby przynajmniej jedna wizyta odbyła się bez obecności członków rodziny lub znajomych, co umożliwi szczere wyrażenie własnych opinii. Przygotowanie do porodu powinno obejmować podjęcie decyzji związanych z ewentualnym zgonem. Wyznaczenie pełnomocnika medycznego oraz najbliższych krewnych do opieki nad dzieckiem może istotnie wpłynąć na kobietę w podejmowaniu przez nią decyzji oraz uświadomić potencjalnie konsekwencje braku zgody na przetoczenie krwi. Ponadto ten krok odwraca nakazane sądownie zniesienie takiej odmowy. Poród należy zaplanować w ośrodku trzeciego stopnia referencyjności wyposażonym właściwie na wypadek zagrażającego życiu masywnego krwotoku. Celem prowadzenia porodu u kobiet świadków Jehowy jest zapobieganie masywnemu krwotokowi.

Aborcja jest dla świadków Jehowy niedopuszczalna. W sytuacji, gdy podczas porodu trzeba wybrać miedzy życiem matki a życiem dziecka, decyzję podejmują rodzice lub prawni opiekunowie.

Stosunek do higieny ciała

„Świętość ma wiele wspólnego z czystością". Zadbana powierzchowność jest ściśle związana z przekonaniami religijnymi świadków Jehowy – „czystością przysparzamy chwały naszemu Bogu".

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

Jako słudzy Jehowy świadkowie Jehowy bardzo dbają o czystość moralną, ich odpowiedni wygląd ma się przyczyniać do tego, aby inni (bracia i siostry) czuli się dobrze w ich towarzystwie. Chcą stosować się do biblijnej rady, by „ozdabiać się schludnym ubiorem, ze skromnością i trzeźwością umysłu, jak przystoi osobom utrzymującym, że boją się Boga" (1 Tym. 2:9, 10). Chociaż apostoł Paweł pisał o kobietach, ta sama zasada odnosi się do mężczyzn. Ze wskazówek Boga jasno wynika, że nie uznaje On upodabniania się mężczyzn do kobiet, i na odwrót, lub stylu ubierania, który sprawia, że trudno jest określić płeć danej osoby. Stosując się do zasad ze Słowa Bożego, unikają ubrań obcisłych, prześwitujących lub wyzywających (np.: odzież, która odsłania lub podkreśla intymne części ciała). Ubiór ma być dostosowany do okoliczności.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Świadkowie Jehowy bardzo cenią sobie życie – jako dar od Boga. Wyznają zasadę, że nikt nie ma pełnej kontroli nad swoim zdrowiem, ale podjęcie rozsądnych działań przyczynia się do zminimalizowania ryzyka wystąpienia wielu poważnych chorób. Dbają o swoje ciało, unikają ekstremalnych sportów i form rozrywki. Wydawana przez nich literatura, zawiera wiele rzetelnych i praktycznych informacji

dotyczących profilaktycznej ochrony zdrowia. Świadkowie Jehowy wyznają zasadę „nie zatruwaj swojego organizmu" – nie palą tytoniu, nie nadużywają alkoholu oraz nie zażywają narkotyków. Ponieważ zwyczaj objadania się i nadmiernego picia niekorzystnie odbija się na zdrowiu, nawołują do zachowania umiaru w nawykach. Z uwagi na to, że umysł i ciało są ze sobą ściśle związane, zalecają kontrolę negatywnych emocji i koncentrowanie się na tym co pozytywne. W myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć" wskazują, że dbanie o odpowiednią higienę (np. prosty nawyk mycia rąk), korzystanie z czystej wody, właściwe odżywianie – prawidłowa i zbilansowana dieta, aktywność fizyczna oraz dostateczna ilość snu zapobiegają wielu chorobom.

Charakterystyka odżywiania się i przyjmowania pokarmów

Świadkowie Jehowy powstrzymują się od spożywania krwi i niewykrwawionego mięsa (Dzieje 15:20, 28, 29). Poza tym nakazem biblijnym nie mają jako grupa żadnych ograniczeń co do spożywania pokarmów.

Stosunek do choroby i śmierci

Świadkowie Jehowy nie praktykują uzdrawiania wiarą, kochają życie i czynią wszystko w granicach rozsądku by je przedłużyć. Chcą się leczyć i korzystać z najnowszych zdobyczy medycyny. Zabiegają o jak najlepszą opiekę medyczną i akceptują zdecydowana większość form leczenia. Sami szukają opieki medycznej, gdy jest im potrzebna. Wiele sądów uznaje elementarne prawo pacjenta do stanowienia o własnym ciele przy podejmowaniu decyzji w sprawach medycznych, toteż chronią jego autonomię, kierując się zasadą świadomej zgody i świadomego wyboru leczenia. W niektórych krajach obejmuje ona również dojrzałych nastolatków. Pacjent (bądź jego rodzice lub opiekunowie małoletniego) powinien być dokładnie poinformowany o rozpoznaniu, rokowaniu i zaleceniach co do leczenia, aby mógł podejmować w tych sprawach świadome decyzje. Rodzice mają ustawowe i naturalne prawo podejmowania takich decyzji za swoje małoletnie dzieci.

W wielu krajach, stosownie do osobistej sytuacji i przepisów prawa, każdy świadek Jehowy rozstrzyga, kogo zechce ustanowić pełnomocnikiem medycznym na wypadek, gdyby był niezdolny do samodzielnego podejmowania decyzji. Jeśli pacjent ustanowił pełnomocnika w sprawie opieki zdrowotnej i zaznaczył to w dokumencie, który zawczasu sobie sporządził na wypadek utraty przytomności, to należy uszanować prawo pełnomocnika do podejmowania decyzji w imieniu nieprzytomnego pacjenta.

Współwyznawcom, którzy są chorzy lub przebywają w szpitalu, świadkowie Jehowy niosą duchowe pokrzepienie i praktyczną pomoc. W większości dużych miast działają Grupy Odwiedzania Chorych składające się z wykwalifikowanych kaznodziejów.

Świadkowie Jehowy, kierując się nakazami przedstawionymi w Biblii, nie wyrażają zgody na transfuzję krwi pełnej, krwinek czerwonych, krwinek białych, płytek krwi i osocza. Proszą natomiast o leczenie alternatywne wobec transfuzji. Aby uniknąć transfuzji krwi w trakcie opieki medycznej, korzysta się z różnych klinicznych strategii leczenia krwotoku i niedokrwistości. Takie strategie alternatywne wobec transfuzji obejmują stosowanie w odpowiednich kombinacjach leków, sprzętu i różnych technik w celu zmniejszenia lub uniknięcia utraty krwi i pobudzenia krwiotworzenia. Podejście to polegające na korzystaniu z rozmaitych metod przez współpracujący zespół, określa się mianem bezkrwawej medycyny (lub bezkrwawej chirurgii), oszczędzania krwi bądź postępowania z krwią pacjenta. Komitety Łączności ze Szpitalami pomagają pacjentom tej grupy wyznaniowej w znalezieniu lekarza, który będzie ich leczył z poszanowaniem ich przekonań co do krwi. Ponieważ w Biblii nie ma konkretnego zlecenia co do frakcji krwi, świadkowie Jehowy uważają, że decyzja, czy zgodzić się na ich zastosowanie w celach leczniczych, należy do każdego pacjenta osobiście. Poglądy świadków Jehowy co do użycia frakcji uzyskanych z podstawowych składników krwi znacznie się między sobą różnią. Lekarze powinni się z góry upewnić, jaką decyzję podjął w tej sprawie każdy pacjent. Ponieważ Biblia odróżnia szpik kostny od krwi, więc kwestia, czy wyrazić zgodę na jego transplantację, jest sprawą osobistą. Poglądy religijne świadków Jehowy nie zabraniają kategorycznie stosowania frakcjonowanych preparatów krwi. Każdy świadek musi sam zadecydować, czy przyjąłby immunoglobuliny lub surowice zawierające te frakcje. Świadkowie Jehowy nie zgadzają się na przedoperacyjną donację krwi własnej (pobranie krwi przed operacją) i przechowanie jej do ponownego przetoczenia.

Poddanie się plazmaferezie jest kwestią osobistej decyzji każdego świadka Jehowy, jeśli podczas zabiegu stosuje się płyn osoczozastępczy (np. roztwór koloidu). Świadkowie Jehowy nie akceptują uzupełniania objętościami osoczem alogenicznym.

Chociaż Biblia wyraźnie zakazuje spożywania krwi, to nie ma w niej bezpośredniego przykazania zabraniającego korzystania z innej tkanki ludzkiej. Dlatego decyzja, czy zgodzić się na transplantację lub dawstwo jakiegoś narządu, jest sprawą osobistą.

Pozyskiwanie komórek macierzystych kosztem życia embrionu jest dla świadków Jehowy niedopuszczalne. Natomiast każdy pacjent decyduje, czy przyjąć komórki macierzyste pozyskane z jego własnej krwi lub z krwi innej osoby, pod warunkiem że podczas takiej procedury nie następuje celowe pobranie, przechowanie i przetoczenie składników krwi.

Życie jest święte. Z tego powodu należy czynić rozsądne i humanitarne wysiłki, by je przedłużać i podtrzymywać. Jednakże Biblia nie wymaga podejmowania nadzwyczajnych, skomplikowanych, rozpaczliwych i kosztownych starań, by podtrzymywać przy życiu osobę umierającą. W niektórych przypadkach lekarze mogą

zgodnie twierdzić, że te metody przedłużałyby jedynie proces umierania i utrzymywały chorego przy życiu pozbawionym jakiejkolwiek treści. Należy uszanować wyraźne polecenia pacjenta w tej sprawie, wydane ustnie lub na piśmie.

Świadkowie Jehowy nie mają szczególnych rytuałów, które należałoby odprawiać wobec chorych lub umierających. Należy podejmować wszelkie rozsądne wysiłki, by nieść choremu ulgę przez pomoc medyczną i duchową.

W sprawie sekcji zwłok pacjent komunikuje swoje stanowisko za życia. Niekiedy prawo może wymagać przeprowadzenia sekcji w celu ustalenia przyczyny zgonu.

Komitety Łączności ze Szpitalami

Aby wesprzeć świadków Jehowy w ich zdecydowanej odmowie przyjmowania transfuzji krwi, pomóc personelowi medycznemu bezstronnie spojrzeć na ich stanowisko oraz w celu lepszej współpracy, utworzono Komitety Łączności ze Szpitalami. Składają się one z przeszkolonych kaznodziejów, którzy komunikują się z lekarzami, pozostałym personelem medycznym, pracownikami społecznymi i przedstawicielami sądownictwa. Komitety nadzoruje Służba Informacji o szpitalach, której biuro międzynarodowe znajduje się w Brooklynie. Komitety udostępniają nieodpłatnie na życzenie pacjenta lub jego lekarza w formie drukowanej lub elektronicznej materiały źródłowe na temat oszczędzania krwi lub postępowania bez transfuzji w różnych specjalizacjach i sytuacjach klinicznych. Internetowa biblioteka takich artykułów znajduje się na stronie: https://www.jw.org/pl/medical-library/strategie-materialy-do-pobrania/komitety-lacznosci-ze-szpitalami-swiadkowie-jehowy/

Kontakt z przedstawicielami Komitetu Łączności dla pracowników ochrony zdrowia, którzy opiekują się świadkami Jehowy:

- Biuro Międzynarodowe: +1 718 560 4700; HIS@jw.org;
- Polska: Służba Informacji o Szpitalach (Polska) +48 538 970 000;
- Bułgaria: Służba Informacji o Szpitalach (Bułgaria) +359 879 990 409;
- Czechy: Służba Informacji o Szpitalach (Czechy) +421 948 910 065.

Podsumowanie – istotne aspekty opieki medycznej nad pacjentem/pacjentką Świadkiem Jehowy

- Jeżeli pacjent/pacjentka jest świadkiem Jehowy, konieczne jest udokumentowanie tego faktu.
- Świadkowie Jehowy kładą duży nacisk na ochronę zdrowia, w razie choroby lub wypadku oczekują jak najlepszej opieki i chętnie godzą się na większość metod leczenia.
- Świadkowie Jehowy nie spożywają krwi i nie wyrażają zgody na transfuzję. Należy przeprowadzić rozmowę z pacjentem/pacjentką na temat tego, jakie produkty krwiopochodne są możliwe do zaakceptowania i jakie metody alternatywne są dostępne.

- Należy korzystać z alternatywnych wobec transfuzji strategii (odpowiednie kombinacje leków, sprzętu i różnych technik w celu zmniejszenia lub uniknięcia utraty krwi i pobudzenia krwiotworzenia).
- Poglądy świadków Jehowy co do użycia frakcji uzyskanych z podstawowych składników krwi znacznie się między sobą różnią. Należy upewnić, jaką decyzję podjął w tej sprawie każdy pacjent.
- Stosowanie ujednoliconych procedur, takich jak świadoma zgoda wymieniająca różne metody alternatywne, pozwoli lekarzowi zrozumieć swoiste potrzeby pacjentów/pacjentek tego wyznania oraz zapewni, że ich życzenia będą respektowane oraz zostanie osiągnięty najlepszy możliwy wynik.
- Konieczne jest dokładnie poinformowanie pacjenta świadka Jehowy o rozpoznaniu, rokowaniu i zaleceniach co do leczenia, aby mógł podejmować w tych sprawach świadome decyzje.
- Świadkowie Jehowy przygotowują i noszą przy sobie dokument Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej – zawiera on osobiste dyspozycje pacjenta w sprawie opieki zdrowotnej oraz ustanawia pełnomocnika upoważnionego do działania w imieniu pacjenta, jeśli ten nie będzie do tego zdolny. Pracownicy ochrony zdrowia muszą respektować zawarte w nim decyzje pacjenta dotyczące odmowy przyjęcia krwi oraz uszanować prawo pełnomocnika do podejmowania decyzji w imieniu nieprzytomnego pacjenta.
- Odmowa zgody na przetoczenie krwi, formularz ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz plan opieki, wszystkie te dokumenty powinny zostać omówione, podpisane i dołączone do historii choroby.
- Rodzice mają ustawowe i naturalne prawo podejmowania decyzji do leczenia za swoje małoletnie dzieci.
- Pacjentka świadek Jehowy będąca w ciąży powinna być co najmniej raz skonsultowana bez osób towarzyszących, aby sprawdzić, jakie życzenia wyrazi samodzielnie.
- Świadkowie Jehowy wymagają nieco odmiennego postępowania położniczego z powodu braku akceptacji stosowania produktów krwiopochodnych.
- W sytuacji, gdy podczas porodu trzeba wybrać między życiem matki a życiem dziecka, decyzję podejmują rodzice lub prawni opiekunowie.
- Współwyznawcom, którzy są chorzy lub przebywają w szpitalu, świadkowie Jehowy niosą duchowe pokrzepienie i praktyczną pomoc. Należy umożliwić takie odwiedziny.
- Wszystkie osoby udzielające opieki medycznej świadkom Jehowy powinny zgadzać się z planem opieki, w tym z nieprzetaczaniem krwi wbrew ich woli.

Piśmiennictwo

1. Chojnacka G. Małżeństwo i rodzina w etyce religijnej Świadków Jehowy. Wizerunki ról rodzinnych. Roczniki socjologii rodziny 2007; 18: 109–129. URL: https://hdl.handle.net/10593/4097.
2. Czy twój wygląd przynosi chwałę Bogu ? Strażnica 2016: 17–21.
3. Czystość – dlaczego jest tak ważna? [online] [cyt. 17.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/wp20081201/Czystość-dlaczego-jest-tak-ważna.
4. Doniosła rola kobiet i mężczyzn. [online] [cyt. 11.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/w20070115/Doniosła-rola-kobiet-i-mężczyzn/
5. Ilu Świadków Jehowy jest na całym świecie? [online] [cyt. 2.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/świadkowie-jehowy/faq/ilu-swiadkow-jehowy-na-swiecie.
6. Komitety Łączności ze Szpitalami – Świadkowie Jehowy. [online] URL: https://www.jw.org/pl/medical-library/strategie-materialy-do-pobrania/komitety-lacznosci-ze-szpitalami-swiadkowie-jehowy.
7. Kostka A, Krzemińska S, Borodzicz A, Durlej-Kot S, Chabowski M, et al. Pielęgniarstwo transkulturowe w okołooperacyjnej opiece nad pacjentem. [Transcultural nursing in perioperative patient care]. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(6): 145–154. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.804332.
8. Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A. Pacjent „Inny" wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Silva Rerum; 2016: 615–627.
9. Krzysztofek K. Stanowisko Świadków Jehowy wobec wybranych współczesnych procedur medycznych w świetle prawa polskiego. Studia z Prawa Wyznaniowego 2015; 18: 287–310. URL: https://www.kul.pl/files/214/studia_18/full_text/katarzyna_krzysztofek_studia_z_prawa_wyznaniowego_18.2015.pdf.
10. Mirza FG, Gyamfi C. Prowadzenie ciąży u świadków Jehowy. Ginekologia po dyplomie 2011; 1: 39–44. URL: https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/013/036/original/39-44.pdf?1472132586.
11. Rozdział 9. „Uciekajcie od niemoralności!". [online] URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/książki/zawsze-badz-blisko-jehowy/uciekajcie-od-niemoralnosci.
12. Sposoby na lepsze zdrowie. Przebudźcie się! 2015; 3–7. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/czasopisma/g201506/sposoby-na-lepsze-zdrowie.
13. Sprawozdanie z działalności Świadków Jehowy w poszczególnych krajach w roku 2018. [online] [cyt. 2.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/biblioteka/książki/sprawozdanie-z-dzialalnosci-2018/sprawozdanie-kraje-2018.
14. Stanowisko religijne i etyczne w kwestii opieki zdrowotnej. [online] [cyt. 19.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/medical-library/strategie-materialy-do-pobrania/stanowisko-religijne-etyczne-w-kwestii-opieki-zdrowotnej.
15. Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach. Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy. W: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, red. Pacjent „inny" wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Silva Rerum; 2016: 615–627.
16. W co wierzą Świadkowie Jehowy? [online] [cyt. 9.01.2020]. URL: https://www.jw.org/pl/świadkowie-jehowy/faq/swiadkowie-jehowy-wierzenia.
17. Zdrowie fizyczne i odporność psychiczna. Przebudźcie się! 2018; 1: 6–7.

2.1.3. Islam

Islam jest drugą pod względem liczby wyznawców religią monoteistyczną na świecie. Wyznawcy nazywani są muzułmanami. Według danych liczba wyznawców islamu na świecie w 2020 r. przekroczy 1,9 mld, dla porównania – w 2010 roku wynosiła 1,6 mld (23% całej populacji). Liczba muzułmanów w Polsce w 2010 r. wynosiła < 10 tys., natomiast w 2020 r. miała wzrosnąć do 20 tys., a w 2030 r. do 40 tys. W Republice Czeskiej w 2010 r. islam wyznawało około 10 tys. osób (głównie cudzoziemców); szacuje się, że w 2020 r. w tym kraju liczba ta wzrosła do 20 tys., natomiast w 2030 r. do 40 tys. W Bułgarii w 2010 r. odnotowano 1 mln wyznawców islamu, w 2020 r. liczba ta miała wynosić 980 tys., natomiast w 2030 r. 920 tys.

Charakterystyka religii

Muzułmanie swoją religię uważają za objawioną. Wierzą, że wersety Koranu zostały stopniowo objawione Mahometowi (prorokowi i twórcy islamu) poprzez archanioła Gabriela. Pierwsze objawienie nastąpiło około 610 r. podczas modlitwy Mahometa w Mekce. Świętą księgą islamu jest Koran, a zawarte w nim objawienia mają stanowić przesłanie Allaha do ludzi. Koran jest źródłem wiedzy dla muzułmanek i muzułmanów. Równie ważne są hadisy (łącznie tworzą sunnę) czyli zbiory opowieści przytaczających słowa Mahometa odnoszących się do wszystkich aspektów życia.

Dogmaty islamu:

- wiara w jednego Boga,
- wiara w anioły stworzone przez Niego,
- wiara w księgi święte: Tora, Ewangelie, Koran – traktowane jako objawienie tego samego Boga;
- wiara w wysłanników i proroków – dzięki którym Boże Przesłanie zostało przekazane ludzkości;
- wiara w dzień Sądu Ostatecznego – a po nim życie w raju lub piekle.

Podstawą religii muzułmańskiej jest 5 filarów wiary:

1. Wyznanie wiary (Szahada). Islam nakazuje wiarę w jednego Boga. Uznanie Allaha za jedynego Boga oznacza wyeliminowanie innych religii, stylów życia czy ideologii. „Oświadczam, że nie ma boga poza Bogiem jedynym oraz oświadczam, że Muhammad jest jego wysłannikiem" – aktem włączenia do wspólnoty muzułmańskiej jest wypowiedzenie powyższych słów w języku arabskim. Wyznanie wiary to deklaracja przynależności do wyznawców islamu oraz zapewnienie o poddaniu się woli Boga.
2. Codzienna modlitwa (Salat). Modlitwa została nakazana przez Boga. Jest odprawiana w nakazanej formie obowiązkowo pięć razy w ciągu dnia. Pory modlitw uzależnione są od pozycji słońca, więc ich czas jest ruchomy. Inną

obowiązkową modlitwą jest modlitwa piątkowa – tzw. dżuma. Jej głównym celem jest umacnianie społeczności muzułmańskiej, stanowi również sposobność do wygłaszania religijnych nauk. Istnieją także modlitwy nadobowiązkowe, które towarzyszą tym obowiązkowym albo są praktykowane podczas wielkich świąt. Modlitwa powinna być odmawiana w języku arabskim oraz w stanie rytualnej czystości ciała, którą osiąga się poprzez ablucję. Stan rytualnej czystości naruszają: sen, utrata przytomności, dotknięcie osoby odmiennej płci (z wyjątkiem własnej żony lub męża), załatwianie potrzeb fizjologicznych i dotykanie miejsc intymnych. Warunkami koniecznymi dla ważności modlitwy jest odpowiednio przygotowane miejsce, które powinno być uprzątnięte. Muzułmanki/muzułmanie modlą się bez butów, do modlitwy używają maty lub modlitewnego dywanika. Nie wolno odmawiać modlitwy w miejscach nieczystych, do których należą: cmentarz, rzeźnia, śmietnik czy łaźnia. Modląc się, zwracają twarz w kierunku Mekki.

3. Post (Saum/Ramadan). Każdego wyznawcę islamu obowiązuje przestrzeganie postu przez jeden pełny miesiąc (ramadan) w roku. Jest to post ruchomy, uzależniony od kalendarza księżycowego. Ramadan jest jednym z najważniejszych świąt muzułmańskich. Post zaczyna się od świtu, a kończy wraz z zachodem słońca i oznacza całkowite powstrzymanie od jedzenia, picia oraz innych używek (np. tytoniu), a także kontaktów cielesnych. Z postu zwolnione są dzieci, kobiety w ciąży, karmiące piersią i w czasie menstruacji, osoby starsze i chore oraz będące w podróży.
4. Jałmużna (Zakat). W islamie olbrzymie znaczenie ma dawanie jałmużny oraz opieka nad ubogimi. Obowiązkiem każdego wyznawcy jest oddawanie części swojego majątku osobom potrzebującym. Zakat, w kontekście religijnym, może być interpretowany jako sposób na oczyszczenie się muzułmanina/muzułmanki z chciwości i skąpstwa. Natomiast techniczne znaczenie zakatu sprowadza się do równowartości rocznego podatku, który musi być spłacony i który pozwala na pokrycie potrzeb społecznych. Zakat dawany jest przynajmniej raz w roku w trakcie ramadanu. Mogą to być pieniądze, jedzenie, ubrania, a nawet dobre słowo czy uśmiech. Jego wysokość uzależniona jest od majętności danej osoby.
5. Pielgrzymka do Mekki (Hadżdż). Odbycie pielgrzymki jest obowiązkiem tych osób, którym pozwala na to sytuacja materialna i dobry stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Pielgrzymkę rozpoczyna się w 12. miesiącu kalendarza muzułmańskiego. Podczas pielgrzymki do Świętego Miasta wiernych obowiązuje podobny strój, składający się z dwóch niezszytych kawałków białego materiału. Prosty strój ma przypominać o równości wszystkich wobec Boga.

Kobieta i mężczyzna

Muzułmanki w swoim domu, w życiu prywatnym, mogą spotykać się tylko z innymi kobietami lub spokrewnionymi z nimi mężczyznami będącymi ich „Mahram" – osobami spokrewnionymi ze sobą w sposób, który zabrania im zawarcia związku małżeńskiego. Należą do nich: ojciec, dziadek, syn, wnuk, brat, wuj lub stryj, teść, zięć, przybrany syn oraz brat mleczny. Tylko te osoby mogą oglądać części ciała, które są widoczne podczas wykonywania prac domowych, oprócz dłoni i twarzy. Islam zakazuje przebywania sam na sam w pokoju parze niebędącej w związku małżeńskim. Życie prywatne muzułmanek ogranicza się więc do towarzystwa innych kobiet i osób z nimi spokrewnionych. W tym wypadku nie czyni się różnicy między kobietami muzułmankami i kobietami nie-muzułmankami, co jest istotne, ponieważ w przypadku kontaktów przedstawicieli służby zdrowia z muzułmankami ułatwieniem jest sytuacja, gdy tym przedstawicielem jest inna kobieta, nawet wówczas, gdy nie jest muzułmanką. Do innych zasad określających zachowanie muzułmanek należą m.in.: strzeżenie swojej czystości, skromnie opuszczone spojrzenie i używanie nakrycia głowy obejmującego zarówno szyję, jak i klatkę piersiową. W krajach islamskich menstruujące kobiety nie mogą przebywać w meczecie ani nie mogą się modlić i dotykać Koranu. Oczywiście po zakończeniu menstruacji kobieta musi wziąć rytualną kąpiel oczyszczającą.

W tradycji islamskiej obowiązki kobiety są określone w zależności od tego, w jakim charakterze występuje. Do najważniejszych ról, jakie może przyjąć kobieta, należą: matka, ciotka od strony matki/ojca, babcia, siostra, córka, żona, siostrzenica/bratanica, niespokrewniona kobieta oraz mamka. Muzułmanie uważają, że matka ma więcej praw do szacunku i posłuszeństwa ze strony swoich dzieci niż ojciec.

Podstawowym powołaniem zamężnej kobiety jest pełnienie roli żony i matki, poza tym muzułmanki mają prawo wyborcze, mogą piastować różne urzędy, ale nie mogą zajmować stanowisk związanych z rządzeniem.

Muzułmanie uważają, że kobiety i mężczyźni mają różne role do spełnienia, są równi, ale nie są identyczni. W sytuacjach związanych z odmiennością natury kobietę i mężczyznę obowiązują inne zasady, np.: podczas menstruacji kobiety nie modlą się, a podczas ciąży nie muszą pościć.

W islamie występuje wyraźny podział na obowiązki kobiece i męskie. Mężczyzna jest odpowiedzialny za zapewnienie bytu materialnego swojej rodzinie, kobieta natomiast ma rodzić dzieci, wychowywać je oraz dbać o dom.

Mężczyzna w tradycji islamskiej może przyjmować różne role, jest to uzależnione od relacji z otaczającymi go ludźmi. Jako ojciec musi dostarczać jedzenie, schronienie i ubranie dla swoich dzieci – do czasu, aż będą w stanie same siebie utrzymać. Po tym czasie wszelka pomoc ze strony ojca staje się jałmużną. Jako syn ma obowiązek być posłusznym matce i ojcu, z wyjątkiem sytuacji, gdy rodzice naka-

zują nieposłuszeństwo wobec Boga. Wówczas zabronione jest słuchanie rodziców. Zakazane jest również niespokrewnionemu mężczyźnie patrzenie na kobietę.

W islamie kobiety i mężczyźni są równi wobec Boga. Jednakże w świetle Koranu prawa kobiet równe są ich obowiązkom, a mężczyźni są o jeden stopień wyżej niż kobiety. W praktyce oznacza to panowanie mężczyzn nad kobietami, pełnienie przez nich władzy absolutnej zarówno w rodzinie, jak i społeczeństwie, prawną i ekonomiczną przewagę, a także podporządkowywanie kobiet mężczyznom. Według Koranu mężczyzna jest silny, zdecydowany i stanowczy, kobieta natomiast uczuciowa, bezbronna, wymagająca opieki i wsparcia mężczyzny. Kobieta muzułmanka nie musi, ale może pracować. Prawa i obowiązki małżonków są równe, nie oznacza to jednak, że są identyczne.

Stosunek do seksualności człowieka (współżycie seksualne, poczęcie dziecka, ciąża, antykoncepcja, aborcja)

Islam jest religią o pozytywnym nastawieniu do seksualności, seks jest czymś dobrym. Jednakże normy religii muzułmańskiej dotyczące współżycia seksualnego są niezwykle rygorystyczne. Współżycie seksualne jest dozwolone wyłącznie w małżeństwie. Stosunki przed- i pozamałżeńskie są grzechem. Cudzołóstwo karane jest ukamienowaniem lub karą batów. Islam zachęca małżonków do kontaktów seksualnych, które z jednej strony stanowią powinność w stosunku do współmałżonka, z drugiej zaś są czynem nagradzanym przez Allaha. W świecie muzułmańskim współżycie seksualne w małżeństwie ma swój wymiar społeczny, pozwala skutecznie opierać się pokusom, a tym samym chroni przed cudzołóstwem i potępieniem. Zadowolony mężczyzna będzie z większym zapałem i zaangażowaniem spełniał swoje role rodzinne, religijne oraz społeczne. Kontakty seksualne małżonków są zakazane podczas miesiączki, a także do 40 dni po porodzie. Zabronione jest również całowanie się małżonków w miejscach publicznych. W religii muzułmańskiej zakazane są stosunki analne oraz wszelkie inne formy dewiacji seksualnych (do których według muzułmanów należy również homoseksualizm).

Według tradycji muzułmańskiej od chwili poczęcia nad nowym życiem czuwa anioł, a ciężarna w modlitwie zwraca się po pomoc oraz opiekę na czas ciąży i połogu do Boga. Specjalnie przygotowane amulety ochronne opatrzone odpowiednimi cytatami z Koranu chronią ją przed złem. Muzułmanki noszą je schowane w woreczkach na nadgarstkach, talii lub szyi. Ciężarnej nie wolno współżyć od czwartego miesiąca ciąży, złamanie tego zakazu traktowane jest na równi z dzieciobójstwem.

W czasie porodu obowiązują ścisłe zakazy. Pacjentka muzułmanka, o ile jest to możliwe, powinna znajdować się pod opieką żeńskiego personelu. Specjalna odzież szpitalna okrywa w całości ciało kobiety. Ekspozycja powinna być ograniczona do absolutnego minimum – narządy płciowe odsłaniane tylko i wyłącznie wtedy,

kiedy zachodzi konieczność zbadania rodzącej, natomiast pozycja powinna być uzgodniona wcześniej i być wyborem rodzącej. Do kwestii indywidualnych należy obecność męża przy porodzie. W czasie porodu muzułmanki powtarzają wezwanie skierowane do Mahometa: „O! Posłańcu Boży", na co towarzyszące jej kobiety odpowiadają: „O! Łaskawy Boże, O! łaskawy Boże". W tradycji islamskiej pierwszy krzyk noworodka dowodzi tego, że właśnie szatan dotknął dziecka. Po narodzinach dziecka rodzina może chcieć wyszeptać specjalną modlitwę – do jednego ucha noworodka wezwanie do modlitwy, do drugiego – wyznanie wiary. Po przecięciu pępowiny noworodek ma usłyszeć – jako pierwszy wyraz skierowany do niego – słowo „Bóg". W sytuacji, gdy noworodek nie wymaga natychmiastowej porady lekarskiej, należy pozwolić osobom na ten rytuał (trwa nie dłużej niż kilka minut). Dziecko zabezpiecza się także przed siłami zła. Amulet z wszytymi wersami Koranu zawiesza się na szyjce dziecka, zostaje ono także 4-krotnie wykąpane, a ostatnia, czwarta kąpiel odbywa się w wodzie, w której uprzednio gotowano kwiaty. Okres połogu to czas „nieczystości" kobiety.

Islam zachęca do powiększania rodziny. Zabronione jest ograniczanie liczby dzieci bez wyraźnej przyczyny. Do uzasadnionych powodów stosowania metod antykoncepcyjnych należą: obawa o zdrowie matki, ochrona zdrowia i odpowiednie wychowanie dzieci, krótki okres karmienia piersią (według Koranu ma wynosić 2 lata) oraz obawa mężczyzny, że nie zdoła utrzymać rodziny (lęk przed ubóstwem), a także chęć zachowania atrakcyjności przez kobietę, jeśli boi się, że mąż może się z nią rozwieść. Dopuszcza się wszystkie metody planowania rodziny, pod warunkiem, że nie zagrażają kobiecie i mężczyźnie oraz nie powodują trwałej niepłodności. Zazwyczaj odpowiedzialność za planowanie rodziny spoczywa na kobiecie.

Jedną z najważniejszych zasad zapisanych w Koranie jest ochrona życia poczętego. Zgodnie z tą zasadą aborcji nie wolno przeprowadzać wówczas, kiedy płód zostaje obdarzony duszą, czyli po około stu dwudziestu dniach od zapłodnienia. Islam zezwala na dokonanie aborcji w takich przypadkach, jak: zgwałcenie, kazirodztwo, prawdopodobieństwo ojcostwa osoby upośledzonej umysłowo oraz wad i uszkodzenia embrionu. Niedopuszczalne jest wykonanie zabiegu aborcji z uwagi na trudne warunki materialne czy też wybór płci dziecka. Obecnie w Tunezji obowiązuje najbardziej liberalne ustawodawstwo, ponieważ zezwala na aborcję z każdego powodu u kobiet zamężnych i niezamężnych, a zgoda męża nie jest wymagana. Natomiast w Algierii, Egipcie, Iranie i Pakistanie aborcja jest dopuszczalna tylko w przypadku zagrożenia życia kobiety.

Stosunek do higieny ciała

Religia muzułmańska kładzie duży nacisk na higienę, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i duchowym. Muzułmanie zwyczajowo przed posiłkiem i po posiłku

myją ręce. Ich najważniejszym obowiązkiem wobec Stwórcy jest modlitwa, a z kolei warunki modlitwy to czystość ciała, czystość ubrania i czystość miejsca, w którym chcą się modlić. Muzułmanin/muzułmanka są zobowiązani do dokonania ablucji (mycia) przed każdą modlitwą (co najmniej pięć razy dziennie) i przed recytacją lub czytaniem Koranu. Zalecana jest kąpiel przed piątkową i świąteczną modlitwą. Muzułmanie są obligowani do mycia genitaliów po oddawaniu moczu, wydzieliny i kału, oraz brania kąpieli za każdym razem po odbyciu stosunku płciowego. Muzułmanie są również zobligowani do używania wody, a nie papieru lub innego materiału celem należytego oczyszczenia. Udawanie się do toalety również obwarowane jest zasadami. Muzułmanin do toalety wchodzi, wkraczając do niej lewą nogą i przed wejściem wypowiada słowa: „Boże, chronię się u Ciebie przed złem i brudem". Z toalety wychodzi natomiast prawą nogą i mówi: „Przebacz mi". Podczas kontaktów z muzułmanami należy również starać się unikać ziewania (uważają, że ziewanie pochodzi od szatana), podczas kichania (podobnie jak w kulturze europejskiej) należy zakrywać usta ręką i starać się ściszyć odgłos kichnięcia. Podobnie, należy unikać wydawania odgłosu wynikającego z przejedzenia się.

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

Aura jest terminem używanym do wskazania obszarów na ciele mężczyzny lub kobiety, które według islamu muszą być zakryte w obecności innych osób. To czyn, który ochrania skromność i godność tych, którzy się do tego stosują. Istnieje kilka rodzajów aury, a stopień, w jakim musi być ona zakryta, jest uzależniony od relacji, jakie muzułmanka lub muzułmanin mają z ludźmi z otoczenia.

Zasady ubioru kobiety. Kobiety nie mogą ubierać się i zachowywać jak mężczyźni (i odwrotnie). Religia wyznacza trendy w modzie. Nakaz dotyczący stroju kobiety jest zapisany w Koranie, podstawową zasadą jest zalecenie noszenia wierzchniego ubrania, które nie może uwypuklać kształtów. Aura kobiety jest podzielona na Aurę Ghalida (mocną aurę), która obejmuje obszar pomiędzy klatką piersiową (włącznie z piersiami) a kolanem, oraz Aurę Chafifa (łagodną aurę) – to całe ciało, za wyjątkiem twarzy i dłoni. Łagodna aura musi być zakryta za każdym razem, gdy kobieta jest w miejscu publicznym lub gdy niespokrewniony z nią mężczyzna może ją ujrzeć, jak np. na ulicy czy na rynku. Niespokrewniony mężczyzna nie może ujrzeć choćby jednego włosa na jej głowie – wówczas zobaczyłby jej aurę i popełnił grzech (chyba że istnieje ważny powód, np. leczenie). Jeśli kobieta jest w miejscu prywatnym, takim jak jej dom, lecz jest w obecności swoich Mahram, musi zakryć mocną aurę, ale może pokazać swoją łagodną aurę. Jedyną osobą, przed którą kobieta może ukazać całe swoje ciało, włącznie z mocną aurą, jest jej mąż.

At-Tabarrudż (przyozdabianie). Szariat określa pewne zasady ubioru, do których kobieta musi się stosować, kiedy jest w miejscu publicznym. Musi również zasłaniać

swoją aurę. Dotyczy to zwłaszcza kwestii przyozdabiania. Muzułmanka musi nosić zewnętrzne części garderoby, które składają się z Chimar – jest to okrycie głowy, które osłania jej włosy i sięga do jej klatki piersiowej, zakrywając ją, oraz Dżilbaab – wierzchnie ubranie, które zakrywa jej całe ciało, nie prześwituje i nie ukazuje kryjących się pod nim kształtów. Może składać się z jednej lub dwóch części. Zabronione jest również kobiecie noszenie jaskrawych kolorów lub jakiegokolwiek typu ubrania, które będzie przyciągało uwagę. Dotyczy to biżuterii, makijażu lub czegokolwiek, co wydaje jakiś dźwięk, gdy kobieta chodzi. Nie może również używać perfum, które można poczuć, gdy jest w miejscu publicznym. Jednakże, jeśli robi sobie makijaż lub nosi ubrania, które nie przyciągają zbytniej uwagi, to może je mieć na sobie w miejscu publicznym.

W miejscu prywatnym muzułmanka, będąc w obecności innej kobiety lub jej Mahram, ale nie w obecności niespokrewnionych mężczyzn, może nosić jakiekolwiek ubrania lub makijaż, jaki uzna za stosowny, jeśli tylko zgodne to jest z warunkami przewidzianymi przez islam (np. musi zakrywać mocną aurę, nie może nosić ubrań, które noszą niewierzący itp.). Zagadnieniem, które wzbudza wiele kontrowersji, jest muzułmańska zasłona czy chusta. W języku polskim istnieje kilka określeń tej części kobiecej garderoby. Najczęściej używane to: hidżab (hijab), czador, burka lub kwef. Wbrew powszechnej opinii, Koran nie nakazuje kobietom zasłaniania twarzy. Zaleca jedynie, aby ubierały się skromnie i nie pokazywały swych ozdób. Obyczaj zasłaniania twarzy wprowadzili Abbasydzi w VIII wieku. W związku z tym wśród teologów i prawników muzułmańskich nie ma jednomyślności. Współcześnie chusta bardzo często stanowi dla muzułmanek symbol przynależności do islamu.

Zasady ubioru mężczyzny. Aura mężczyzny jest podzielona na Aurę Ghalida, tzw. mocną aurę, która obejmuje części intymne i pośladki oraz Aurę Chafifa, tzw. łagodną aurę, obejmuje ona obszary ciała pomiędzy pępkiem a kolanem. Mężczyźnie zabronione jest odkrywać jakikolwiek obszar (dotyczy to zarówno aury łagodnej, jak i mocnej) publicznie lub w domu, gdy inni mężczyźni są obecni. To samo dotyczy sytuacji, gdy mężczyzna jest w obecności kobiety (włącznie z jego krewnymi). Muzułmanin może pokazywać jakąkolwiek część swojej aury swojej żonie.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Islam jest religią, która dba o równowagę człowieka, zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Zgodnie z przesłaniem koranicznym, zdrowy (zarówno w wymiarze fizycznym, jak i duchowym) jest muzułmanin/muzułmanka wierzący i stosujący się do nakazów oraz zakazów Boga. Uniwersalne oraz praktyczne zasady islamu zezwalają na dobre i pożyteczne rzeczy, zakazując tych szkodliwych. Zadaniem islamu jest przede wszystkim zapobieganie chorobom poprzez codzienną czystość oraz umiarkowanie w każdym aspekcie życia. Do działań profilaktycznych islam za-

licza między innymi post, regularną modlitwę, która przez wspominanie Boga ma uspokajać serce oraz angażować liczne stawy, mięśnie i kręgosłup osoby modlącej się (ćwiczenia fizyczne), rytualne obmycie ciała, a także pielgrzymkę, która ma uwalniać od codziennych napięć i kłopotów.

Charakterystyka odżywiania się i przyjmowania pokarmów

Muzułmanie dzielą pokarmy na dozwolone (halal) i niedozwolone (haram). Należy unikać nie tylko spożywania wieprzowiny (jak również produktów pochodnych, np. żelatyny wieprzowej) oraz mięsa zwierząt pociągowych i domowych (koń, osioł, pies, kot), zakazane jest również jedzenie mięsa zwierząt drapieżnych oraz zabitych w wyniku uduszenia czy brutalnego uboju. Zwierzęta przeznaczone na mięso ubijane są w sposób rytualny, a procedury zabijania poprzez wykrwawienie dokonuje muzułmanin, recytując formułę bismalii. Krew w islamie uważana jest za pierwiastek życia, dlatego muzułmanom zakazuje się spożywania jej w jakiejkolwiek postaci. Dozwolone jest jedzenie ryb, mięsa wielbłąda, owcy, drobiu oraz zwierząt morskich. W stosunku do zwierząt morskich nie obowiązuje zasada uboju rytualnego. Dieta muzułmanów jest różnorodna. Dużą rolę odgrywają przyprawy takie, jak: curry, cynamon, kardamon, szafran, oregano, tymianek i kurkuma. Do przygotowania duszonych warzyw z sosami, past oraz sałatek wykorzystuje: ogórki, pomidory, bakłażany, paprykę, cukinię, zielony groszek, cebulę, pietruszkę i ciecierzycę. W tradycji muzułmańskiej istotną rolę odgrywa sposób jedzenia. Posiłki spożywają palcami, używając do tego trzech palców prawej ręki i oblizując je po jedzeniu. Nie jest zabronione posługiwanie się widelcem i nożem, jednak w tym wypadku widelec trzymają w prawej dłoni. Jedzenie lewą ręką jest zabronione, ponieważ służy ona do czynności higienicznych. W przypadku, gdy prawa ręka jest niesprawna lub unieruchomiona, należy pomóc zjeść posiłek, karmiąc muzułmanina/muzułmankę prawą ręką. Inną zasadą jest jedzenie tego, co jest najbliżej, a nie ze środka talerza. Zasada ta wynika z wiary, że błogosławieństwa zsyłane są na pokarm w środku, a zatem powinno się go zostawić na koniec posiłku. Jest to istotna zasada, którą należy respektować przy karmieniu osób, które tego wymagają. Nie pochwala się również jedzenia w pozycji leżącej, dlatego pacjentki/pacjenci będą starali się przyjąć podczas posiłku pozycję siedzącą. Muzułmanom nie wolno także marnować jedzenia ani przejadać się. Muzułmanie/muzułmanki przebywający w szpitalu mogą oczekiwać zgody na żywienie się posiłkami przynoszonymi przez rodzinę lub przyjaciół z domu lub muzułmańskich restauracji.

Post jest postrzegany jako środek służący oczyszczeniu ciała i ducha. Podczas ramadanu muzułmanie nie mogą ani jeść, ani pić od wschodu do zachodu słońca, muzułmańska praktyka nakazuje zjedzenie posiłku przed świtem. Osoby chore, ciężarne i karmiące piersią są zwolnione z obowiązku postu (powinny odbyć go w póź-

niejszym czasie). Leki wchłaniane przez skórę, płukania oraz iniekcje, a także pobranie krwi nie przerywają postu osobom poszczącym. Natomiast post mogą przerwać: zakrapianie uszu i nosa, zażycie czopków i globulek ora zażycie leku wziewnego.

Stosunek do choroby i śmierci

W tradycji muzułmańskiej choroba jest postrzegana jako możliwość odpokutowania za popełnione winy, a tym samym osiągnięcia życia wiecznego. Islam zaleca swoim wyznawcom cierpliwe znoszenie wszelkich trudności życiowych oraz chorób. Zasada muzułmańskiej etyki głosi, że każdy, kto znalazł się w trudnej sytuacji z powodu wieku, choroby czy też wypadku, może liczyć na wsparcie. Koran nawołuje, aby rodziny troszczyły się o swoich chorych i niepełnosprawnych członków.

Podczas pobytu muzułmanina w szpitalu należy spodziewać się licznych odwiedzin osób z jego najbliższej rodziny, krewnych, przyjaciół oraz znajomych. Odmawianie pięciu modlitw dziennie jest obowiązkiem każdego muzułmanina. Podczas choroby oczekują oni, że będą mogli mieć przy sobie Koran oraz Subhę (różaniec służący do wysławiania Boga), dostęp do bieżącej wody do obmycia się przed modlitwą oraz (jeśli są w stanie) miejsca do rozłożenia dywanika modlitewnego, aby w czasie modlitwy mieli twarz zwróconą w kierunku Mekki. Muzułmanie będą oczekiwali również zapewnienia im spokoju podczas modlitwy, która trwa zwykle około 10–15 minut. W sytuacjach, gdy chory muzułmanin nie może się modlić, rodzina może przynieść mu odtwarzacz z nagranymi wersetami Koranu lub odczytywać je głośno przy nim.

Choć nie jest to konieczne, ze względów religijnych wiele rodzin muzułmańskich stara się, aby kobiety zajmowały się leczeniem kobiet i opieką nad nimi, a mężczyźni leczeniem mężczyzn i opieką nad mężczyznami. W trakcie badania muzułmanie (zwłaszcza kobiety) starają się nie odkrywać swojego ciała. Podobnie jak u wszystkich innych osób, zasadą jest, aby personel medyczny i opiekuńczy uzyskiwał zgodę na badanie oraz zabiegi pielęgnacyjne i lecznicze, a także szczegółowo informował o rodzaju i zakresie planowanych zabiegów. Szczególnie, jeśli mają one dotyczyć obszaru zakazanego, tj. obejmującego obszar całego ciała (oprócz dłoni i twarzy) u kobiety i obszar od pępka do kolan u mężczyzny. Zalecane jest, aby podczas badania i zabiegów medycznych wykonywanych u muzułmanki asystował temu ktoś z jej rodziny lub, jeśli jest to niemożliwe, inna kobieta. Personel medyczny powinien unikać kontaktu fizycznego lub ograniczyć go do niezbędnego minimum, a w przypadku konieczności takiego kontaktu należy wytłumaczyć jego cel.

Choć w islamie cierpienie, ból są przyjmowane jako poddanie się woli Allaha, leki przeciwbólowe (w tym narkotyki) są dozwolone, jeśli stan pacjenta tego wymaga. Zabronione jest podawanie alkoholu jako leku, natomiast można stosować go do dezynfekcji.

Muzułmanom w żadnej sytuacji nie wolno zrezygnować z leczenia. W czasie leczenia dopuszczalne jest stosowanie wszystkich form ratowania życia, aczkolwiek nie jest zalecana uporczywa terapia. Eutanazja jest zakazana.

Leczenie krwią i jej preparatami jest dozwolone. Muzułmanie akceptują transfuzję krwi oraz transplantację narządów. Oddanie krwi oraz przeszczep organów jest traktowane jako postępowanie godne pochwały, ponieważ wiąże się z ratowaniem życia, jednakże dozwolone jest tylko wtedy, gdy jest jedyną możliwą forma pomocy. Decyzja o przeszczepie organów podejmowana jest indywidualnie, po spełnieniu konkretnych warunków medycznych.

Umierający muzułmanie starają się ułożyć na prawym boku z twarzą zwróconą w kierunku Mekki, a w przypadku, gdy nie jest to możliwe, układają się na wznak w taki sposób, aby twarz i podeszwy ich stóp zwrócone były w kierunku Mekki. Jest to istotne dla umierających muzułmanów i ich bliskich, dlatego należy uszanować tą zasadę. Tradycją jest, aby osobie umierającej towarzyszyła rodzina, która modli się i recytuje wersety Koranu. Po śmierci ciało jest obmywane na specjalnej desce przez osobę tej samej płci pochodzącą z rodziny. Rytuał ten jest ważnym elementem posługi religijnej. Dlatego, jeśli zmarły jest osobą samotną, należy powiadomić najbliższy ośrodek muzułmański, który zapewni osobę zajmującą się myciem zwłok. Jeśli choroba zmarłego nie pozwala na obmycie, osoby te zastępują je polewaniem wodą. Zmarłego spowija się w biały całun zrobiony z prostego płótna i przenosi do meczetu, gdzie odbywają się ceremonie pogrzebowe. W przypadku, gdy jest to niemożliwe, ceremonia pogrzebowa odbywa się na cmentarzu. Uważa się, że muzułmanin powinien być pochowany w ciągu trzech dób po śmierci, przy czym niektórzy wyznawcy islamu uważają, iż pogrzeb powinien odbyć się w ciągu 24 godzin, najlepiej przed zachodem słońca. Zmarłego chowa się z twarzą zwróconą w kierunku Mekki.

W islamie autopsja jest traktowana jako brak szacunku do osoby zmarłej (naruszenie ciała). Jednakże dopuszcza się jej przeprowadzenie w celu ustalenia przyczyny zgonu, gdy może to mieć istotne znaczenie dla zdrowia publicznego oraz gdy jest wymagana przez prawo. Warunkiem jest, aby autopsja była przeprowadzona w miejscu specjalnie do tego celu przeznaczonym i niedostępnym dla innych osób. Istotne jest również, by wcześniej uzyskać zgodę krewnych na wykonanie sekcji. Modlitwa pogrzebowa powinna zostać odprawiona przed sekcją. Po autopsji wszystkie części ciała muszą zostać zebrane, a następnie odpowiednio pochowane.

Komunikacja i przekazywanie informacji

Zdobycie pewnego zasobu wiedzy na temat religii i zebranie informacji od pacjenta dotyczące jego zasad życia umożliwi prowadzenie kulturowo wrażliwej i kompetentnej opieki. W komunikacji z pacjentem będącym wyznawcą islamu istotnym

aspektem jest pozbycie się uprzedzeń i stereotypów uniemożliwiających obiektywne postrzeganie innych oraz zniechęcających do podjęcia dialogu.

Okazją do poznania pacjenta i zorientowania się w jego sytuacji zarówno zdrowotnej, jak i rodzinnej oraz społecznej, jest wywiad medyczny. Podczas niego warto zapytać o to, co choroba oznacza dla danej osoby i co według niej tę chorobę spowodowało. Takie pytania pozwalają zebrać informacje przydatne w procesie diagnozowania i wyboru sposobu leczenia. Umożliwiają również wyjaśnienie, jakie metody leczenia są dostępne i możliwe do zastosowania oraz prowadzą do uzgodnienia planu leczenia akceptowalnego przez obie strony. Ważne jest, aby pacjenci rozumieli pytania i instrukcje personelu medycznego, dlatego dobrze jest korzystać z tłumaczy/tłumaczek. Dla ochrony poufności pacjenta najlepiej jest unikać rodziny i znajomych pacjenta jako tłumaczy. Wszystkie zalecenia należy formułować jasnym i prostym językiem. Zamiast pytać, czy osoba chora rozumie zalecenia, można poprosić, by powtórzyła je swoimi słowami. W rozmowie z osobą odmienną kulturowo warto wykorzystać niewerbalne metody komunikacji i używać „języka ciała". Należy mówić powoli i zwracać się bezpośrednio do pacjenta/pacjentki, formułować krótkie zdania i używać zwyczajnego tonu głosu. Należy unikać idiomów, podniesionego tonu głosu czy trudnego słownictwa. Niektórzy pacjenci/pacjentki mogą przytakiwać (kiwać głową), nawet jeśli nie rozumieją treści rozmowy. Zażenowanie lub nakaz szacunku może spowodować, że nie zapytają o informacje, które są dla nich ważne. Dlatego zawsze należy upewnić się, czy pacjent/pacjentka rozumieją zalecenia personelu medycznego i akceptują zaproponowany plan leczenia. Potencjalne konflikty kulturowe między pracownikami/pracowniczkami medycznymi a pacjentem/pacjentką mogą pojawić się na tle odmiennej postawy wobec czasu, przestrzeni osobistej, mowy ciała, systemu wartości. Niektórzy pacjenci/pacjentki będą unikać kontaktu wzrokowego w kontakcie z personelem medycznym, szczególnie odmiennej płci. Wynika to zarówno z zasady skromności, która obowiązuje wyznawców islamu, jak i z nakazu okazywania szacunku osobom o wyższym statusie społecznym. Niektóre odłamy islamu nie pozwalają na dotyk osobom przeciwnej płci, dotyczy to także podawania ręki. W przypadku, gdy pacjent/pacjentka i personel medyczny posługują się wspólnym językiem, ważne jest bycie świadomym własnego sposobu komunikacji, szacunek dla przekonań pacjenta oraz bycie uważnym.

Podsumowanie – istotne aspekty opieki medycznej nad pacjentem/pacjentką muzułmaninem

- Podstawowa wiedza z zakresu islamu jest istotna w świadczeniu opieki zdrowotnej nad pacjentem/pacjentką muzułmaninem. Zebranie dokładnych in-

formacji dotyczących zasad ich życia zapewni respektowanie potrzeb duchowych, potrzeby prywatności i zachowania skromności.

- W rozmowie z osobą odmienną kulturowo warto wykorzystać niewerbalne metody komunikacji i używać „języka ciała". Ważne jest, aby pacjenci rozumieli pytania i instrukcje personelu medycznego, dlatego dobrze jest korzystać z tłumaczy/tłumaczek. Dla ochrony poufności pacjenta najlepiej jest unikać rodziny i znajomych pacjenta jako tłumaczy. Wszystkie zalecenia należy formułować jasnym i prostym językiem.
- Należy mówić powoli i zwracać się bezpośrednio do pacjenta/pacjentki, formułować krótkie zdania i używać zwyczajnego tonu głosu.
- Należy unikać idiomów, podniesionego tonu głosu czy trudnego słownictwa.
- Zawsze należy upewnić się, czy pacjent/pacjentka rozumieją zalecenia personelu medycznego i akceptują zaproponowany plan leczenia.
- Potencjalne konflikty kulturowe między personelem medycznym a pacjentem/pacjentką mogą pojawić się na tle odmiennej postawy wobec czasu, przestrzeni osobistej, mowy ciała i systemu wartości. Niektórzy pacjenci/pacjentki będą unikać kontaktu wzrokowego w kontakcie z personelem medycznym, szczególnie odmiennej płci.
- W przypadku, gdy pacjent/pacjentka i personel medyczny posługują się wspólnym językiem, ważne jest bycie świadomym własnego sposobu komunikacji, szacunek dla przekonań pacjenta oraz bycie uważnym.
- O ile jest to możliwe, pacjenta/pacjentkę muzułmanina należy położyć w sali jednoosobowej, dodatkowo powinny być zabrane chrześcijańskie ikony (krzyż, obrazy ze świętymi).
- Bardzo ważna w życiu muzułmanina/muzułmanki jest modlitwa. Należy stworzyć pacjentom/pacjentkom muzułmańskim warunki do odmawiania modlitwy, miejsce na matę do modlitwy, a także na odłożenie Koranu.
- Należy ułatwić możliwość modlitwy, przekazując pacjentom/pacjentkom informacje na temat rozkładu dnia oraz opóźniać wykonanie danej czynności do czasu zakończenia modlitwy.
- Nie należy zdejmować pacjentom ozdób o znaczeniu religijnym, chyba że wymaga tego dana procedura (zabieg operacyjny czy badania diagnostyczne).
- Nakaz zachowania skromności jest w islamie bardzo ważny. Muzułmańskie kobiety i mężczyźni mogą nie życzyć sobie kontaktu fizycznego i odsłaniania ciała w obecności osoby odmiennej płci. Korzystne będzie zapewnienie personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty) tej samej płci, a w przypadku, gdy jest to niemożliwe, pomocna może okazać się rozmowa z pacjentem/pacjentką, wskazująca na zrozumienie i poszanowanie kwestii cielesności.

- Personel medyczny powinien unikać kontaktu fizycznego lub ograniczyć go do niezbędnego minimum, a w przypadku konieczności takiego kontaktu należy wytłumaczyć jego cel.
- Nauki islamu nie pozwalają na niepotrzebne dotykanie między dorosłymi osobami niepowiązanymi ze sobą. Warto pamiętać, aby nie dotykać z „czułością" głowy pacjentów/pacjentek, ponieważ głowa, czoło służą do codziennej modlitwy.
- Muzułmanie mają obowiązek odwiedzać chorych w szpitalu, należy im to umożliwić, pamiętając o konieczności zapewnienia odpoczynku pacjentowi/pacjentce.
- Należy poszanować prawo muzułmanek do noszenia stroju zakrywającego całe ciało, w tym głowę, szyję, ramiona i nogi.
- W przypadku kobiet muzułmanek należy przekazywać informacje o wszystkich działaniach dotyczących opieki pielęgniarskiej i leczeniu pacjentce oraz jej mężowi lub ojcu.
- Rodząca muzułmanka, o ile jest to możliwe, powinna znajdować się pod opieką żeńskiego personelu. Ekspozycja ciała rodzącej powinna być ograniczona do minimum, natomiast pozycja podczas porodu uzgodniona wcześniej i być wyborem rodzącej.
- Po przecięciu pępowiny rodzina może chcieć wyszeptać do uszu dziecka specjalną modlitwę. W sytuacji, gdy noworodek nie wymaga natychmiastowej porady lekarskiej, należy pozwolić na ten rytuał (trwa nie dłużej niż kilka minut) oraz dodatkowo umożliwić czterokrotne obmycie dziecka.
- Stan rytualnej czystości ciała osiąga się poprzez ablucję – należy stworzyć warunki pacjentom/pacjentkom do rytualnego obmycia obejmującego umycie twarzy, rąk i stóp przez modlitwą czy czytaniem Koranu (także osobom leżącym).
- Pojęcie czystości jest wśród muzułmanów bardzo ważne ze względu na religię, dlatego należy stworzyć warunki pacjentom/pacjentkom do zachowania czystości rąk przed i po każdym posiłku oraz przed odmówieniem modlitwy przed posiłkiem. Dodatkowo, należy zapewnić możliwość obmycia rąk oraz krocza i odbytu po skorzystaniu z toalety, kaczki czy basenu (także osobom leżącym).
- Post jest integralną częścią islamu – służy do oczyszczenia ciała i duszy. Warto omówić tą kwestię z pacjentami indywidualnie. Jeżeli powodzenie leczenia wymaga przerwania postu, należy poinformować o tym pacjenta/pacjentkę i rodzinę oraz zalecić zmianę terminu postu po okresie choroby i rekonwalescencji.

- Należy pamiętać, że nie przerywają postu: leki wchłaniane przez skórę, płukania oraz iniekcje, a także pobranie krwi.
- Należy pamiętać, że post mogą przerwać: zakrapianie uszu i nosa, zażycie czopków i globulek ora zażycie leku wziewnego.
- Należy pamiętać, że muzułmanie nie przyjmują leków w postaci kapsułek żelowych ze względu na obecność w nich żelatyny oraz leków na bazie alkoholu.
- Należy unikać założenia wkłucia obwodowego na kończynie górnej lewej.
- Muzułmanie dzielą pokarmy na dozwolone i niedozwolone. Wszystkie kwestie dotyczące preferencji żywieniowych należy przedyskutować z pacjentami indywidualnie, a w przypadku, gdy zapewnienie odpowiedników składników w szpitalnej diecie jest niemożliwe, zezwolić rodzinie na dostarczanie posiłków przygotowywanych w domu.
- Zasady przygotowywania posiłków są bardzo surowe. Do przygotowywania potraw należy używać osobnych naczyń i przyborów. Pracownicy kuchni powinni być poinformowani o tym, że pacjent/pacjentka jest osoba wyznającą islam i stosować się do tych zasad.
- W tradycji muzułmańskiej istotną rolę odgrywa sposób jedzenia. Ważne jest umożliwienie przybrania odpowiedniej pozycji podczas spożywania posiłków, którą jest pozycja siedząca.
- Jedzenie lewą ręką jest zabronione, ponieważ służy ona do czynności higienicznych. W przypadku, gdy prawa ręka jest niesprawna lub unieruchomiona, należy pomóc zjeść posiłek, karmiąc muzułmanina prawą ręką.
- Muzułmanie wierzą, że błogosławieństwa zsyłane są na pokarm w środku, dlatego powinno się go zostawić na koniec posiłku. Przy karmieniu osób, które tego wymagają, należy respektować tą zasadę.
- Jeżeli pacjent/pacjentka jest nieprzytomna, należy w miarę możliwości ustawić łóżko tak, aby twarz była skierowana w stronę Mekki. Należy umożliwić rodzinie przebywanie z bliskim, który umiera, aby mogli mu recytować Koran.
- Muzułmanie mogą nie życzyć sobie, aby ich zmarli byli dotykani przez osoby innej wiary lub płci.
- Należy umożliwić rodzinie rytualne obmycie ciała osoby zmarłej.
- Pogrzeb powinien się odbyć w ciągu 24 godzin, kremacja jest zabroniona, natomiast autopsja możliwa w przypadkach dopuszczalnych. Istotne jest, by wcześniej uzyskać zgodę krewnych na jej wykonanie. Modlitwa pogrzebowa powinna zostać odprawiona przed sekcją.

Piśmiennictwo

1. Ajmal S, Filipowicz A, Hania Hakiel AH, Polska Misja Medyczna, Szczepaniak A, Świst O. Marhaba. Uchodźczynie i uchodźcy. Poradnik dla personelu medycznego. Wrocław: Nomada Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego; [2016].
2. Armour JR. Islam, chrześcijaństwo i Zachód, burzliwe dzieje wzajemnych relacji. Kraków: WAM; 2014.
3. Bejda G, Krajewska-Kułak E, Lankau A, Guzowski A, rred]. Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Silva Rerum; 2015: 92–96.
4. Błaszczak E. Współżycie seksualne w kulturze islamu. Seksuologia Polska 2003; 1(1); 35–38.
5. Główny Urząd Statystyczny. Wyznania religijne w Polsce w latach 2012–2014. Warszawa; 2016. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-20122014,5,1.html.
6. Islam bez tajemnic. Skromność i czystość w życiu muzułmanina. [online] 2015 [cyt. 22.02.2020]. URL: https://islambez-tajemnic.wordpress.com/2015/07/20/skromnosc-i-czystosc-w-zyciu-muzulmanina.
7. Jaksz-Recmanik W. Opieka pielęgniarska nad wyznawcą islamu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2019; 1–2; 60–62.
8. Jończyk A. Aksjologiczne podstawy prawnej ochrony życia dziecka poczętego. Kościół i prawo 2018; 7(20)1: 215–216.
9. Komorowska-Pudło M. Wartościowanie płciowości i seksualności w religiach monoteistycznych. Założenia doktrynalne a rzeczywistość empiryczna. Studia Paradyskie 2017; 27(27); 317–333.
10. Kuriata A, Sadowa K. Podstawy ideologiczne islamu – filary wiary. Zarys tematyki. Wrocław; 2015; 183–202. URL: http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/65068/013_Kuriata_A_Sadowa_K_Podstawy_ideologiczne_islamu_filary_wiary_Zarys_tematyki.pdf.
11. Maciejczyk M. Zdrowie i medycyna w religiach świata. Edukacja biologiczna i środowiskowa. 2013; 1: 28–29.
12. Medica 2000. Jak postrzegana jest miesiączka w różnych kulturach? [online] [cyt. 20.02.2020]. URL: https://www.medica2000.com.pl/jak-postrzegana-jest-miesiaczka-w-roznych-kulturach.
13. Olszewska J, Czerwińska-Osipiak A, Michalik A, Kunat K. Spojrzenie na ciążę przez pryzmat innych religii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(4): 534–541.
14. Pew Research Center Religion & Public Life. Religion. Religious Composition by Country, 2010–2050. [online] URL: https://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table.
15. Piwko AM. Kobieta w islamie. Muzułmański feminizm? Warszawskie Studia Pastoralne UKSW 2015; 4(29); 25–53. URL: https://doi.org/10.21697/wsp.2015.10.4.29.02.
16. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. Hygeia Public Health 2013; 48(1): 108–114.
17. Wąs A. Kobieta w islamie. [online] 10.04.2009 [cyt. 11.01.2020]. URL: https://religie.wiara.pl/doc/472173.Kobieta-w-islamie.
18. Zasady ubioru mężczyzny i kobiety w islamie. [online] 14.11.2006 [cyt. 22.02.2020]. URL: http://www.eioba.pl/a/23s/zasady-ubioru-mezczyzny-i-kobiety-w-islamie.

2.1.4. Hinduizm

Hinduizm jest trzecią pod względem liczby wyznawców religią świata. Rozmaite jego odłamy wyznaje prawie 1 miliard ludzi, z których większość mieszka w Indiach i Nepalu. Według danych liczba wyznawców Hinduizmu w 2020 roku przekroczy 1,1 mld, dla porównania w 2010 roku wynosiła 1 mld (15% całej populacji). Liczba wyznawców hinduizmu w Polsce, Republice Czeskiej oraz Bułgarii w 2010 r. wynosiła < 10 tys. osób, szacuje się, że liczba ta w 2020 r. i 2030 r. również będzie wynosić < 10 tys. osób.

Hinduizm jest najstarszą znaną religią na subkontynencie. Jest określeniem zbiorczym wierzeń i odrębnych religii, nie jest zatem jedną, określoną religią indyjską, a nazwą ogólną, opisującą grupę spokrewnionych ze sobą, chociaż różniących się od siebie, systemów religijnych powstałych na terenach od Pakistanu do Bangladeszu. Nie ma ona swojego historycznego założyciela, dogmatów, rytuałów czy depozytu wiary, który obowiązywałby wszystkich mieszkańców Indii. Każda epoka pozostawiła w niej ślady, które przetrwały w wierze i religijnych praktykach hindusów. Wiele czynników miało wpływ na ukształtowanie się hinduizmu. Jego początki są ściśle związane z przywędrowaniem Ariów oraz ich osiedleniem się na ziemi hinduskiej około drugiego tysiąclecia przed Chrystusem. Ariowie uważali, że pewne dzieła zawierają świętą wiedzę (weda), a religię ich nazywano wedyzmem. Te obce pierwiastki zostały przyswojone przez religię osadników, która z biegiem lat pod wpływem innych religii przyjmowała lub odrzucała dalsze wierzenia i praktyki. Dodatkowo szczególne położenie subkontynentu indyjskiego, jego cechy geograficzne, zwyczaje i wierzenia licznych zamieszkujących tutaj ras oraz przybywające na te tereny co jakiś czas ludy zaborcze miały wielki wpływ na kształtowanie się hinduizmu. Powstał więc on w wyniku nieustannego nawarstwiania się licznych elementów pochodzących z różnych źródeł.

Charakterystyka religii

Hinduizm jest określeniem umownym, przyjętym w religioznawstwie europejskim. Hindusi w celu właściwego określenia tego, co na Zachodzie uważa się za religię, używają wyrażenia *sanatana dharma*, co oznacza: „wieczny niestworzony porządek rzeczy". Hinduizm jest zbiorem powiązanych ze sobą wierzeń i kultów, poglądów, praw i norm postępowania, a jego wyznawców cechują:

- szacunek dla Świętych Ksiąg – Wed,
- wiara w reinkarnację (dusza po śmierci ciała może wcielić się w nowy byt fizyczny),
- wiara w karmę (prawo przyczyny i skutku),
- dążenie do wyzwolenia.

Święte księgi

Księgi uważane za objawione nazywają się Wedami („święta wiedza"). Mają one ogromne znaczenie dla dzisiejszej duchowości hinduizmu. Wyróżnia się cztery pojedyncze zbiory Wed:

- Rygweda – zbiór hymnów recytowanych przy sprawowaniu kultu ofiarniczego,
- Jadżurweda – zbiór tekstów ofiarniczych,
- Samaweda – zbiór pieśni ofiarniczych,
- Atharwaweda – zbiór magicznych formuł i hymnów, stosowanych w kultach prywatnych.

Warto zaznaczyć, że hindusi nie rozdzielają stylu życia świeckiego od religijnego tak jednoznacznie, jak ma to miejsce np. w kulturze europejskiej. Życie hindusa jest niezwykle zrytualizowane. Oprócz rozbudowanego kalendarza świątecznego, hindus może przejść aż 40 obrzędów religijnych (sanskara) w różnych momentach życia – od narodzin do śmierci. Hinduizm zakłada, że każda istota posiada duszę, która po śmierci wciela się w kolejną istotę – może nią być owad, zwierzę człowiek, itd. Wyznawcy hinduizmu dzielą swoje społeczeństwo na klasy (warny). Najwyższa klasa to bramini (kapłani). Do kolejnych, niższych klas należą kszatriowie (władcy, wojownicy i urzędnicy), wajśjowie (kupcy) oraz siudrowie (robotnicy rolni). Poszczególne klasy dzielą się na kasty i podkasty. Kasta wyznacza miejsce człowieka w społeczeństwie, narzuca reguły zawierania małżeństw, a nawet określa pokarmy, jakie można spożywać. Mimo że podział społeczeństwa hinduskiego na kasty został w Indiach oficjalnie zniesiony, nadal bardzo silnie tkwi w mentalności hindusów. Zgodnie z prawem karman obecne życie zależy od wcieleń poprzednich. W świecie wędrówki dusz perspektywa przeniesienia do innej kasty jest możliwa – jednak tylko na skutek Dharmy, czyli zasad, które są różne dla różnych kast. Wiara w odgórnie narzucony porządek, którego należy przestrzegać, aby po śmierci mieć szansę „awansować", powoduje więc pokorę przy znoszeniu społecznych ograniczeń. Dharma odgrywa najbardziej istotną rolę w tej religii, jest zbiorem praw karmicznych, naturalnych i uniwersalnych reguł pozwalających osiągnąć szczęście i oświecenie. To właśnie one mają niezaprzeczalny i decydujący wpływ na życie wyznawców hinduizmu.

Kobieta i mężczyzna

Pozycja kobiet w Indiach jest uwarunkowana pozycją społeczną, wykształceniem, przynależnością kastową, etniczną oraz religijną. Dodatkowo, oprócz wspomnianych powyżej uwarunkowań, ich pozycja w bardzo dużym stopniu uzależniona jest od mężczyzny i jego otwartości na zmieniający się świat. Poszanowaniem cieszyć się będą żona i córki mężczyzny, który dostrzega i rozumie potrzebę przemiany statusu kobiet. Natomiast w rodzinie z tradycjami, o silnym przywiązaniu do patriarchatu, kobieta nadal jest postrzegana jako istota niesamodzielna, całkowicie

poddana woli mężczyzny i traktowana jako ciężar. Z uwagi na to, że społeczeństwo wiejskie wykazuje większe przywiązanie do tradycji, sytuacja kobiet wiejskich jest znacznie gorsza od sytuacji kobiet w miastach. Niestety, wciąż aktualny jest starożytny Kodeks Manu, który jednoznacznie stwierdza, że w dzieciństwie powinna przebywać pod opieką ojca, w małżeństwie pod kontrolą męża, a gdy on umrze, najstarszy syn powinien się o nią troszczyć. O ile współcześnie kobiety dążą w Indiach do emancypacji, to jednak nadal zwraca się uwagę, aby szczególnie młode dziewczęta nie pozostawały same bez opieki, a zwłaszcza nie przebywały samotnie tylko w męskim towarzystwie. Może to wzbudzić podejrzenia co do moralności danej dziewczyny. Z tego właśnie względu na emigrację poza Indie wyjeżdżają przede wszystkim mężczyźni. Powszechna jest opinia, że kobieta najlepiej realizuje się w prowadzeniu domu i wychowywaniu dzieci. Mimo że konstytucja Indii gwarantuje kobietom równe prawa, są one dyktowane przez obyczaje. Patriarchat dotyczy wszystkiego – pracy, rodziny, prawa uczestniczenia w życiu publicznym, a nawet religii. Do szkoły chodzą chłopcy, dziewczynki zostają zazwyczaj w domu. Przy stole pierwsi siadają mężczyźni; gdy skończą, wtedy jedzą kobiety. Nie ma mowy o wspólnym posiłku z mężem. Mało tego, gdy jedzenia jest zbyt mało, dostają je tylko mężczyźni. Według hinduizmu kobiety miesiączkujące są uważane za nieczyste i w tych dniach powinny przebywać w odosobnieniu. Mają również zakaz uczestnictwa w uroczystościach religijnych w ciągu czterech pierwszych dni cyklu. Istnieje także specjalny jadłospis dla miesiączkujących kobiet oraz nie mogą kąpać się i powinny przykrywać się w nocy ciepłymi przykryciami. W Indiach właścicielem kobiety jest najpierw ojciec, a po ślubie mąż. Zgodnie z tradycją młoda mężatka po ślubie przenosi się do domu męża, w którym głową rodziny jest teściowa i najczęściej od tego momentu zaczyna się jej koszmar. Często traktowana jest jak obca, niepotrzebna osoba obciążająca rodzinną spiżarnię, torturowana psychicznie, czasami również fizycznie. Dosyć często spotykanym sposobem upokorzenia kobiety jest oblewanie naftą, a w konsekwencji poparzenia, a także śmierć. Przyczyną znacznej części nienaturalnych zgonów, głównie młodych kobiet jest spalenie. Sytuacja młodej mężatki jest jeszcze gorsza, gdy urodzi ona córkę, szczególnie na wsi, gdzie narodziny dziewczynki postrzegane są jako znaczne obciążenie dla rodziny. W hinduizmie kobieta pełni ważną rolę w rodzinie, ponieważ tylko ona może wydać potomstwo. Często jednak traktowana jest jako służąca, wypełniając najgorsze zajęcia domowe. Trudna jest również sytuacja żon opuszczonych przez mężów – wychowują osierocone dzieci, są nękane i poniżane, często padają ofiarą gwałtów i wymuszeń.

Mężczyzna jest głową rodziny, najbardziej upragnionym potomkiem. Oczekuje się przede wszystkim syna, nie tylko z powodu praw dziedziczenia, które przechodzą na niego (współcześnie córki także nabyły prawo dziedziczenia), ale także, w myśl

hinduizmu, tylko syn, nie córka, może kontynuować kult przodków – rzecz istotną dla hindusów. Tradycja nakazuje, by najstarszy syn zajmował się rodzicami, to on więc zostaje w domu rodzinnym i przejmuje ewentualny rodzinny interes. Z tego powodu wyżej ceni się mężczyzn. Dlatego w Indiach istnieje zwyczaj zwracania się do kobiet, używając słowa „synu", a nie „córko". W ten sposób zwykle starszy mężczyzna okazuje szacunek młodej kobiecie. Podobnie, gdy jako pierworodne dziecko urodzi się córka, rodzice także zwracają się do niej „synu".

Stosunek do seksualności człowieka (współżycie seksualne, poczęcie dziecka, ciąża i antykoncepcja, aborcji

W hinduizmie odnaleźć można wiele zróżnicowanych postaw wobec seksualności człowieka: od ascetycznej, poprzez umiarkowaną aprobatę, aż do w pełni afirmującej. W przeszłości seks był traktowany jako źródło przyjemności i płodności. W mitologii hinduskiej odnaleźć można liczne treści erotyczne. Współcześnie natomiast życie seksualne zostało ograniczone licznymi normami oraz zasadami. Seksualność człowieka zamyka się w ramach małżeństw, które są wyłącznie monogamiczne, a małżonkowie zobowiązani są do wierności. Publiczne okazywanie sobie uczuć jest niedozwolone i karane grzywną bądź karą więzienia. W parkach miejskich obowiązuje zakaz wnoszenia parasoli i gazet, ponieważ pod ich osłoną młodzi ludzie mogliby się całować.

Decyzją Sądu Najwyższego Indii od 2018 roku homoseksualizm nie jest wykroczeniem i nie podlega karze. Nie istnieją jednak żadne przepisy zakazujące dyskryminacji osób homoseksualnych. Indie należą do krajów nietolerancyjnych wobec mniejszości seksualnych. Społecznie są akceptowane wyłącznie związki heteroseksualne, a homoseksualizm jest potępiany.

Poczęcie, ciąża i poród – to cykl życia i śmierci. Spłodzenie oraz wychowanie potomka jest podstawowym zadaniem żony i męża. W przeszłości kobiety były zobowiązane do przygotowania się do zajścia w ciążę, jedząc specjalne, symbolizujące płodność pokarmy. Ciąża w hinduizmie to czas szczególny, o czym świadczy choćby to, że wiek człowieka liczy się od chwili poczęcia. Przed porodem pomaga się położnicy, rozplątując wszystkie węzły w domu, ma to ułatwić poród oraz zapobiec ewentualnym powikłaniom. Pierwszy obrzęd religijny (dźatakarman) odprawiany jest od razu po urodzeniu. Ojciec dziecka uroczyście odcina pępowinę i wypowiada do jego ucha słowa specjalnej mantry – prośbę o długie życie i mądrość. Ponadto, na znak, że uznaje dziecko za swoje, dotyka jego czoła. Noworodkowi do ust podaje się odrobinę mieszaniny miodu i masła, ma mu to zapewnić szczęśliwe życie. Szczególne znaczenie ma także ceremonia uroczystego przystawienia dziecka po raz pierwszy do piersi. Dużo kontrowersji wśród położnych i lekarzy wzbudza hinduska tradycja porodu lotosowego. To praktyka, która polega na tym, że wszystkie

procesy związane z odłączeniem dziecka od łożyska przebiegają samoistnie i naturalnie. Po narodzinach dziecka i łożyska nie przecina się i nie zaciska pępowiny, która ma samoistnie uschnąć i odpaść (co następuje między trzecim a dziesiątym dniem po narodzinach). Ten rodzaj porodu najczęściej praktykowany jest w przypadku porodów domowych, ale może być przeprowadzony także w szpitalu. Po narodzinach dziecka należy poczekać, aż urodzi się łożysko. Odklejenie łożyska może ułatwić karmienie piersią (pobudza wydzielanie oksytocyny, która wywołuje skurcze macicy). Następnie łożysko umieszcza się w misce ustawionej blisko dziecka (może ono leżeć nawet dobę po porodzie). Istotne jest, aby trzymać łożysko na tej samej wysokości lub powyżej dziecka, dopóki pępowina nie przestanie pulsować, pompując krew z łożyska do organów dziecka. Kolejną czynnością jest delikatne umycie łożyska ciepłą wodą, usunięcie skrzepów krwi i lekkie osuszenie. Przyczepione do łożyska pozostałości worków płodowych należy rozwinąć i również dokładnie umyć oraz osuszyć. Następnie łożysko umieszcza się na sitku wyłożonym pieluchą tetrową i pozostawia do momentu, gdy przestanie wyciekać z niego płyn (1–2 doby po porodzie). Łożysko i pozostałości worków płodowych można natrzeć solą, co przyspieszy jego obsychanie. Łożysko, po ułożeniu na sitku, powinno być przykryte pieluchą tetrową lub inną naturalną tkaniną. Okrycie należy zmieniać co najmniej raz na dobę lub gdy mocno nasiąknie cieczą. Kiedy łożysko obcieknie, należy je umieścić w głębokim naczyniu wypełnionym roztworem soli fizjologicznej. W całym okresie narodzin lotosowych należy bardzo ostrożnie podnosić dziecko do karmienia i przytulania. Powinno być ubierane luźno, najlepiej w ubranka zapinane z przodu. Niektóre dzieci wykazują niepokój lub zainteresowanie przy zabiegach przy łożysku lub pępowinie. Warto maleństwu opowiadać co robimy. Jeśli zajdzie potrzeba zmiany pozycji dziecka, można namoczyć przez kilka minut pępowinę w jednym miejscu, aż zmięknie i zmienić jej kształt. Potem pępowina sama wyschnie. Można też na stałe obwinąć kawałek pępowiny kawałkiem mokrej tetry, dzięki czemu pozostanie ona w tym miejscu elastyczna, tym samym ułatwi to pielęgnację dziecka. Z obserwacji rodziców wynika, że w czasie, kiedy dzieci są połączone z łożyskiem, są spokojniejsze, a po odłączeniu stają się bardziej zainteresowane światem. W Polsce znane są przypadki opuszczenia szpitala przez dziecko bez przecięcia pępowiny. Decyzja o tym zabiegu należy do rodziców noworodka i w niektórych placówkach jest to bezwzględnie respektowane. Dla zwolenników porodów lotosowych istotny jest przede wszystkim aspekt duchowy tego wydarzenia. Ponadto uważają oni, że dzieci urodzone w ten sposób są spokojniejsze i bardziej opanowane, wykazują mniejszy poziom stresu, rzadziej odczuwają lęk, cechują się większą pewnością siebie, są odporniejsze na choroby oraz tworzą bardziej stabilne związki uczuciowe. Natomiast przeciwnicy porodu lotosowego podkreślają, że pozostawienie łożyska niesie za sobą duże ryzyko powikłań.

W hinduizmie ważnym elementem pielęgnacji dziecka jest masaż. Ma korzystnie wpływać na rozwój fizyczny i psychiczny dziecka, stymulować odporność oraz wzmacniać kontakt matki z dzieckiem. Masaż wykonuje się dłońmi natłuszczonymi olejkiem migdałowym lub sezamowym, który przez skórę dostarcza dziecku zawarte w nim witaminy A i E.

Stosunek hinduizmu do antykoncepcji jest złożony. Przyczyną jest niejednolitość tej religii, a także ewolucyjny charakter wielu jej przekonań. W tradycji hinduskiej planowanie rodziny oznaczało poszukiwanie sposobów na zwiększenie płodności kobiety, a stosowanie środków antykoncepcyjnych było piętnowane. Współcześnie za ważny czynnik o znaczeniu religijnym uznaje się dążenie do posiadania raczej małej rodziny i ograniczanie dzietności. Antykoncepcja, zarówno naturalna, jak i sztuczna, jest więc dopuszczalna.

Większość hindusów nie aprobuje aborcji, bez wyjątku dla gwałtu, deformacji i tym podobnych. Aborcja jako zewnętrzna sztuczna ingerencja uznawana jest przez prawo religijne za zbrodnię, chociaż Indie, jako państwo świeckie, nie zakazują jej stosowania. Rozwój medycyny sprawił, że uczeni hinduscy rozważają legalność oraz dopuszczalność niektórych badań prenatalnych, w tym wczesne określenie płci dziecka. Przyczyną jest dyskryminacja dziewczynek. Odkąd upowszechniły się ultrasonografy, rodzice mogą w łatwy sposób sprawdzić płeć dziecka i nierzadko decydują się usunąć ciążę. Hinduskie prawo zakazuje ujawniać przyszłym rodzicom płeć dziecka, ale obsługa ultrasonografów je obchodzi.

Stosunek do higieny ciała

Życie codzienne hindusów jest w dużym stopniu zrytualizowane. Przywiązują niezwykle dużą wagę do postrzegania otoczenia według kategorii czystości i nieczystości rytualnej – skalania. Takie zasady determinują nawet kolejność wykonywania określonych czynności w ciągu dnia. Po każdej pracy, w której można się zetknąć z kalającymi substancjami, przedmiotami i osobami, należy się umyć. Woda ma właściwości oczyszczające, nie tylko w sensie fizycznym. Hindusi myją się nawet kilka razy dziennie, o poranku ulice pełne są ludzi pachnących olejem kokosowym wcieranym w wilgotne włosy. Tyle że często myją się w stawach albo wprost na ulicy, w wiadrze, przy pompie. Mężczyznom jest łatwiej, kobiety „myją się" w ubraniu, często przed świtem, w pośpiechu i ukryciu. Na brak dostępu do wody cierpi prawie połowa mieszkańców Indii. Indyjskich sanitariatów jest za mało. Nawet w miastach trzeba często korzystać z pomp i wspólnych toalet. Niestety, w społeczeństwie wręcz obsesyjnie nastawionym wobec czystości rytualnej i fizycznej, co piąta hinduska w ogóle nie ma dostępu do bieżącej wody, zaledwie 2% kobiet na terenach wiejskich używa podpasek higienicznych. Wskaźniki zachoro-

wań wywołanych brakiem higieny, a także odsetek łatwych do uniknięcia chorób zakaźnych są wyższe niż w krajach nierozwiniętych.

Zasady ubioru kobiety i mężczyzny

Obecnie nadal wielu mieszkańców Indii nosi ubiory tradycyjne w życiu codziennym, nie tylko od święta.

Tradycyjnym strojem hinduski jest Sari, czyli wielometrowy niezszyty pas tkaniny bawełnianej lub jedwabiu. Sari jest zakładane na wiele sposobów, najpopularniejszym jest zawijanie i drapowanie części materiału w talii, dzięki czemu zakrywane są nogi, natomiast druga część materiału przerzucona zostaje przez ramię, zakrywając piersi. Bawełniane sari na brzegach ozdobione jest kolorowym pasem. Kosztowne i odświętne sari najczęściej wykonane jest z jedwabiu przetykanego metalowymi nićmi. Sari często jest ubierane na halkę oraz krótką bluzeczką z niewielkimi rękawkami – choli. Sari nie jest ubiorem noszonym przez kobiety we wszystkich częściach Indii. W Indiach Północnych sari uważa się za strój bardziej odświętny. Na co dzień szczególnie młode dziewczyny zakładają albo spodnie wraz z długą koszulą sięgającą do kolan, a nawet do kostek, tzw. salwar-kamiz, albo ubierają się na sposób europejski. Uzupełnieniem salwar-kamiz jest dupatta, czyli zwiewny szal. Na wygląd zewnętrzny hinduskiej kobiety składają się również drobne elementy wskazujące na jej status w społeczności. Bindi („święta kropka" lub „czerwona kropka") jest charakterystycznym znakiem noszonym na czole. To znak, że kobieta znajduje się pod ochroną ojca lub męża. Jest zazwyczaj koloru czerwonego, otrzymanego z kurkumy lub szafranu. W północnej części kraju czerwona kropka na czole kobiety oznacza mężatkę, natomiast na południu Indii znak ten zazwyczaj noszą młode panny. Samo umiejscowienie znaku jest szczególnie ważne, ponieważ według wierzeń hinduskich między brwiami znajduje się najważniejsza czakra (jedno z centrów energetycznych umiejscowionych w ludzkim ciele), a bindi ma chronić przed ubytkami energii. Tradycyjną oznaką zamężnej kobiety jest sindur, czyli czerwony proszek nakładany na przedziałek włosów.

W odróżnieniu od kobiet, które pozostają wierne tradycji, większość hindusów woli zachodnie ubiory. Popularne tradycyjne ubrania wśród mężczyzn to zazwyczaj dhoti lub lungi. Uznawane za strój nieformalny lungi to pas materiału owijany wokół bioder. Bardzo podobny do lungi jest dhoti, różni się tylko tym, że ma dodany pas materiału, który przeciąga się między nogami. Występuje zwykle w jasnych kolorach. Hindusi uważają go za bardziej odświętny niż lungi. Przypominające piżamę spodnie – lenga – uznawane są za ubiór dzienny, jednak z uwagi na to, że noszone są głównie przez robotników, nie należy ich wkładać, idąc np. z wizytą. Zwyczaj noszenia turbanu przez mężczyzn jest dość popularny, zwłaszcza wśród ludności wiejskiej. W Indiach nie ma zasad nakazujących mężczyznom zdjęcie nakrycia

głowy po wejściu do jakiegoś pomieszczenia. Ostentacyjne zerwanie czyjegoś turbanu z głowy jest jednym ze sposobów poniżenia. W sposobie wiązania turbanu, jego kolorze, a nawet rodzaju wzoru, często jest zawarta informacja, z jakiego regionu pochodzi dana osoba, a nawet do jakiej kasty należy.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

W hinduizmie nie ma wypracowanego jednolitego poglądu na zdrowie. Dla joginów posiadanie zdrowego, sprawnego ciała, które nie będzie rozpraszać chorobą w trakcie medytacji, jest bardzo ważne, dlatego dbają o sprawność cielesną i zdrowie oraz stosują różne techniki oczyszczające ciało z toksyn. W kulturze Indii znanych jest też bardzo dużo tradycyjnych metod leczniczych, opartych głównie na ziołolecznictwie. Popularna jest również medycyna ajurweda (uznana przez WHO za równorzędną koncepcję zdrowia i terapii) oparta na zachowaniu równowagi pomiędzy siłami życiowymi a składnikami ciała ludzkiego oraz uwzględniająca otoczenie człowieka. Nierozważne spożywanie pokarmów, niewłaściwa aktywność ciała, nawyki seksualne czy poruszenia uczuciowe mogą wywołać chorobę. Na południu Indii praktykowana jest sztuka lecznicza siddha oparta głównie na diecie.

Charakterystyka odżywiania się i przyjmowania pokarmów

Jedzenie. Hindusi dzielą jedzenie na dwie kategorie: kaćća oraz pakka. Żywność typu pakka to jedzenie przetworzone, poddane obróbce termicznej w wyniku kontaktu z ogniem, tłuszczem lub wrzątkiem. Kaćća natomiast to jedzenie z produktów surowych np. z surowych owoców, dlatego spożywa się je tylko w domu. Wierzy się, że jedzenie pakka jest bezpieczniejsze, więc ryzyko skalania drugiej osoby, czy nawet przekazania jej swojego złego losu jest mniejsze. Jedzenie raz dotknięte ustami przez jedzącego należy już tylko do niego. Nie powinno się tego przekazać innej osobie. Dlatego właśnie, gdy hindus pije wodę, wlewa ją sobie do ust, nie dotykając nimi naczynia lub butelki. W ten sposób pojemnik na wodę pozostaje czysty i inni także mogą się jej napić. Wegetarianizm jest zalecany w pismach hinduistycznych, ale hinduiści mają swobodę wyboru własnej diety. Spośród tych, którzy jedzą mięso, większość wstrzymuje się od jedzenia wołowiny i wieprzowiny. Pije się zarówno herbatę, jak i kawę, choć wielu hindusów unika picia kawy, uważając, że zaciemnia umysł. Wśród najbardziej ortodoksyjnych przedstawicieli najwyższej klasy – braminów – przestrzegany jest zakaz jedzenia cebuli i czosnku. Nie jada się także grzybów, a często również pomidorów i ziemniaków. Całkowity zakaz dotyczy również picia alkoholu. Wspomniany wcześniej podział na kasty określa również, co może spożywać dana grupa oraz w jakim towarzystwie. Osoby z wyższej kasty nie mogą przyjmować pokarmów i wody od osób z kast niższych. Istnieje także specjalny jadłospis dla miesiączkujących kobiet. W tych dniach ich dieta powinna się składać tylko z suchych pokarmów, przede wszystkim ryżu i soli. Kuchnia indyj-

ska cechuje się regionalnym zróżnicowaniem. W części północnej jada się więcej mięsa i produktów z pszenicy. Natomiast w kuchni południowoindyjskiej jest serwowanych więcej dań wegetariańskich, sporządzanych z wszelkich odmian ryżu. Ryż jest kleisty, ponieważ tradycyjną metodą jest jedzenie prawą ręką, bez przyborów kuchennych. Indie to królestwo przypraw i dlatego nie sposób wyobrazić sobie żadnego dania indyjskiego bez co najmniej dziesięciu przypraw. Jedzenie hinduskie jest dość słone. Należy pamiętać, że podanie hindusowi jedzenia i napoju lewą ręką może być odebrane jako lekceważące, a nawet złowróżbne.

Stosunek do choroby i śmierci

Choroba i leczenie. Obawa, że powstrzymywanie karmy przed wymierzeniem sprawiedliwości spowoduje, że w następnym życiu powróci ze zdwojoną siłą, może powodować niechęć do medycyny zachodniej, szczególnie wśród przedstawicieli niskich kast. Hinduski pacjent chciałby, aby jego krewni odwiedzali go podczas pobytu w szpitalu, aby pomóc mu w podejmowaniu wszelkich decyzji medycznych, takich jak decyzja o operacji lub jej braku. Natomiast hinduska kobieta najprawdopodobniej nie zażądałaby specjalnej opieki i chciałaby porady męża w sprawie wszelkich decyzji medycznych. W Indiach szpitale państwowe i prywatne pozwalają rodzinom przebywać razem, a wybrany członek rodziny może nocować w szpitalu, w tej samej sali, w której przebywa pacjent. Osoba ta asystuje podczas czynności pielęgnacyjnych i podaje jedzenie, ma także prawo do podejmowania decyzji dotyczących terapii. Funkcja pielęgniarek i pielęgniarzy ogranicza się do podawania leków i wykonywania podstawowych zabiegów. Dla hindusów/hindusek dużym problemem podczas pobytu w szpitalu może być przygotowywana zbiorowo żywność. Dodatkowo pacjenci/pacjentki z Indii, zwolennicy medycyny ajurwedycznej, uważają, że choroba jest niczym innym, jak brakiem harmonii w organizmie i dlatego należy udrażniać kanały, przez które przepływa energia. W tym celu wykonują specjalne masaże z oleju kokosowego i migdałowego. Istotne jest także przywrócenie balansu psychicznego. Służy temu zabieg sirodhara polegający na miarowym polewaniu czoła jednolitą strugą ciepłego oleju. Zabieg ten poprzedza masaż głowy. Konieczne jest również stosowanie specjalnej diety wykluczającej produkty pochodzenia zwierzęcego, kawy oraz herbaty. Zasady odżywiania przy poszczególnych schorzeniach są ściśle podzielone na dwie grupy: warzywa i owoce powodujące ochłodzenie organizmu lub jego rozgrzanie. Posiłki przygotowuje się w specjalnych cynowych naczyniach, jedzenie raz przygotowane nie może być ponownie odgrzane.

W kulturze hinduskiej często zdejmuje się buty przed wejściem do domu, miejsca kultu i niektórych innych miejsc. W środowisku szpitalnym hinduscy goście mogą zdecydować się na zdjęcie butów przed wejściem do pokoju pacjenta. Jeśli

pacjent jest starszy niż odwiedzający go krewny, gość powinien stać, chyba że zostanie zaproszony przez pacjenta do siedzenia. Szacunek dla starszyzny jest wyryty w kulturze hinduskiej wraz z ciepłymi więzami rodzinnymi. W Indiach istotną rolę w komunikowaniu się odgrywają gesty. Wiele z nich jest zupełnie niezrozumiałych przez Europejczyków – choć wyglądają podobnie, mają odmienne znaczenie. Należy pamiętać, aby w obecności hindusów wszelkie czynności wykonywać zawsze prawą ręką. Ręka prawa służy do podawania pokarmu i picia, natomiast ręki lewej używa się do usuwania nieczystości i czynności związanych z korzystaniem z toalety. W szczególności należy pamiętać, aby nie dotykać lewą ręką jedzenia oraz innych osób. Ponadto pokazywanie komuś spodów stóp jest gestem wyrażającym brak szacunku, podobnie jak wskazywanie palcem. Chcąc komuś coś pokazać lub zwrócić jego uwagę na jakiś punkt, należy użyć w tym celu całej dłoni lub podbródka. Natomiast ściśnięta pięść z wyciągniętym kciukiem oznacza dezaprobatę. Z kolei wyciągnięty mały palec oznacza, że ktoś chce pójść do toalety lub z niej wraca, wówczas najlepiej jest nie podawać ręki. Wielu hindusów wita się po europejsku (uściskiem dłoni). Jednakże tradycyjne hinduskie powitanie będące przejawem uprzejmości i dobrego wychowania to półukłon ze złożonymi rękoma na wysokości serca i palcami wskazującymi do góry. Natomiast wyrazem najgłębszego szacunku jest dotknięcie czyichś stóp (nieczysta część ciała), a następnie swojej głowy (najczystsza część ciała).

W warunkach szpitalnych osobiste nabożeństwa hindusa/hinduski mogą polegać na modlitwie, medytacji i czytaniu świętych ksiąg. Podczas modlitwy może być użyty mały obrazek lub figura Bóstwa. Preferowane byłoby zwrócenie się na północ lub wschód, ale nie jest to wymagane. Ponadto należy zwrócić uwagę na nici przywiązane do nadgarstka pacjentów. Zazwyczaj są one koloru białego, pomarańczowego lub czerwonego. Oznaczają złożenie ofiary w świątyni hinduskiej lub odbycie pielgrzymki. Nici tych nie należy w żadnym wypadku przecinać, ponieważ są uznawane za święte. Można je odwiązać tylko za zgodą pacjenta lub jego rodziny. Nie wolno ich wyrzucać, po odwiązaniu należy je przekazać rodzinie. Większość świąt religijnych jest obchodzona zgodnie ze szczególnym aspektem Boskości, który hinduska osoba lub rodzina czci. Hinduska koncepcja wiary w karmę narzuca niechęć poprawy bytu i ingerowania w cierpienie wynikające z choroby. Intubacja, sztuczne karmienie lub inne przejawy uporczywego podtrzymywania przy życiu mogą być zrozumiałe jako sprzeczne z hinduizmem. W zgodzie z tradycją religijną jest natomiast medycyna paliatywna, ponieważ prowadzi do naturalnej śmierci.

W hinduizmie etyczne problemy dotyczące eutanazji pozostają zgodne z klasycznymi i ludowymi tradycjami religijnymi. Nie mniej jednak hinduizm nie ma jednej, powszechnej księgi uwzględniającej zasady etyczne ludzkiego postępowania. Zasady te zawsze były elastyczne i uzależnione od interpretacji lokalnych

społeczności. W hinduskim podejściu do dobrowolnej i czynnej eutanazji należy uwzględnić dwie ważne i charakterystyczne koncepcje: karmę i dharmę. Karma jest podstawą zrozumienia podejścia hinduistów do eutanazji. Dharma to prawo moralne i etyczne. Przestrzeganie tego prawa jest obowiązkiem i zapewnia pomyślność teraz i po śmierci. Dla hinduizmu podstawową zasadę stanowi reinkarnacja i wędrówka dusz trwająca aż do całkowitego uwolnienia od wciąż powtarzającej się egzystencji. Dlatego samobójstwo eutanatyczne, jak i inne formy skracające życie, są zakazane. Dharma przydziela czyny i obowiązki, karma wiąże z nimi człowieka. Zadaniem każdego człowieka w obecnym życiu jest takie postępowanie, którym winien on zasłużyć sobie na osiągnięcie wyższego wcielenia w przyszłym życiu. Odebranie sobie życia w tym wcieleniu po to, by uciec przed cierpieniem, uniemożliwia przyszłe wzniesienie się na wyższy poziom duchowy i daje złą karmę. Tradycja hinduska nie aprobuje zabójstw miłosierdzia, wspomaganych samobójstw lub samobójstw. W hinduizmie jedyną dopuszczalną formą samobójstwa jest samozagłodzenie się lub samouduszenie poprzez wstrzymanie oddechu, praktykowane przez braminów w celu osiągnięcia nirwany. Hinduizm nie popiera również sztucznego przedłużania życia, bowiem stanowi ono jedynie przedłużenie cierpienia, które nieodłącznie związane jest z każdą egzystencją. Człowiekowi winno się pozwolić umrzeć w spokoju.

W hinduizmie z powodu koncepcji braku afirmacji dla wartości życia doczesnego neguje się jego wartość. Zachęca się do pomniejszania znaczenia radości doczesnej na rzecz rozwoju ducha dobroci. Hinduizm nie zawiera jasno określonych poglądów zabraniających stosowania transplantacji organów w odniesieniu do odzyskania narządów od osób zmarłych. Jednakże świadomość istoty transplantologii jest w tym kraju wciąż na niskim poziomie. Często się zdarza, że rodziny zmarłych pacjentów odmawiają pobrania organów ze względów religijnych.

Wyznawca hinduizmu wolałby umrzeć w domu. Jednakże, jeśli to nieuniknione, śmierć w szpitalu jest do przyjęcia. Umierający pacjent może chcieć być sam, z krewnymi lub ze swoim księdzem albo Guru (jeśli to możliwe). W kategoriach religijnych istotna jest tzw. dobra i zła śmierć. Dobra śmierć, ważna zarówno dla umierającego, jak i dla jego bliskich, następuje wówczas, gdy umierający jest odpowiednio przygotowany do śmierci, znaki astrologiczne są właściwe i wykonywane są odpowiednie rytuały. Zła śmierć będzie miała trwałe następstwa w kolejnych życiach i spowoduje niefortunne konsekwencje dla rodziny (pech, koszmary i niepłodność). Członkowie rodziny będą musieli przez lata odprawiać rytuały odwetowe, aby zrównoważyć złą śmierć. Nagła śmierć, śmierć z nadmierną ilością płynów ustrojowych lub śmierć, której towarzyszyły źle wykonane rytuały, stanowi złą śmierć. Miejsce również ma znaczenie. Preferowane jest umieranie w świętym mieście Benares w pobliżu Gangesu, ale jeśli nie jest to możliwe, umierający zostanie opuszczony na podłogę, aby

uniknąć obszaru między sufitem a podłogą. Członkowie rodziny umieszczają światło blisko głowy swojej ukochanej osoby. Przerwanie tego procesu może mieć konsekwencje, które będą trwały wiecznie, ponieważ będzie miało wpływ na wszystkie przyszłe narodziny. Religijni hindusi wierzą, że tuż przed śmiercią w celu łagodniejszego przejścia z jednego wcielenia do drugiego należy podać do ust osoby umierającej liść świętej rośliny tulsi (bazylia azjatycka) oraz parę kropli wody ze świętej rzeki Ganges. Dla hindusów śmierć jest częścią życia. Dlatego tak ważna dla nich jest ceremonia przejścia. Ciało po śmierci podlega kremacji w świątyni. Na stos przenosi się ciało osoby zmarłej, wcześniej namaszczonej olejami, spowitej w płótna i kwiaty. Paleniu zwłok towarzyszy śpiewanie mantr. Sztuczne przedłużanie życia zależy od jednostki. Jednakże w tradycji hinduistycznej często zdarza się, że pozwala się, by natura obrała swój kierunek.

Hinduizm zakłada, że każdy organ jest integralną częścią ciała, które po śmierci powinno być natychmiast poddane kremacji celem przyspieszenia procesu opuszczenia ciała przez duszę. Z tego powodu rodziny bardzo niechętnie zgadzają się na sekcje zwłok. Autopsja wykonywana jest na polecenie sądu.

Podsumowanie – istotne aspekty opieki medycznej nad pacjentem/pacjentką

- Podstawowa wiedza z zakresu hinduizmu jest istotna w świadczeniu opieki zdrowotnej nad pacjentem/pacjentką z Indii. Zebranie dokładnych informacji dotyczących hinduskich zwyczajów i obyczajów zapewni profesjonalną opiekę oraz respektowanie potrzeb duchowych i potrzeby prywatności.
- Należy mieć na uwadze wiarę oraz zwyczaje (obrzędy i rytuały) i umożliwić pacjentom/pacjentkom wykonywanie również w warunkach szpitalnych wszelkich czynności natury religijnej (np. zapalenie lampki, recytacja modlitw, śpiewanie mantr).
- Podczas wykonywania czynności religijnych powinno się zadbać o intymność pacjenta/pacjentki i nie przerywać ich wykonywania do czasu zakończenia (bez szczególnej potrzeby).
- Pacjent/pacjentka z Indii chcieliby, aby krewni odwiedzali ich podczas pobytu w szpitalu, aby pomóc im w podejmowaniu wszelkich decyzji medycznych. Należy im to umożliwić, pamiętając o konieczności zapewnienia odpoczynku pacjentowi/pacjentce.
- Nie należy zdejmować pacjentom ozdób o znaczeniu religijnym, chyba że wymaga tego dana procedura (zabieg operacyjny czy badania diagnostyczne).
- Ponadto należy zwrócić uwagę na nici przywiązane do nadgarstka pacjentów. Oznaczają złożenie ofiary w świątyni hinduskiej lub odbycie pielgrzymki. Nici tych nie należy w żadnym wypadku przecinać, ponieważ są uznawane za święte. Można je odwiązać tylko za zgodą pacjenta lub jego rodziny. Nie wolno ich wyrzucać, po odwiązaniu należy je przekazać rodzinie.

- W Indiach istotną rolę w komunikowaniu się odgrywają gesty:
  - należy pamiętać o tym, aby w obecności hindusów wszelkie czynności wykonywać zawsze prawą ręką (nie dotykać lewą ręką innych osób),
  - pokazywanie komuś spodów stóp, wskazywanie palcem oraz ściśnięta pięść z wyciągniętym kciukiem są gestami o nacechowaniu negatywnym;,
  - w celu zwrócenia uwagi na jakiś punkt lub chcąc coś pokazać, należy używać całej dłoni lub podbródka,
  - wyciągnięty mały palec oznacza, że ktoś chce pójść do toalety lub z niej wraca – wówczas najlepiej jest nie podawać ręki,
  - należy pamiętać, że przejawem uprzejmości i dobrego wychowania w tradycji hinduskiej jest półukłon ze złożonymi rękoma na wysokości serca i palcami wskazującymi do góry,
  - wyrazem najgłębszego szacunku jest dotknięcie czyichś stóp, a następnie swojej głowy,
  - hinduska pacjentka chciałaby zasięgnąć porady męża w sprawie wszelkich decyzji medycznych. Istotne jest, aby umożliwić jej taką możliwość.
- Należy uszanować prawo kobiet do noszenia elementów wskazujących na status w społeczności (bindi – czerwona kropka, sindur – czerwony proszek we włosach).
- Według hinduizmu kobiety miesiączkujące są uważane za nieczyste i w tych dniach powinny przebywać w odosobnieniu. Istnieje także specjalny jadłospis dla miesiączkujących kobiet, nie mogą się kąpać i powinny przykrywać się w nocy ciepłymi przykryciami.
- W Indiach pierwszy obrzęd religijny odprawiany jest zaraz po urodzeniu dziecka, należy uszanować wszelkie nakazane przez religię czy tradycję zwyczaje hinduskie i, o ile nie ma sytuacji zagrożenia życia matki lub dziecka, umożliwić ich przeprowadzenie.
- W takich sytuacjach należy umożliwić rodzinie obecność przy pacjencie i uszanować wszelkie rytualne czynności przez nią wykonywane, unikać wchodzenia do sali i przerywania modlitw.
- Należy respektować prawo do porodu bez przecięcia pępowiny. Decyzja o tym zabiegu należy do rodziców noworodka (w niektórych placówkach jest to bezwzględnie respektowane).
- W hinduizmie ważnym elementem pielęgnacji dziecka jest masaż natłuszczonymi olejkiem migdałowym lub sezamowym. O ile jest to możliwe, należy umożliwić matce jego wykonywanie w warunkach szpitalnych.
- Dla pacjentów/pacjentek z Indii, zwolenników medycyny ajurwedycznej, istotnym aspektem będzie umożliwienie im w warunkach szpitalnych wykonanie specjalnego masażu z oleju kokosowego i migdałowego, a także

zabiegu sirodhara. Ponadto stosują oni specjalną dietę – warto omówić tę kwestię z pacjentami indywidualnie.

- Większość hindusów do jedzenia podchodzi z należytą czcią – dużym problemem podczas pobytu w szpitalu może być zbiorowo przygotowywana żywność. Wszystkie kwestie dotyczące preferencji żywieniowych należy przedyskutować z pacjentami indywidualnie, a w przypadku, gdy zapewnienie odpowiedników składników w szpitalnej diecie jest niemożliwe, zezwolić rodzinie na dostarczanie posiłków przygotowywanych w domu.
- Ponadto należy respektować wszelkie nakazy i zakazy obowiązujące hindusów, w tym zakazy pokarmowe. O ile stan zdrowia pacjenta/pacjentki pozwala na spożywanie pokarmów nienaruszających obowiązujące ich zakazy pokarmowe, dietetyk powinien w taki sposób skomponować dietę, aby nie otrzymywali pokarmów, których nie mogą spożywać ze względów religijnych bądź obyczajowych.
- Należy pamiętać, że podanie hindusowi jedzenia i napoju lewą ręką może być odebrane jako lekceważące, a nawet złowróżbne.
- Hinduska koncepcja wiary w karmę narzuca niechęć poprawy bytu i ingerowania w cierpienie wynikające z choroby. Intubacja, sztuczne karmienie lub inne przejawy uporczywego podtrzymywania przy życiu mogą być zrozumiane jako sprzeczne z hinduizmem. W zgodzie z tradycją religijną jest natomiast medycyna paliatywna, ponieważ prowadzi do naturalnej śmierci.
- W sytuacjach wyjątkowych, w szczególności w przypadku zagrożenia życia pacjenta/pacjentki, należy uszanować wszelkie nakazane przez religię i tradycję zwyczaje hinduskie. W takich sytuacjach, o ile to możliwe, rodzina powinna być obecna przy pacjencie, a zadaniem personelu medycznego jest uszanowanie wszelkich rytualnych czynności przez nią wykonywanych, unikanie wchodzenia do sali i przerywania modlitw.
- Wyznawca hinduizmu wolałby umrzeć w domu. Jednakże, jeśli to nieuniknione, śmierć w szpitalu jest do przyjęcia. Umierający pacjent może chcieć być sam, z krewnymi lub ze swoim księdzem albo Guru (jeśli to możliwe).
- Do najważniejszych indyjskich ceremonii należy rytuał pośmiertny i pochówek. Dobra śmierć, ważna zarówno dla umierającego, jak i dla jego bliskich, następuje wówczas, gdy umierający jest odpowiednio przygotowany do śmierci, znaki astrologiczne są właściwe i wykonywane są odpowiednie rytuały. Zła śmierć będzie miała trwałe następstwa w kolejnych życiach i spowoduje niefortunne konsekwencje dla rodziny (np. pech, koszmary i niepłodność). Należy umożliwić rodzinie wykonywanie rytualnych czynności związanych z przygotowaniem bliskiej osoby do śmierci oraz unikać wchodzenia do sali i ich przerywania.

- W hinduizmie miejsce śmierci ma znaczenie. W celu uniknięcia obszaru między sufitem a podłogą umierający może zostać opuszczony przez rodzinę na podłogę.
- Religijni hindusi wierzą, że tuż przed śmiercią w celu łagodniejszego przejścia z jednego wcielenia do drugiego należy podać do ust osoby umierającej liść świętej rośliny tulsi – bazylii azjatyckiej oraz parę kropli wody ze świętej rzeki Ganges.
- Hinduizm zakłada, że każdy organ jest integralną częścią ciała, które po śmierci powinno być natychmiast poddane kremacji celem przyspieszenia procesu opuszczenia ciała przez duszę. Z tego powodu rodziny bardzo niechętnie zgadzają się na sekcję zwłok. Autopsja wykonywana jest na polecenie sądu.

Piśmiennictwo

1. Ajmal S, Filipowicz A, Hania Hakiel AH, Polska Misja Medyczna, Szczepaniak A, Świst O. Marhaba. Uchodźczynie i uchodźcy. Poradnik dla personelu medycznego. Wrocław: Nomada Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego; [2016].
2. Armour JR. Islam, chrześcijaństwo i Zachód, burzliwe dzieje wzajemnych relacji. Kraków: WAM; 2014.
3. Bejda G, Krajewska-Kułak E, Lankau A, Guzowski A, rred]. Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Silva Rerum; 2015: 92–96.
4. Błaszczak E. Współżycie seksualne w kulturze islamu. Seksuologia Polska 2003; 1(1); 35–38.
5. Główny Urząd Statystyczny. Wyznania religijne w Polsce w latach 2012–2014. Warszawa; 2016. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-20122014,5,1.html.
6. Islam bez tajemnic. Skromność i czystość w życiu muzułmanina. [online] 2015 [cyt. 22.02.2020]. URL: https://islambez-tajemnic.wordpress.com/2015/07/20/skromnosc-i-czystosc-w-zyciu-muzulmanina.
7. Jaksz-Recmanik W. Opieka pielęgniarska nad wyznawcą islamu. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2019; 1–2; 60–62.
8. Jończyk A. Aksjologiczne podstawy prawnej ochrony życia dziecka poczętego. Kościół i prawo 2018; 7(20)1: 215–216.
9. Komorowska-Pudło M. Wartościowanie płciowości i seksualności w religiach monoteistycznych. Założenia doktrynalne a rzeczywistość empiryczna. Studia Paradyskie 2017; 27(27); 317–333.
10. Kuriata A, Sadowa K. Podstawy ideologiczne islamu – filary wiary. Zarys tematyki. Wrocław; 2015; 183–202. URL: http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/65068/013_Kuriata_A_Sadowa_K_Podstawy_ideologiczne_islamu_filary_wiary_Zarys_tematyki.pdf.
11. Maciejczyk M. Zdrowie i medycyna w religiach świata. Edukacja biologiczna i środowiskowa. 2013; 1: 28–29.
12. Medica 2000. Jak postrzegana jest miesiączka w różnych kulturach? [online] [cyt. 20.02.2020]. URL: https://www.medica2000.com.pl/jak-postrzegana-jest-miesiaczka-w-roznych-kulturach.
13. Olszewska J, Czerwińska-Osipiak A, Michalik A, Kunat K. Spojrzenie na ciążę przez pryzmat innych religii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(4): 534–541.
14. Pew Research Center Religion & Public Life. Religion. Religious Composition

by Country, 2010–2050. [online] URL: https://www.pewforum.org/2015/04/02/religious-projection-table.

15. Piwko AM. Kobieta w islamie. Muzułmański feminizm? Warszawskie Studia Pastoralne UKSW 2015; 4(29); 25–53. URL: https://doi.org/10.21697/wsp.2015.10.4.29.02.
16. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. Hygeia Public Health 2013; 48(1): 108–114.
17. Wąs A. Kobieta w islamie. [online] 10.04.2009 [cyt. 11.01.2020]. URL: https://religie.wiara.pl/doc/472173.Kobieta-w-islamie.
18. Zasady ubioru mężczyzny i kobiety w islamie. [online] 14.11.2006 [cyt. 22.02.2020]. URL: http://www.eioba.pl/a/23s/zasady-ubioru-mezczyzny-i-kobiety-w-islamie.

2.2. Kultury świata

Wiara, która nie staje się kulturą, jest wiarą nie w pełni przyjętą,
nie w całości przemyślaną, nie przeżytą wiernie.
Jan Paweł II

Istnieje ścisły związek pomiędzy religią a kulturą:
„Nie było takiej kultury w przeszłości – i – jak się zdaje –
nie może być takiej kultury w przyszłości, która by nie miała religii”.
E. Fromm

Pojęcia wiary i kultury nie są tożsame. Niemniej jednak nierozsądna byłaby ich dezintegracja, ponieważ kultura obejmuje wszystko to, co świadomie zostało ukształtowane przez człowieka. Kulturą są zatem czyny, jakich dokonał człowiek według swoich myśli, pewnych idei, zamierzeń, planów wobec świata (przyrody, ludzkiej rzeczywistości). Reasumując, kultura jest humanizacją.

W niezmiernie szerokim pojęciu kultury wyróżnia się m.in.: kulturę „materialną” (wartości biologiczno-materialne), kulturę „cywilizacyjną” (wartości społeczne), kulturę „duchową” (wartość nauki, dążenia do prawdy), kulturę „moralną” (dążenie do dobra).

Piśmiennictwo

1. Drozdowicz Z, Sztajer S. Religia-nauka-kultura. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych; 2011.
2. Zdybicka Z. Religia a kultura. Lublin; 2001.

2.2.1. Kultura wietnamska

Charakterystyka kultury wietnamskiej

Historia Wietnamu jest długa, a pierwsze archeologiczne dowody świadczące o osadnictwie na terenie dzisiejszego Wietnamu mają ponad 5 tys. lat. Przez długi czas Wietnam znajdował się pod panowaniem innych krajów. Okres ten przerywały jedynie krótkie momenty niepodległości. Od I wieku n.e. Wietnam Południowy stanowił część kambodżańskiego królestwa Funan. Od II wieku n.e. kraj ten znajdował się pod rządami Chin, które wciąż wywierają na niego wpływ zarówno w sferze kultury, jak i rozwoju kraju.

Wietnam przeżywał rozkwit gospodarczo-polityczny w okresie od XI do XIII wieku, pod panowaniem dynastii Li. W XV wieku Chińczycy ponownie zajęli kraj. Z kolei w wieku XVI do Wietnamu dotarli pierwsi portugalscy żeglarze i utworzyli kolonię handlową. W 1887 r. Wietnam został skolonizowany przez Francję i stał się częścią Indochin Francuskich, które rozwiązano podczas II wojny światowej. Zgodnie z porozumieniami genewskimi, Wietnam podzielono na dwie republiki: Demokratyczną Republikę Wietnamu i Republikę Wietnamu. Założycielem współczesnego Wietnamu oraz partii komunistycznej był Ho Chi Minh, a właściwie Nquyen Tat Than, który do śmierci w 1969 r. sprawował urząd prezydenta. Na przełomie lat 1960/1961 powstał Narodowy Front Wyzwolenia Wietnamu oraz oddziały uderzeniowe Wietkongu, które wsparły komunistyczny reżim Ho Chi Minha. Jednostki te rozpoczęły operacje antyrządowe, by połączyć kraj z Demokratyczną Republiką. Początkowo wojna miała charakter partyzancki, ale w 1965 r. przerodziła się w wojnę wietnamską, w której oficjalny udział wzięło 40 państw wspierających Wietnam Południowy. Reżim komunistyczny miał poparcie Związku Radzieckiego i Chińskiej Republiki Ludowej. Doprowadziło to do wybuchu wojny amerykańsko-wietnamskiej, podczas której na Wietnam spadło więcej bomb niż w czasie II wojny światowej. Pod wpływem licznych protestów na całym świecie amerykańskie oddziały opuściły Wietnam w 1973 i 1976 r. Następnie ogłoszone zostało powstanie Socjalistycznej Republiki Wietnamu, którą po kilku latach przyjęto do ONZ.

Socjalistyczna Republika Wietnamu leży na wschodnim wybrzeżu Półwyspu Indochińskiego. Od północy graniczy z Chinami, od zachodu z Kambodżą i Laosem. Jej wschodnie wybrzeże znajduje się nad Morzem Południowochińskim. Pogoda na północy, gdzie występują cztery pory roku, różni się od południa, na którym przeplatają się jedynie dwie pory roku. Ważną rolę odgrywa w Wietnamie rolnictwo i ryż, czyli produkt, który kraj eksportuje na szeroką skalę.

Obecnie Wietnam zajmuje terytorium 331 114 km^2. Ma silnie zróżnicowany krajobraz, w którym dominują ważne elementy Rzeki Czerwonej (Song Hong), której źródło znajduje się w Chinach, oraz rzeki Mekong. Obie rzeki są dla Wietnamu źródłem wody i środków do życia. Cały kraj podzielony jest na 63 prowincje oraz

5 miast podlegającym rządom centralnym. Znajdują się wśród nich: Hanoi, Ho Chi Minh, Da Nang i Can Tho. Prowincje dzielą się na powiaty oraz gminy. Liczba ludności wynosi ok. 84 mln.

Terytorium Wietnamu zamieszkują 54 grupy etniczne. Aż 86% ludności określa się jako Wietnamczycy, co czyni ich najważniejszą grupą etniczną. Pozostałe to: Tho, Chut, Muong, Hmong, Khmer, Chai oraz Chińczycy. Stolicą Wietnamu jest miasto Hanoi liczące ok. 7 mln mieszkańców. To założone w X wieku n.e. miasto znajduje się nad północną częścią przepływającej przez nie Rzeki Czerwonej.

Oficjalnym językiem jest wietnamski i posługuje się nim większość zróżnicowanej populacji rozmaitych regionów. Forma pisemna jest wspólna dla całego Wietnamu.

Wietnamczycy jako migranci. W Republice Czeskiej żyje 60 745 Wietnamczyków. W Polsce Wietnamczyków jest od 20 do 30 tys. W Bułgarii zaś, według dostępnych źródeł, żyje 2 600 Wietnamczyków.

Ważne postaci

- Ho Chi Minh
  - Tak naprawdę nazywał się Nguyen Tat Thanh, Nguyen Ai Quoc oraz Nguyen Sinh Cung, a żył w latach 1890–1969. Rewolucjonista, komunista, myśliciel i lingwista, znany również jako Ojciec Narodu.
- Thich Quang Duc
  - Wietnamski mnich, który w proteście przeciwko prześladowaniom mnichów dokonał w czerwcu 1963 r. w Sajgonie samopodpalenia.
- Vo Nguyen Giap
  - Wietnamski generał, który uczestniczył w tworzeniu Viet Minch (organizacji prowadzącej kampanie na rzecz niepodległości kraju). W 1946 r. został dowódcą generalnym armii. Znajduje się na liście 20 najlepszych strategów XX w.

Tradycyjne wietnamskie leczenie naturalne

Tradycyjna medycyna wietnamska powstała na fundamentach dawnych doświadczeń. Postacią, która często pojawia się w historii medycyny wietnamskiej, jest Tue Tinh o przydomku „Bóg Medycyny Południa". Wśród tradycyjnych uzdrowicieli-laików XVIII w. wyróżniali się również Le Huu Trac i Nguyen-gia-Phan. Tego ostatniego uważano za pierwszego epidemiologa, dzięki któremu stworzono podstawy zwalczania chorób zakaźnych. Tradycyjna medycyna wietnamska opiera się na dwóch podstawowych, przeciwstawnych zasadach: Ying i Yang. Yin odpowiada za wnętrze ciała, to zimna, ujemna zasada odpowiadająca za cechy kobiece, Ziemię, Księżyc, ciemność i śmierć. Dodatnia zasada yang kontroluje powierzchnię ciała i odpowiadają jej atrybuty męskie: Słońce, niebo, światło i życie.

W terapiach naturalnych Wietnamczycy stosują leki i substancje pochodzenia roślinnego. W górnej połowie ciała stosują kwiaty, w dolnej zaś leki z korzeni. Wybór leku dyktowany jest kształtem i kolorem chorego organu. Chorobę diagnozuje się przez sprawdzenie języka. Nasada języka odpowiada za podbrzusze, środek za narządy powyżej przepony, a koniec za organy znajdujące się w klatce piersiowej. Obserwuje się takie cechy języka jak kolor, pokrycie czy rozmiar. Wśród często stosowanych metod jest akupunktura, akupresura oraz stawianie baniek.

Rola mężczyzn i kobiet w kulturze Wietnamu

Wietnamki od zawsze dzieliły się obowiązkami domowymi, sprzedażą tego, co wyprodukowała dana rodzina, oraz opieką nad dziećmi, starszymi krewnymi czy chorymi. Pozycja współczesnych Wietnamek w rodzinie jest ogromnie ważna ze względu na wyrazisty podział obowiązków. Są bardzo aktywne, komunikatywne, niezależne i pracowite. Pozycja kobiet na wsi może się nieco różnić i często cechuje je większa uległość. Formalnie głową rodziny zawsze jest mężczyzna. Kobieta może wyrazić opinię, jednak ostatecznie decyzja należy do mężczyzny. Wietnamki starają się utrzymać możliwie najjaśniejszy kolor skóry. By zachować jej alabastrową barwę, chronią się przed słońcem pod parasolkami. Wietnamskie kanony kobiecego piękna nakazują kobietom utrzymywanie szczupłej i smukłej sylwetki, dbają o to całe rodziny, a w szczególności panie. Do obowiązków mężczyzn należy ciężka praca i wykazywanie się siłą, szczególnie podczas kryzysów. Obecnie żyje drugie pokolenie Wietnamczyków zamieszkujących inne państwa, które urodziło się już w swoich nowych krajach, uczyło się tam i założyło rodzinę. Pokolenia te są aktywne i biegle władają językami krajów, w których żyją. Ich związki z partnerami mają inny charakter. W przypadku hospitalizacji kobiety jej głównym partnerem jest mąż lub ojciec, któremu wedle zwyczaju przekazywana jest diagnoza. Mężczyzna często mówi za kobietę. Jeśli to on trafia do szpitala, wtedy również towarzyszy mu mężczyzna. W sytuacji gdy ma zostać wprowadzone leczenie lub zalecana jest operacja, naradza się cała rodzina.

Dla Wietnamczyków najważniejsza jest rodzina i pełni ważną rolę nawet w rozwiązywaniu dylematów poszczególnych par, związanych między innymi z kredytami i pożyczkami – wszystko omawia się przede wszystkim z rodzicami. Większość Wietnamczyków żyjących poza krajem wspiera finansowo resztę rodziny w Wietnamie. Wietnamczycy przyzwyczajeni są do wzajemnej pomocy i wspierania biedniejszych. Takiej postawy oczekują również od innych. Spotkania rodzinne i towarzyskie związane ze ślubami, rocznicami, narodzinami dzieci czy śmiercią bliskich osób należą do najważniejszych wydarzeń i zjeżdża się na nie cała rodzina, łącznie z jej członkami mieszkającymi poza ojczyzną. Szczególną wagę przywiązuje się do ślubów. Pannom młodym organizuje się wystawne wesela, nawet jeśli rodzina po-

padnie z tego powodu w wieloletnie długi. Zdarza się, że na ślubach pojawia się kilkuset gości. Na weselach odbywają się wieczory poezji, wygłaszane są mowy dla nowożeńców, nie brakuje śpiewu czy sesji zdjęciowych. Po ślubie kobiety zachowują panieńskie nazwiska, jednak dzieci otrzymują nazwisko ojca.

Takie relacje w rodzinie powodują, że kilka pokoleń mieszka wspólnie, pod jednym dachem, pomagają sobie wzajemnie i wspierają się. Opiekują się też osobami starszymi i chorymi. Ojciec lub najstarszy syn podejmuje wszelkie decyzje, a kobiety aprobują je.

Rodzicielstwo. Relacje Wietnamczyków z dziećmi są równie silne i bliskie jak z resztą rodziny. Od dzieci oczekuje się posłuszeństwa i szacunku do rodziców oraz starszych. Wychowuje się je tak, by były uczciwe, ciche i przyzwoite. Etykieta nakazuje, by nie utrudniały życia swoim bliskim nieustannym narzekaniem czy własnymi problemami. Urlop macierzyński trwa w Wietnamie cztery miesiące. Następnie dziecko trafia do żłobka lub rodzice wynajmują nianię. Dziecko przez cały tydzień przebywa z nianią w jej domu lub niania przebywa w domu rodziny, a nawet tam nocuje.

Rodzice przykładają szczególną wagę do edukacji swoich dzieci, które osiągają wyniki średnie lub powyżej średnich. Dzieci urodzone w innym kraju znają język, jakim posługuje się większość jego populacji i koncentrują się na nauce innych języków obcych.

Wietnamskie dzieci mają mało wolnego czasu. Nie uczestniczą w nieedukacyjnych grupowych zajęciach dla dzieci, tak jak większość ludności. Uczą się intensywnie lub jeśli pochodzą z dobrze sytuowanych rodzin, chodzą na indywidualne zajęcia z języków obcych, tenisa czy golfa. Wietnamczycy równie mocno troszczą się o zdrowie dzieci, dość regularnie chodzą z nimi na badania kontrolne, by unikać chorób. 84% rodziców regularnie odwiedza z dziećmi poradnie pediatryczne, a 69% uczęszcza na badania profilaktyczne ze starszymi dziećmi.

Stosunek do seksualności

Dbałość o zdrowie reprodukcyjne jest dla Wietnamczyków bardzo ważną kwestią. Wietnamczycy najczęściej korzystają z prezerwatyw, a w drugiej kolejności sięgają po tabletki antykoncepcyjne. Nie unikają też aborcji w przypadku niechcianej ciąży.

Do kwestii ciąży Wietnamki podchodzą z ogromną odpowiedzialnością, ale gdy położna, pielęgniarka czy prowadzący je lekarz nie zaleci badań profilaktycznych, nie zgłaszają się na nie same. Jeśli przyszli rodzice wspólnie uczęszczają do szkoły rodzenia, ojciec dziecka chce być obecny przy jego narodzinach. Ujawnienie płci dziecka jest dla Wietnamczyków bardzo wrażliwą kwestią. Dlatego też konieczne jest, by nie mówić o niej w obecności tłumacza. Do ciąży podchodzi się z wielką uwagą. Nie zaleca się podczas jej trwania męczących zajęć, za to ogromną wagę przywiązuje się do odpoczynku i snu. Nad ciężarną Wietnamką sprawuje opiekę

cała rodzina. Zwraca się uwagę na to, by przyszła matka jadła wystarczająco dużo, brała witaminy i spożywała jajka, a wszystko to dla zdrowia dziecka.

Większość Wietnamczyków chce, by ich pierworodnym dzieckiem był chłopiec. Prywatność i wstyd to ważne kwestie w przypadku hospitalizacji Wietnamek. Są one bardzo nieśmiałe, zwłaszcza wśród obcych mężczyzn. Wietnamki nigdy nie czyszczą publicznie nosa – uważają to za absurd i oznakę nieuprzejmości. Jeśli Wietnamka doświadcza trudności, takich jak wymioty, zazwyczaj powiadomi pielęgniarkę dopiero wtedy, jak sama po tym posprząta. Leki przeciwwymiotne przyjmie dopiero wtedy, gdy dolegliwość nie ustępuje przez długi czas, a leczenie na własną rękę nie przynosi efektów. Wietnamki nie skarżą się na zmęczenie, wolą się wysypiać. W przypadku kłopotów z wypróżnianiem nie wspomną o tym pielęgniarce, do czasu, aż nie są w stanie same poradzić sobie z problemem lub gdy pielęgniarka sama o to zapyta. Wietnamki w pierwszej kolejności spróbują metod domowych – przyjmowania większej ilości płynów oraz jedzenia warzyw liściastych. Lewatywę traktują jak ostatnią deskę ratunku.

Poród w środowisku domowym, wśród bliskich, byłby dla Wietnamek opcją preferowaną, jednak zdając sobie sprawę z jego wad, rodzą w szpitalach. Przed samymi narodzinami dziecka Wietnamki odprawiają rytuał oczyszczający. Zwyczajowo przed porodem biorą kąpiel w obecności ojca dziecka lub też bez niego. Podczas porodu ich mimika jest bardzo oszczędna, robią wrażenie spokojnych. Zachowują się cicho, ponieważ chcą same poradzić sobie z własnym bólem. Z własnej woli nie przyjmą środków przeciwbólowych, ponieważ boją się przyzwyczajenia do nich oraz skutków ubocznych. Wietnamki nie godzą się na „agresywne interwencje chirurgiczne" i wolą rodzić naturalnie niż poprzez cesarskie cięcie. We wszystkich sprawach konsultują się z mężami.

Kobieta w pierwszej fazie porodu może odmówić chodzenia, jednak poinformowana o tym, że ruch jest potrzebny, zgodzi się. Podczas porodu można zaproponować odpowiednie formy niwelowania w bólu oraz inne środki niefarmakologiczne. Wietnamki w czasie porodu są ciche i rzadko płaczą. Od cesarskiego cięcia wolą poród drogami natury. Zwyczaje żywieniowe Wietnamek nawet w szpitalu podlegają filozofii równowagi yin-yang i skupiają się na mocy przypisywanej ciepłu i zimnu. Jeśli dziecko ma jakieś problemy, bardziej stosownie jest poruszyć ten temat z ojcem lub innym członkiem rodziny. Osoba ta zdecyduje, kto powiadomi matkę. Uważa się, że gdy złe wiadomości są jej przekazane, stosowna jest obecność lekarza. W razie potrzeby należy również zapewnić tłumacza. Pracownicy ochrony zdrowia muszą zdawać sobie sprawę, że jeśli ma zostać przeprowadzona sekcja zwłok dziecka, temat należy omówić z całą rodziną, ponieważ nie dotyczy on jedynie rodziców dziecka, a całej rodziny.

Stosunek do higieny ciała i charakterystyka ubioru

Higiena osobista ma dla Wietnamczyków olbrzymie znaczenie. Pacjenci z Wietnamu wolą sami wykonywać czynności z nią związane. Jeśli nie są w stanie, wolą pomoc członka rodziny tej samej płci. Należy pamiętać, że prywatność oraz wstyd to ważne kwestie w przypadku hospitalizacji osoby pochodzącej z Wietnamu. Pod tym względem Wietnamczycy nie różnią się zanadto od Europejczyków. Przestrzegają zwyczajnych zasad higieny. Higiena Wietnamek w ciąży wygląda nieco inaczej (np. czyszczą zęby przy pomocy wody z solą). Jeśli nie radzą sobie same, wtedy chcą, aby pomogła im osoba z rodziny tej samej płci. O ile to możliwe, codzienny prysznic wolą brać rano. W tej kulturze kobiety nie powinny kąpać się w pierwszych dniach po porodzie, ponieważ jednak Wietnamki zdają sobie sprawę, że takie postępowanie nie spotkałoby się ze zrozumieniem w europejskich ośrodkach zdrowia, przestrzegają zasad higienicznych obowiązujących na oddziale położniczym.

Charakterystyka ubioru. Wietnamczycy mieszkający w Europie nie różnią się ubiorem od reszty jej obywateli. Czysty i przyzwoity ubiór uznają za jedną z oznak dobrego wychowania. Tymi samymi zasadami kierują się, ubierając dzieci. Wietnamki bardzo o siebie dbają. Prawie nigdy nie noszą spódnic. Kobiety oraz dziewczęta noszą stroje ludowe jedynie podczas świąt i raczej w zamkniętych grupach.

Podejście do zdrowia i profilaktyki

Według Wietnamczyków zdrowie uwarunkowane jest zachowaniem równowagi między yin i yang. Choroba pojawia się w momencie, gdy naturalna harmonia zostanie zaburzona. Każda z zasad wpływa na inne organy ciała. Yin odpowiada za brzuch, jelita oraz pęcherz moczowy. Wśród narządów kontrolowanych przez zasadę yang są nerki, serce, płuca, śledziona oraz wątroba.

Wietnamczycy różnią się od większości Europy somatotypem. Należą do grupy mongoloidalnej (azjatycko-amerykańskiej) ze względu na swoją rasę, kolor skóry, drobniejszą posturę oraz kształt oczu i nosa. Wietnamczycy aktywnie dbają o zdrowie oraz zbilansowaną dietę i wysiłek fizyczny, co sprawia, że są mniej narażeni na otyłość. Jako profilaktykę wymieniają też rozmaite formy relaksu i często szukają wydarzeń kulturalnych związanych z ich mniejszością narodową. Bardzo szanują autorytet medyczny. Gdy udają się na badania, wolą, by obecny był wówczas członek ich rodziny. Wietnamczycy to naród kochający ciepło. Gdy Wietnamczyk jest przygnębiony, inny człowiek rodziny próbuje rozweselić go opowieściami lub w inny sposób odwrócić jego uwagę.

System opieki zdrowotnej w Wietnamie. Obecny system wietnamskiej służby zdrowia funkcjonuje zarówno w publicznej, jak i prywatnej formie. Ubezpieczenie zdrowotne dzieli się na dwie kategorie: dla urzędników służby cywilnej oraz dla pracowników prywatnych przedsiębiorstw.

Charakterystyka diety

Kuchnia wietnamska jest bardzo zróżnicowana, również regionalnie. Bardzo przypomina kuchnię chińską. Jedna z podstawowych różnic jest taka, że kuchnia wietnamska częściej sięga po surowe warzywa oraz zioła. Bazowe składniki stanowią ryż oraz makaron. Makaron przygotowuje się na wiele rozmaitych sposobów: na sucho oraz w zupach. Produkowany jest z ryżu lub pszenicy, jada się go na śniadanie, obiad oraz kolację. Ryż wykorzystuje się do produkcji makaronu, octu ryżowego, skrobi ryżowej, papieru ryżowego oraz alkoholu. Wietnamscy kucharze przetwarzają wszelkiego rodzaju mięsa: królika, wołowinę, kurczaka, wieprzowinę, indyka, kaczkę, sarninę, ryby, owoce morza, żaby, kurze pazury, serwują też psy, koty, myszy czy węże. Surowe warzywa i owoce to produkty często spożywane przez Wietnamczyków. Piją oni rozmaite napoje: wody mineralne, soki, herbatę, kawę, piwo oraz alkohole. Spożywanie posiłków rządzi się w Wietnamie swoimi zasadami. Wietnamczycy mogą jeść przy stole, jednak tam również siedzą w siadzie skrzyżnym. Posiłki są jedzone pałeczkami, bezpośrednio z misek, w których są podawane. Przy jedzeniu Wietnamczycy zachowują się zwykle dość walecznie i nie przestrzegają zasad europejskiej etykiety.

Ciepłe dania odpowiadające zasadzie yang zawierają jajka, drób oraz ryż. Dania zimne odpowiadające yin mają w składzie marchew oraz kiełki fasoli. Wietnamska filozofia jedzenia polega na łączeniu ze sobą produktów spożywczych w sposób zrównoważony, co z kolei prowadzi do zdrowia. Dziennie spożywa się tu trzy posiłki. Obiad i kolację stanowią dania główne. Wietnamczycy nie szukają przyjemności podniebienia. Są przyzwyczajeni do wspólnych, spożywanych powoli posiłków. Ubrudzenie obrusu czy też głośne przeżuwanie nie są uznawane za przejaw złych manier, a raczej oznakę zadowolenia. Gustują w ciepłych, miękkich potrawach (np. czysty bulion z warzywami i ryżem). Używają niewiele soli. Nie biorą do ust niczego zimnego. Dużo piją – szczególnie herbaty oraz wody w temperaturze pokojowej. Herbatę spożywa się bez dodatku cytryny czy cukru, rozcieńczoną wodą. Wietnamczycy nie pijają napojów z lodem. Większość z nich nie toleruje laktozy. W ojczyźnie nie jadają np. mleka czy serów i nie są do nich przyzwyczajeni.

Podczas choroby Wietnamczycy żywią się kaszką ryżową oraz mnóstwem owoców i warzyw. Przystosowanie do innej diety nie jest dla nich łatwe i w przypadku dorosłych może potrwać kilka miesięcy. Jednak gdy przebywają w szpitalu, nie mają problemu z przyzwyczajeniem się do podawanego tam jedzenia. Często widzi się, jak rodzina przynosi pacjentowi ulubione smakołyki. Wietnamczycy uznają jedzenie za lek i stosują określone diety przy problemach somatycznych, np. gdy cierpią na bóle brzucha, jedzą białe mięso, seler oraz jabłka. Jeśli chodzi o przyzwyczajenia żywieniowe, badanie przeprowadzone wśród 4684 Wietnamczyków i Wietnamek żyjących w Czechach wykazało, że większość respondentów lubi jadać regularnie, zgodnie zaleceniami zdrowej diety. Najbardziej lubią mięso, ryż, warzywa

oraz owoce. Ich upodobanie do produktów mlecznych (mleko, jogurt, ser) jest niskie. Tłuszcze spożywają zazwyczaj w postaci olejów roślinnych, zaś używanie masła deklaruje niewielka liczba respondentów.

Stosunek do choroby oraz śmierci

Zasadniczo Wietnamczycy preferują opiekę domową, zanim udadzą się do ośrodka zdrowia, czy zostaną przyjęci do szpitala. Pomocy medycznej szukają dopiero wtedy, gdy jest ona konieczna, dolegliwości postępują lub ból staje się nie do zniesienia.

Choroba. Zgodnie z zasadami medycyny chińskiej ludzie żyją i cieszą się dobrym zdrowiem dzięki wewnętrznej równowadze i harmonii. Równowagę między yin i yang zaburzają codziennie czynności oraz wpływ czynników zewnętrznych. Jeśli dana osoba jest zdrowa, rozchwianie zostanie prędko wyrównane i szybko ponownie osiągnie ona stan równowagi. Jeśli równowaga ulegnie zaburzeniu i nie zostanie przywrócona, samopoczucie pacjenta pogarsza się i czuje on nadchodzącą chorobę.

Na zdrowie oraz początek choroby ma wpływ sześć czynników zewnętrznych – powszechne zjawiska klimatyczne: wiatr, ciepło/ogień, lato/ogień, wilgotność, suchość oraz zimno. Każdy z tych elementów wiąże się z konkretną porą roku, w czasie której jego aktywność jest większa. Podczas choroby powyższe czynniki patogenne mogą wchodzić w interakcje i wzajemnie się przekształcać. Istnieje pięć podstawowych przyczyn chorób, w tym: wiatr wewnętrzny, wewnętrzne ciepło/ogień, wewnętrzna wilgotność, wewnętrzna suchość i wewnętrzne zimno. Wśród chorób powodowanych przez wiatr zewnętrzny znajduje się gorączka oraz dreszcze. Z kolei wiatr wewnętrzny powoduje skurcze, drętwienie czy gorszą pracę wątroby.

Chory członek wietnamskiej rodziny jest przeważnie pod opieką kobiet, którym przypadło tutaj zadanie dbania o chorych. Sprawują one główną opiekę nad pacjentem czy pacjentką, niezależnie od płci. Do ich obowiązków należy codzienne wykąpanie pacjenta oraz podawanie mu posiłków. W ramach opieki duchowej nad chorym, może odwiedzić go pastor czy też mnich. Pacjenci Wietnamczycy potrzebują prywatności i ciszy, ponieważ wierzą w leczniczą moc snu. Wszelkie wyniki badań i planowane interwencje należy wyjaśniać powoli i dokładnie. Niektórzy pacjenci wietnamscy oraz ich krewni mogą wyrazić chęć omówienia potrzeby transfuzji z innym lekarzem. Jeśli wymagana jest transfuzja, członkowie rodziny z chęcią oddadzą krew. W sytuacji gdy pojawiają się przesłanki do wykonania sekcji zwłok, cała rodzina wspólnie podejmuje decyzję. Zaproszenie na badanie lekarskie członka rodziny oraz tłumacza nie jest niestosowne. Członek rodziny może pełnić rolę tłumacza, jednak należy brać pod uwagę wrażliwość tematu, który ma być omawiany z pacjentem czy tłumaczem. Szczególną uwagę należy zwrócić na tematy związane z seksem.

Podczas terapii czy wizyt w gabinecie lekarskim należy skoncentrować się na dokładnym wyjaśnieniu wyników badania oraz rozmaitych testów czy zabiegów i upewnić się, czy pacjent i osoby towarzyszące zrozumiały przekazane informacje. Wietnamczycy często kiwają podczas rozmowy głową, co może dla nas oznaczać, że osoba, do której mówimy, słucha nas i zgadza się z nami. W Wietnamie zwyczajowo nie informuje się pacjenta o poważnej diagnozie bez wcześniejszej konsultacji z rodziną, a w szczególności z mężem czy ojcem. Rodzina decyduje o tym, czy i kiedy powiedzieć pacjentowi o diagnozie, by nie narazić go na stres czy zmartwienia.

W przypadku ambulatoryjnego leczenia pacjenta z chorobą przewlekłą Wietnamczycy współpracują z lekarzami i przestrzegają zaleceń. Lekarze oraz pielęgniarki odgrywają niezbędną rolę w profilaktycznej opiece nad tą grupą etniczną, zarówno w profilaktyce pierwotnej, wtórnej, jak i trzeciorzędnej. U poszczególnych osób pojawić się może mnóstwo szczególnych cech czy preferencji, które wpływają na przebieg leczenia. Przy wywiadzie dotyczącym dotychczasowego leczenia można skorzystać z modelu transkulturowego Giger i Davidhizarl (2002). Model ten opiera się na ewaluacji sześciu zjawisk kulturowych: różnorodności biologicznej, środowiska, danej osoby, czasu, integracji społecznej, przestrzeni międzyludzkiej oraz komunikacji. Celem profesjonalnej opieki pielęgniarskiej jest zapewnienie równego poziomu opieki pielęgniarskiej pacjentom pochodzących z różnych kultur. Wietnamczycy jako pacjenci znani są z tego, że nie proszą z własnej woli o środki przeciwbólowe – obawiają się przyzwyczajenia do nich. Jeśli zdarzają im się wymioty, wstydzą się i wolą najpierw sami posprzątać, a dopiero później zgłosić, że wymiotowali. Podsumowując, Wietnamczycy szukają pomocy dopiero wtedy, gdy problemy się zaostrzą lub ból będzie nie do zniesienia. W pierwszej kolejności próbują „sposobów domowych". Jeśli takie leczenie nie zadziała, zwracają się o pomoc medyczną.

Umieranie i śmierć. Jako że rodzina jest dla Wietnamczyków wyraźnym priorytetem, kładą szczególny nacisk na dwa tradycyjne obowiązki rodzinne: opiekę nad starszymi rodzicami oraz żałobę po ich śmierci. Te obowiązki są uważane za święte. Wietnamczycy przywiązują wagę do godnej śmierci, której gwarantem jest jakość opieki pielęgniarskiej nad umierającymi. Wspominają dobre uczynki osoby znajdującej się na łożu śmierci, rozmawiają z nią i spędzają większość czasu przy niej. Ważną rolę odgrywa rodzina oraz pielęgniarka sprawująca opiekę nad umierającym. Na tym etapie życie pacjent czy pacjentka potrzebuje spokoju, poczucia bezpieczeństwa oraz pewności, że ktoś jest obok.

Jeśli chodzi o opiekę pielęgniarską, jest ona równoznaczna ze spełnianiem wszelkich potrzeb. Mogą to być potrzeby somatyczne, takie jak: czystość, jedzenie i napoje czy brak bólu. Ale pacjent może uznawać taką opiekę za pozbawiającą godności. Może ona wywołać w nim głębokie poczucie wstydu. Rodzina czy pielęgniarka

rodzinna mogą mieć tu do spełnienia ważną rolę, w pełni szanując niezależność i wstyd umierającego. Wśród pozostałych potrzeb mieszczą się kwestie psychologiczne oraz społeczne: poczucie przynależności do rodziny, postrzeganie samego siebie, bezpieczeństwo oraz przygotowanie do zakończenia życia. W momencie śmierci Wietnamczycy wolą być w domu, wśród rodziny. Zawsze należy umożliwić im zachowanie indywidualności oraz godności. Ważną rolę pełni tu także religia, ponieważ jej stosunek do śmierci zbieżny jest z takim podejściem. Należy więc spodziewać się, że pacjent będzie zachowywał się zgodnie z zasadami swojej wiary.

Umieranie jest nierozerwalnie związane z okresem żałoby, który zaczyna się jeszcze przed śmiercią, kiedy widać, że jest ona nieunikniona. Gdy przychodzi śmierć, cała rodzina zbiera się wokół umierającego krewnego. Najstarszy syn lub córka proponuje nowe imię dla umierającej osoby, ponieważ uważa się, że noszenie po śmierci tego samego imienia, co za życia, przynosi pecha. Wedle zwyczaju najstarsze dziecko odprawia specjalny rytuał, podczas którego macha w powietrzu koszulą noszoną przez zmarłą osobę za życia, prosząc jej duszę o powrót. Sam pogrzeb to bardzo złożona ceremonia, a jej ważnym elementem jest specjalne przygotowanie ciała zmarłego. Myje się je i zawija w tkaninę lub matę. Czesze się włosy i obcina paznokcie. W ustach zmarłego umieszcza się pieniądze, złoto oraz ryż, które symbolizują fakt, że nie opuścił tego świata w biedzie czy głodzie. Następnie ciało umieszcza się w trumnie. Członkowie rodziny trzymają honorową wartę przy ciele, do czasu aż nie zostanie ustalony dogodny czas pogrzebu. Dzień pogrzebu wybiera się z wyprzedzeniem, tak by trafić w odpowiedni moment kalendarza księżycowego. Rodzina organizuje procesję, w której role są precyzyjnie wyznaczone, wedle hierarchii. Kolorem pogrzebowym jest biel. Osoby najbliżej spokrewnione przybierają białe szaty. W Wietnamie w śmierci widzi się odejście ciała oraz duszy, która przenosi się do innego świata – jest to świat pokoju, o ile podczas życia na ziemi człowiek oddaje mu odpowiednią cześć.

Komunikacja oraz metody wymiany informacji

Podobnie jak w innych kulturach, w kulturze wietnamskiej istotną rolę odgrywa komunikacja werbalna i niewerbalna. Tradycyjnym wietnamskim powitaniem podczas spotkań jest specyficzny uścisk dłoni, przy którym witające się osoby trzymają się za ręce, pochylając ciało lekko w przód. Nie zaleca się głębokiego ukłonu mogącego spowodować dotknięcie drugiej osoby, a w szczególności jej głowy, którą uważa się za wyjątkową część ciała i wszelki kontakt w jej obrębie jest nie do pomyślenia. Wietnamczycy nie są osobami, które często dotykają się nawzajem. Dotyk i przytulanie są normalne i dość powszechne, ale jedynie wśród osób, które łączą przyjacielskie relacje. Kochankowie trzymający się publicznie za ręce czy okazujący sobie uczucia w jakikolwiek sposób to w Wietnamie coś nie do pomyślenia. Wietnamczycy od małego uczeni są czystości i wzajemnej wstrzemięźliwości. Nie-

stosowne jest również głaskanie dzieci po głowie przez osoby obce oraz dotykanie innych kobiet przez mężczyzn. To gesty świadczące o bliskiej relacji, na które mogą sobie pozwolić jedynie członkowie rodziny. Jeśli Wietnamczyk czy Wietnamka chce okazać komuś hołd, krótko ściska dłoń tej osoby w obu własnych dłoniach.

Zgodnie z tradycjami Dalekiego Wschodu, zwyczaj nakazuje najpierw witać mężczyznę, a następnie kobietę. Rozmowę rozpoczyna się zazwyczaj od pytania o zdrowie oraz rodzinę, by okazać zainteresowanie. Pytania o wiek padające podczas rozmowy nie są uznawane za przejaw braku szacunku, a wręcz przeciwnie – są potrzebne, by umieścić daną osobę na odpowiednim miejscu w jakże ważnej hierarchii społecznej.

Wietnamczycy często się uśmiechają lub głośno śmieją, nawet w sytuacjach, które mogę nie bawić Europejczyków. Śmiech często wyraża niepewność, co może skutkować nieporozumieniami w komunikacji międzykulturowej. Bezpośredni kontakt wzrokowy uznaje się za niegrzeczny. Podobnie jest z krzyżowaniem nóg – to wyraz poczucia wyższości. Krzyżowanie ramion na klatce piersiowej wyraża z kolei irytację.

Nie do pomyślenia jest publiczne krytykowanie innej osoby. O sporach rozmawia się na osobności. Tradycja nakazuje podawać innym przedmioty obiema rękami, ponieważ Wietnamczycy w ten sposób okazują sobie nawzajem uznanie. W języku wietnamskim nie ma osobnej formy uprzejmego zwracania się do siebie nawzajem, a jedynie zwroty wynikające z sytuacji. Czasami u mężczyzn można zauważyć kilkucentymetrowe paznokcie przy jednym lub dwóch małych palcach – w ten sposób chcą pokazać, że nie muszą pracować fizycznie. Komunikując się z pacjentem Wietnamczykiem, pracownicy służby zdrowia powinni szukać podobieństw, na których można zbudować kontakt. Powinni również ostrożnie podchodzić do kwestii wrażliwych, pamiętając, że nawet w obrębie tej samej kultury, mogą pojawić się różnice pomiędzy klasami społecznymi czy mężczyznami i kobietami. Choć Wietnamczycy i Wietnamki należą do najbardziej uprzejmych pacjentów, to jednak nie znając języka danego kraju, mogą zwracać się do innych w sposób nieformalny, co nie jest oznaką braku szacunku. Podczas wizyt w ośrodkach zdrowia są spokojni, cierpliwi i chętnie do współpracy. Czas, który pacjent Wietnamczyk spędził w danym kraju, odgrywa bardzo istotną rolę w komunikacji ze środowiskiem medycznym. Im dłuższy pobyt, tym lepsza znajomość języka, jakim mówi większość mieszkańców danego kraju, i tym skuteczniejsza komunikacja. Często widzi się też nastolatków, którzy pełnią rolę tłumaczy rodziców.

Osobliwości kulturowe

Dawniej Wietnamczycy wierzyli w siłę ducha oraz umysłu i wierzą w nią do dziś. Ważną cechą wietnamskiego kultu przodków jest wiara w fizyczne istnienie osoby. Wierzą oni, że po śmierci dusza pozostaje na świecie, by nadal być w stanie wtą-

czać się w sprawy rodzinne. Głównym miejscem kultu przodków jest ołtarzyk na ich cześć, który można znaleźć w niemal każdym domu. Szczególnie w święta na domowych ołtarzykach ustawia się podarunki – ryż, owoce i inne przedmioty, które pozwalają zaskarbić sobie łaskawość dusz.

Religia Wietnamu opiera się na innych nurtach religijnych, takich jak buddyzm, konfucjanizm oraz taoizm. Większość Wietnamczyków to buddyści. Korzenie tego systemu przekonań religijno-filozoficznych sięgają starożytności. To jedna z ważniejszych religii na świecie. Jej trzon stanowi świadomość sensu życia oraz cierpienia, jakie ze sobą niesie, oraz wysiłku i starań, by przerwać nieustannie powtarzający się cykl poprzez osiągnięcie Nirwany (wiecznego pokoju, wyzwolenia). Buddyzm wywarł ogromny wpływ na rozwój kultury i tradycji Wietnamu.

Konfucjanizm jako główny cel obrał sobie wpływanie na wartość moralną ludzi. Ten system wierzeń związany jest z chińskim mędrcem Konfucjuszem (551–479 p.n.e.), który nauczał, że ścieżka do lepszego życia ludzkiego oraz właściwego funkcjonowania społeczeństwa prowadzi przez szacunek, edukację, mądrość oraz dążenie do samodoskonalenia.

Taoizm głosi doktrynę harmonii, wolności i swobody. Taoiści podkreślają naturalną równowagę oraz znaczenie zdrowia fizycznego i psychicznego.

Dzięki ogromnej tolerancji Wietnamczyków, w Wietnamie możemy napotkać również hinduizm, islam oraz chrześcijaństwo.

Buddyzm uznaje chorobę za efekt negatywnych emocji oraz czynów z przeszłości. Dbanie o chorych oraz praktyki uzdrawiające skupiają się na osiągnięciu harmonii ciała ludzkiego, która została zachwiana, oraz na odegnaniu demonów. Opieka pielęgniarska wynikająca z postaw religijnych nie jest tak oczywista jak w środowisku chrześcijańskim.

Tradycje i zwyczaje. Na tradycyjną kulturę Wietnamu oddziaływał zarówno rozwój historyczny, jak i wpływy chińskie. Jednym z typowych zwyczajów jest wyprawianie rozmaitych uczt. Co ciekawe, Wietnamczycy nie obchodzą urodzin. Są bardzo przesądni, więc można spotkać się z wieloma przesądami, w które wierzą.

Tradycyjne święta wietnamskie. Wśród tradycyjnych wietnamskich świąt jest początek Nowego Roku Księżycowego, który wyznacza wietnamski kalendarz księżycowy podobny do chińskiego. Każdy z miesięcy księżycowych ma 29 lub 30 dni, a w związku z tym, każdy rok ma 355. Nadejście Nowego Roku Księżycowego jest w Wietnamie jednym z głównych świąt. Ludzie spotykają się wtedy całymi rodzinami, wręczają sobie prezenty, świętują i rozmawiają. Wśród ważnych świąt jest również Uczta Zmarłych (*Thanh Minh*), która przypada piątego dnia trzeciego miesiąca. Wietnamczycy odwiedzają wtedy groby przodków. Kolejnym dniem świętowania jest Przesilenie Letnie, które wypada piątego dnia piątego miesiąca i tradycyjnie pali się wtedy figurki ludzkich postaci. Do ważnych świąt należy również Dzień Wędrują-

cych Dusz, obchodzony piętnastego dnia siódmego miesiąca. Wędrującym duszom składa się w ofierze jedzenie i inne dary, by osiągnęły pokój i zapomniały o śmierci. *Trung Thu* to święto dzieci, które spotykają się wtedy na procesjach z lampionami i jedzą specjalne słodycze. Wietnamczycy świętują Boże Narodzenie 25 grudnia.

Piśmiennictwo

1. Baeke G, et al. There is a Time to be Born and a Time to Die' (Ecclesiastes 3: 2a). Journal of Religion and Health 2011; 50(4): 778–795. URL: http://link.springer.com/10.1007/s10943-011-9465-9.
2. Barešová I. Současná problematika východoasijských menšin v České republice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci; 2010.
3. Bittnerová D, Moravcová M. Etnické komunity v české společnosti. Praha: Ermat, 2006.
4. Černík J, Ičo J, Kocourek J, et al. S vietnamskými dětmi na českých školách. Praha: Nakladatelství H&H; 2006.
5. Doãn ĐT. Hà Nội – địa chỉ du lịch văn hoá. Hà Nội: NXB Văn hoá – thông tin; 2003.
6. Dolák F. Vietnamský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice: M.A. Thesis. Jihočeská univerzita; 2008.
7. Dudková L. Multi kulti – menšiny v ČR. Olomouc: Agentura rozvojové a humanitární pomoci olomouckého kraje; 2009.
8. Duiker WJ. Ho Či Min – životopis. BB art; 2003.
9. Gardner P, Bateman G, Egan V. Zeměpis světa: encyklopedie. Praha: Columbus; 1999.
10. Giger JN, Davidhizar RE. Transcultural Nursing. 4th ed. Mosby; 2004.
11. Hlavatá L, et al. Dějiny Vietnamu. Praha: Lidové noviny; 2008.
12. Ičo J. Náboženství ve Vietnamu. Praha: Muzeum hl. města Prahy; 2010.
13. Ismail N. Multikulturní centrum Praha. [online] 2.09.2016 [cyt. 10.01.2020]. URL: https://infocizinci.cz/cr/multikulturni-centrum-praha.
14. Ivanová K, Špirudová L, Kutnohorská J. Multikulturní ošetřovatelství I. Praha: Grada; 2005.
15. Keen M. Světová náboženství. Praha: Knižní klub; 2003.
16. Knotková-Čapková B, et al. Základy asijských náboženství. Cz. 2. Taoismus, konfucianismus, (neo) konfucianismus v Koreji, šintoismus, islám ve V a JV Asii. Praha: Karolinum; 2005.
17. Koudelka V. Vietnam – země rýže a hor. Třebíč: Akcent; 2003.
18. Leontiyeva Y, et al. Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a romové). Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky; 2006.
19. Lopez DS. Příběh buddhismu: Průvodce dějinami buddhismu a jeho učením. Brno: Barister&Principal; 2003.
20. Ministerstvo vnitra ČR. Čtvrtletní zpráva o migraci – III. 2018. [online] URL: https://www.ceska-justice.cz/wp-content/uploads/2018/10/%C4%8Ctvrtletn%C3%AD_zpr%C3%A1va_o_migraci_-_III.2018.pdf.
21. Ministry of Foreign Affairs. The socialist republic of Vietnam. [online] [cyt. 9.07.2008]. URL: http://www.mofa.gov.vn.
22. Miltner V. Vznik a vývoj buddhismu. 2. wyd. Praha: Vyšehrad; 2012.
23. Mlýnková J. Vietnamská kultura v ošetřovatelské péči. Florence: časopis moderního ošetřovatelství 2009; 5(10): 33–35.
24. Mocková J. Vietnamci v České republice. Sestra 2007; 4: 26.

25. Mocková J. Specifika ošetřovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Moderní babictví 2006; 10. URL: http//www.levret.cz/publikace/časopisy/mb/2006-10/clanek.php?c=5.

26. Mullerová P. Vietnam. Praha: Libri; 2004.

27. Nováková K. Vietnamská rodina – synovská oddanost. [online] 13.1.2005 [cyt. 10.01.2021]. URL: http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2005011301

28. Odyová P. Tajemství tradiční čínské medicíny. Praha: Svojtka & Co; 2003.

29. Papin P. Histoire de Hanoi. Librairie Arthème Fayard; 2001.

30. Pattison N. Care of Patient who have died. Nursing standard 2008; 22(28): 42–48.

31. Pavlincová H. Slovník: judaismus, křesťanství, islám. Praha: Mladá fronta; 1994.

32. Picka J. Vietnam: Země pod obratníkem Raka. Příroda a lidé. Olomouc: Poznání 2007.

33. Pupálková Z. Specifika ošetřovatelské péče u vietnamnské minority. Západočeská univerzita, bakalářská práce. Plzeň 2012.

34. Purnell ID. Tradicional Vietnammese Health and Healing. Urologic Nursing 2008; 28(1): 63–67.

35. Rocznik Demograficzny. [Demographic Yearbook of Poland]. [online] 16.10.2019. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html.

36. Sedláková G, Koudelková V. Multikulturní ošetřovatelství. W: Tóthová V. Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta; 2008: 74–111.

37. Ševčíková K, Sedláková G. Reprezentanti některých náboženství na ošetřovatelské jednotce. Florence 2008; 4(7–8): 290–291.

38. Stela W. Polskie ordery i odznaczenia, vol. I. Warszawa; 2008.

39. Studík P, Teplík T. Vietnam – země rozmachu, země příležitostí. Praha: Společnost Longa Praha: 2006.

40. Šerý V, Votrubec C. Lékařskogeografické problémy Vietnamu. Praha: Akademia; 1988.

41. Špirudová L. Multikulturní ošetřovatelství II. Praha: Grada; 2006.

42. Tothová V, et al. Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. Praha: Trion; 2010.

43. Vavroušková S, et al. Náboženství a společnost v jižní a jihovýchodní Asii – tradice a současnost. Praha: Orientální ústav Akademie věd České republiky; 2005.

2.2.2. Kultura arabska

Charakterystyka kultury arabskiej

Geograficznie kraje arabskie leżą w Afryce Północnej (Algieria, Egipt, Libia Maroko, Tunezja) i Azji Południowo-Wschodniej (Afganistan, Bahrajn, Jemen, Irak, Izrael, Iran, Jordania, Kuwejt, Liban, Oman, Arabia Saudyjska, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Syria). Zamieszkuje je ok. 300 mln osób. Kraje arabskie różnią się od siebie poziomem zamożności. W ostatnich latach pojawiały się próby ich zjednoczenia, jednak poważne różnice kulturowe sprawiają, że póki co nie udało się ich zrealizować. Kraje arabskie mają wspólny język standardowy, szczególnie pisany. Jednak w komunikacji mówionej funkcjonuje wiele dialektów, które są trudne do zrozumienia dla osób posługujących się pozostałymi dialektami. Język arabski wy-

maga dobrej znajomości słownictwa. Zaobserwować można również olbrzymie różnice kulturowe. W związku z problemami gospodarczymi i politycznymi biednych krajów arabskich obywatele tych krajów od dawna migrują na Zachód i do Europy. Są wśród nich głównie młodzi mężczyźni, niestety bardzo często niepiśmienni.

Liczba Arabów w Republice Czeskiej, Polsce i Bułgarii

Trudno podać liczbę Arabów zamieszkujących Republikę Czeską, ponieważ ostatni spis powszechny odbył się w tym kraju w 2011 r. W przypadku Czech oraz Polski dane pochodzą ze źródeł pokazujących liczbę wyznawców islamu.

W Republice Czeskiej jest ok. 4 200 Arabów wyznających islam.

W Polsce żyje ok. 2 500 arabskich wyznawców islamu.

Nie udało się dotrzeć do danych na temat społeczności arabskiej w Bułgarii.

Rola mężczyzn i kobiet w kulturze arabskiej

Status kobiety w dużej mierze zależy od jej miejsca urodzenia – czy było to duże, nowoczesne miasto, czy obszary wiejskie. Oczywiście to, czy pochodzi z bogatej czy biednej rodziny, czy rodzice są wykształceni oraz czy rodzina jest tradycyjna, czy nowoczesna i postępowa, również odgrywa kluczową rolę. Tak jak w innych miejscach na świecie są kobiety, które żyją w szczęściu i dostatku, jak również inne, którym przyszło żyć w biedzie i dla których walka o własne prawa jest trudna. W ostatnim latach kobiety reprezentujące bardziej nowoczesne postawy zaatakowały konserwatywne zasady rządzące życiem i weszły w konflikt z tradycją. Taki model wychowania zaczyna się już w dzieciństwie. Dziewczynki pozostają w domach, by pomagać w pracach domowych i przygotowywać się do przyszłych ról matek oraz żon. Dlatego przez wieki nie posyłano ich do szkół. Nie potrzebowały niczego poza umiejętnością dobrego prowadzenia domu, którą mogły przejąć od matek. Gdy tylko dziewczęta dorastały, były wydawane za mąż i przeprowadzały się do domów mężów. Dziś dziewczynki, które mogą się uczyć, pochodzą z wyższych sfer. Niektóre przestrzenie w świecie arabskim dzieli się na obszary zajmowane przez mężczyzn oraz osobne, zajmowane przez kobiety. W miejscach publicznych (np. na spotkaniach) nawet turystki zagraniczne muszą zakładać na własne ubrania podstawową, lokalną część garderoby nazywaną abają (cienki, czarny płaszcz sięgający od szyi do kostek) oraz zakrywać włosy czarnym szalem. W niektórych krajach zwyczajowo toleruje się Europejki, które nie zakrywają głowy szalem, np. podczas zakupów w centrach handlowych czy na ulicy. W krajach arabskich mężczyźnie mają wyjątkową pozycję. W dzieciństwie chłopców wysyła się na dwór, by bawili się tam i zdobywali doświadczenie w bójkach ulicznych oraz uczyli się stawiać czoła niebezpiecznemu światu. Edukacja chłopców jest wspierana i opłaca się ich rodzinom, ponieważ tradycja arabska nakazuje dorosłym dzieciom dbać o rodziców. W systemie, w którym niemalże nie ma zabezpieczenia społecznego, ro-

dzice muszą polegać na pomocy dzieci. Obowiązek ten spada na chłopców, ponieważ dziewczynki opuszczają rodziców i przenoszą się do domów mężów. Rodzice wiedzą o tym i dlatego opłacają edukację chłopców: im lepiej będą wykształceni, tym większe szanse mają na lepszą pracę, wyższą pensję, a w konsekwencji – więcej możliwości pomocy rodzicom. Arabowie przywiązują ogromną wagę do wyglądu. Strój ma wartość informacyjną i odzwierciedla pozycję. Zarówno w towarzystwie jak i na ulicy trzeba być zadbanym.

Stosunek do seksualności

W społeczeństwach arabskich rzadko rozmawia się o sprawach związanym ze zdrowiem płciowym i reprodukcyjnym. Są to dla nich bardzo delikatne tematy. Wielu Arabkom brakuje wiedzy o antykoncepcji hormonalnej. Często mają do niej negatywny stosunek. Na stosowanie antykoncepcji wpływa również religia, rodzina oraz społeczność. Przedmałżeńskie kontakty seksualne to tabu, a nierzadko bywają nawet karalne. W wielu krajach arabskich dopuszcza się poligamię – wielu mężczyzn ma po kilka żon, pod warunkiem, że są w stanie je utrzymać.

Stosunek do higieny ciała i charakterystyka ubioru

Ogólna zasada mówi, że Arabowie stają się „nieczyści" poprzez kontakt z wydzielinami, wydalinami, dotykanie osób płci przeciwnej czy genitaliów. Poważnie „nieczyści" stają się podczas stosunków, wytrysków, miesiączek czy podczas połogu. Osobom „nieczystym" nie wolno dotykać Koranu, recytować go, przebywać w meczecie czy modlić się. Łagodną „nieczystość" usuwa umycie rąk, przedramion i stóp do wysokości kostek oraz wytarcie głowy. Poważną „nieczystość" usuwa kąpiel lub umycie całego ciała i przepłukanie nozdrzy oraz ust. Minimalne usunięcie „nieczystości", oprócz mycia przed każdą modlitwą, obejmuje przynajmniej jeden prysznic tygodniowo, w każdy piątek. Wśród Arabów ogromne znaczenie ma również dbałość o włosy. Te pod pachami należy usuwać trzy razy w tygodniu, zaś owłosienie łonowe – raz na czternaście dni. Wszystkie te czynności wykonywane są na podstawie słów proroka Mahometa. Arabowie przywiązują również ogromną wagę do higieny jamy ustnej. Najlepiej myć zęby przed każdą modlitwą. Arabowie oczekują również bezwzględnego szanowania ich prawa do intymności. Pacjenci zazwyczaj wybierają pomoc rodziny przy czynnościach higienicznych i nie przyjmują tego rodzaju pomocy od personelu medycznego. Jeśli opieka w sferze higieny przypadnie członkowi personelu medycznego, należy koniecznie przestrzegać zasady, że mężczyznę myje mężczyzna, a kobietę kobieta. Dla pacjenta Araba czy pacjentki Arabki odchody, krew czy płyny ustrojowe są „nieczyste". Jeśli pacjent ubrudzi się nimi, wymagane jest pełne mycie pod bieżącą wodą. Arabowie myją się codziennie przed modlitwami (twarz, uszy, ręce, stopy). Zwyczajna dbałość o higienę nie

może zastąpić rytualnego obmycia, które musi odbyć się pod bieżącą wodą, przy zachowaniu odpowiedniej kolejności mycia z intencją oczyszczenia, dlatego może zdarzyć się, że pacjent Arab będzie chciał po myciu umyć się ponownie, jednak tym razem rytualnie. Pełną kąpiel lub prysznic bierze się co piątek. Kobiety biorą pełną kąpiel po miesiączce, gdy zakończy się okres poporodowy oraz po badaniu ginekologicznym. Jeśli chodzi o przestrzeganie zasad higieny jamy ustnej, chorzy wyznający islam szczotkują zęby więcej niż raz dziennie. W przypadku pacjenta leżącego ważne jest, by zapewnić mu odpowiednią ilość przegotowanej wody, ponieważ posiada ona te same właściwości oczyszczające co woda bieżąca.

Ubiór jest kwestią indywidualną i odpowiada ścieżce religijnej praktykowanej wedle prawa poszczególnych krajów arabskich oraz Koranowi. Z jednej strony możemy napotkać takie nakrycia głowy, jak burki i hidżaby, a z drugiej – współczesne marki odzieżowe. Ubrania niektórych Arabek nie mogą podkreślać ich kobiecych krągłości czy piękna. Kobieta może odsłaniać się jedynie przed mężem lub rodziną.

Podejście do zdrowia i profilaktyki

W krajach arabskich placówki medyczne zapewniają leczenie pierwotne, drugorzędowe i trzeciorzędowe. Istnieje odrębna instytucja administracyjna odpowiedzialna za finansowanie i zapewnianie opieki zdrowotnej uczniom oraz studentom. Opiekę przedszpitalną zapewnia głównie Czerwony Krzyż. Organizacja ta odpowiada również za opiekę medyczną podczas większości ważnych muzułmańskich świąt, takich jak Ramadan, gdy do miejscowej ludności dołączają 2 miliony pielgrzymów wędrujących do Mekki i Medyny. Ministrowie finansów poszczególnych krajów są głównymi gwarantami systemu opieki zdrowotnej, który uzależniony jest od kondycji finansowej danego kraju. Ostatnio wielką wagę przywiązuje się do dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz profilaktyki. Część biedniejszych obywateli żyje w prymitywnych warunkach i nie ma dostępu do aptek czy źródeł informacji. Wielu osobom brakuje jakiejkolwiek edukacji w dziedzinie profilaktyki lub nie mają do niej dostępu, a to prowadzi do opłakanej sytuacji, jeśli chodzi o wykrywanie chorób i wczesną terapię. W sektorze publicznym zasady dotyczące pracowników opieki medycznej oraz ich edukacji są ściśle przestrzegane. W prywatnych szpitalach pensje są wyższe, więc praca jest tam dla medyków atrakcyjniejsza. Kluczowe jest nauczenie pracowników służby zdrowia, aby zachowywali się tak, aby nie zagrażać bezpieczeństwu pacjentów, co powinno stać się najwyższym priorytetem. Wiąże się z potrzebą dalszej edukacji, otwartej komunikacji, informacji zwrotnych i dzielenia się spostrzeżeniami kulturowymi, a wszystko to w oparciu o bezpieczeństwo pacjentów we wszystkich obszarach opieki.

Charakterystyka diety

Arabowie przywiązują taką samą wagę do zasad związanych z jedzeniem jak do innych reguł. Dla wyznawców islamu alkohol jest niedozwolony, ponieważ usypia czujność i gasi entuzjazm. Koran mówi, że nie należy spożywać wieprzowiny w żadnej formie. Dozwolone są jednak inne mięsa, jak wołowina czy drób. Arabowie są również przeciwni spożywaniu mięsa surowego lub półsurowego. Posiłki zalecane Arabom zawierają warzywa, baraninę, ryż, warzywa strączkowe oraz przyprawy. (health.euro.cz, 2007) Jedzenie muzułmańskie nie różni się często znacząco od niemuzułmańskiego. Do podstawowych napojów należą: herbata marokańska, soki oraz mleko. Arabowie mają trzy tabu. Pierwsze to surowa prohibicja niewynikająca z pism Koranu, lecz raczej z tradycji. Drugie to całkowity zakaz palenia, który również nie jest zapisany w Koranie i także najrzadziej się go przestrzega. Kolejny i najważniejszy zakaz dotyczy spożywania wieprzowiny. Jeśli chodzi o organizmy morskie, dozwolone są ryby podsiadające łuski. Jeżeli chodzi o zwyczaje żywieniowe pacjenta Araba w szpitalu, to należy przede wszystkim pamiętać, że nie spożywa on wieprzowiny, w tym potraw przygotowywanych na smalcu wieprzowym. Ortodoksyjny muzułmanin nie użyje nawet noża wykorzystywanego wcześniej do krojenia wieprzowiny. Stosowne jest podawanie pacjentom drobiu lub wołowiny, należy jednak unikać mięsa mielonego. Dobrą praktyką jest również zaproponowanie pacjentowi zbilansowanej diety wegetariańskiej. Jeśli potrzebna jest specjalna dieta, pacjent oraz jego rodzina powinni zostać powiadomieni o tym, jak ważne są zalecenia co do odżywania oraz jakie są konsekwencje ich nieprzestrzegania. Posiłki oraz leki powinny podawać Arabkom kobiety.

Jednym z pięciu filarów islamu jest post. Jeśli mamy do czynienia z pacjentami muzułmanami, na pewno się z tym zetkniemy. Jednym z ważnych okresów postu jest Ramadan (9. miesiąc roku islamskiego, który trwa 28–30 dni). Przez ten czas nie wolno jeść ani pić od świtu do zmierzchu. Ogromną wagę przywiązuje się również do wewnętrznej równowagi oraz modlitwy. Wieczorem, po zachodzie słońca bogate rodziny często organizują bankiety dla biedniejszych. Z obowiązku postu zwolnione są dzieci, kobiety w ciąży, wierni w podróży, osoby starsze, lub służące w wojsku, czy też wykonujące ciężką pracę.

Stosunek do choroby oraz śmierci

Podczas opieki nad pacjentami Arabami mogą pojawić się nieporozumienia, szczególnie z powodów związanych z religią. Znajomość wyznania pacjenta oraz jego rodziny jest konieczna. Arabowie wyznający islam przestrzegają jego surowych nakazów, a religia jest dla nich drogowskazem przez całe życie. Pracownicy służby zdrowia często postrzegają tę religię w sposób bardzo powierzchowny oraz przez pryzmat skojarzeń z ekstremizmem i terroryzmem. Bardzo ważnym czynnikiem w opiece nad pacjentem czy pacjentką, nie tylko w przypadku Arabów, jest

pierwszy kontakt pomiędzy nimi a pracownikiem służby zdrowia. Jeśli pierwsze spotkanie przebiega nieodpowiednio, Arabowie bardzo szybko tracą zaufanie. Znajomość podstawowych elementów religii, zwyczajów oraz tradycji jest więc kluczowym elementem profesjonalnej i pełnej tolerancji relacji z pacjentem pochodzenia arabskiego. Nie uważają oni choroby za karę, ale za możliwość nabycia świadomości siebie. Dlatego religijni muzułmanie leczą nie tylko ciało, ale też serce. Arabowie wierzą również, że choroba to możliwość oczyszczenia się z grzechu, twierdzą, że im poważniejsza choroba, tym większa nagroda.

Arabowie od zawsze wierzą, że samo wyleczenie leży w rękach Boga, ale sądzą również, że dobrze jest w procesie dochodzenia do zdrowia zaufać człowiekowi–specjaliście. Ich ogromne zainteresowanie studiami na europejskich i angielskich uczelniach medycznych dowodzi, że medycyna jest wśród Arabów dziedziną niezwykle popularną. Wiele kwestii z tym związanych sprawia, że Arabowie zupełnie inaczej postrzegają korzystanie z opieki medycznej, szczególnie w przypadku kobiet. Jeśli chodzi o problemy, które mogą się pojawić podczas badań czy postępowania terapeutycznego, można podzielić je na cztery kategorie: badanie Arabek przez lekarza Araba, badanie arabskich dzieci lub młodzieży, procedury niedotyczące zewnętrznych czy wewnętrznych części genitaliów, oraz czynności, które ich dotyczą. Lekarze czy pracownicy medyczni innego wyznania leczący pacjenta lub pacjentkę pochodzenia arabskiego mogą spotkać się z ogromną dozą nieufności. Arabowie są oczywiście świadomi konieczności wykonania badania, jednak gdy w placówce pojawia się Arabka, a zbadanie jej nie jest pilne, lekarz (mężczyzna) ma obowiązek nalegać, by przy badaniu obecny był mężczyzna z rodziny badanej kobiety. Jeśli pacjentka ma męża, musi on jej towarzyszyć. Jeśli jest niezamężna, musi być przy niej ktoś z rodziny. Nawet jeśli obecna jest pielęgniarka Arabka lub inna specjalistka medyczna, nie jest to wystarczające.

Kraje arabskie różnią się poziomem ortodoksyjności. Oznacza to, że można spotkać się z mniej lub bardziej liberalnym stosunkiem do odsłaniania niektórych części ciała kobiety, co może być konieczne przy badaniu lekarskim. W niektórych krajach osłuchiwanie, opukiwanie czy badanie palpacyjne brzucha musi odbywać się przez odzież. Oznacza to, że ocena wzrokowa jest niemożliwa i trzeba ją zastąpić dokładnym wywiadem. Zazwyczaj nie ma problemu ze zdjęciami RTG, jednak USG u kobiety zawsze przeprowadzać musi kobieta.

Obecność członka rodziny czy małżonka nie oznacza, że wszystko przebiega płynnie. Koniecznie trzeba patrzeć na badanie z perspektywy Arabki. Odmowy i onieśmielenie w połączeniu ze stresem wywołanym przez samą chorobę mogą nawet spowodować traumę. Czasem lepiej jest poprosić o współpracę lekarkę, ponieważ Arabka może wtedy być w pełni przebadana bez obecności mężczyzny. Arabowie zazwyczaj zdają sobie sprawę z powagi sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu i ro-

zumieją, że zawsze stosuje się postępowanie, które jest dla nich opcją pierwszego wyboru. Jednak o ile to możliwe, dobrze by przy Arabce obecna była pracownica medyczna, aby zapewnić spokój jej rodzinie.

Bardzo ważne jest, by wszelkich krewnych pacjenta czy pacjentki traktować z pełną powagą. Należy upewnić się, że mają komplet informacji, i bardzo podkreślić powagę sytuacji, tak by bliscy pacjenta rozumieli lekarzy i pracowników medycznych. Jeśli zabraknie takiej komunikacji lub pracownicy służby zdrowia posłużą się argumentami odpowiadającymi europejskim standardom, rodzina Arabki może zdecydować o zakończeniu leczenia czy badań, co w niektórych przypadkach może mieć tragiczne skutki.

Badanie arabskiego dziecka jest bardzo podobne do badania kobiety. Oczywiście głową rodziny zawsze jest mężczyzna. Dziecko podlega przed wszystkim jego władzy i decyzjom. Obecność matki podczas badania dziecka dopuszczalna jest jedynie w najbardziej liberalnych krajach arabskich. Gdy młody mężczyzna osiągnie dojrzałość, może decydować sam o sobie. Kolejną ważną kwestią jest amputacja, na którą rodzina bardzo rzadko się zgadza.

Śmierć – tradycje i zwyczaje związane z umieraniem i śmiercią są silnie kształtowane przez religię wyznawaną przez umierającego oraz jego rodzinę. Arabowie wolą umierać w domu, w otoczeniu rodziny i często wierzą w życie po śmierci. W Islamie ciało zmarłego zakopuje się wyłącznie w ziemi.

Komunikacja oraz metody wymiany informacji

Ożywiona gestykulacja jest dość powszechna w kulturze arabskiej. Wzajemny dotyk jest powszechny nawet wśród mężczyzn w miejscach publicznych. Dotyk mężczyzny i kobiety jest jednak zakazany. W komunikowaniu się zalecane jest używanie tytułów zdobytych podczas edukacji. W szpitalu komunikacja z pacjentem ma szczególny charakter. Należy brać pod uwagę dużą liczbę wizyt (krewni i przyjaciele chcą uczestniczyć w chorobie i leczeniu pacjenta). Jeśli pacjent czy pacjentka nie zna języka, trzeba zapewnić profesjonalnego tłumacza. Zatrudnienie tłumacza przez pacjenta jest mało prawdopodobne, głównie ze względów finansowych. W rozmowie z osobą płci przeciwnej Arab lub Arabka nie porusza kwestii intymnych czy rodzinnych. Pacjenci nie są zwykle skłonni do rozmowy o czynnościach fizjologicznych (oddawanie moczu, stolca, wymioty itp.). W sytuacji opieki nad Arabką w ciąży, nie rozmawiamy na temat jej przebiegu z mężczyznami. Nie należy pytać niezamężnej kobiety, czy ma dzieci (stosunki pozamałżeńskie są zabronione).

Osobliwości kulturowe

Kulturę arabską ukształtowało pochodzenie historyczne oraz religia. Arabowie to przede wszystkim muzułmanie, wśród których większość stanowią sunnici, a mniejszość – szyici. Część Arabów praktykuje chrześcijaństwo (np. w Libanie,

Syrii, Egipcie czy Iraku). Ponieważ krajów arabskich jest tak wiele, trudno ogólnie scharakteryzować kulturę arabską. Występują spore różnice wynikające z pozycji danego kraju czy jego sytuacji gospodarczej. Koran oraz Sunna proroka Mahometa mogą pomóc w zrozumieniu zdrowia.

Wpływ religii na zdrowie jest ostatnio częściej uwzględniany. Przeprowadzono badanie sprawdzające wpływ praktyk religijnych na zdrowie oraz jego promocję. Religia gości coraz częściej w badaniach medycznych, szczególnie w psychologii medycznej, gdzie na polu radzenia sobie z chorobą czy budowania odporności uwzględnia się religię i duchowość. Badania z dziedziny psychologii społecznej sprawdzają wpływ religii na zdrowie, a badania z dziedziny zdrowia publicznego kierują uwagę na nierówności w opiece zdrowotnej. Rosnąca liczba badań uwzględniających religię oraz duchowość jako czynniki wpływające na zdrowie oraz dobrostan to znak odejścia od biomedycznego i negatywnego postrzegania zdrowia jako braku choroby w kierunku szerszego i bardziej pozytywnego rozumienia tego pojęcia. Wiąże się to z koncepcją salutogenezy, która jest podejściem bardziej holistycznym. Skupia się ono raczej na czynnikach sprzyjających zdrowiu i dobrostanowi, zamiast na zjawiskach powodujących chorobę. Terminem, którego używa się często, by opisać, jak ktoś jest religijny – zamiast opisywania sposobów podchodzenia do religii, z wzięciem pod uwagę praktykowania rytuałów, narracji oraz przyjęcia pewnych doktryn o życiu i śmierci – jest religianctwo. Choć można powiedzieć, że religijność jest wielowymiarowa, często uważa się ją za czynnik chroniący zdrowie. Sugeruje to, że jeśli chodzi o odporność i zdrowie, religijność przyniosła wiele pozytywnych efektów w dziedzinie zdrowia, szczególnie w zakresie relacji społecznych.

Piśmiennictwo

1. Aboul-Enien BH. Health promoting verses as mentioned in the Holy Quran. Journal of Religion and Health 2014; 10.1007/s10943-014-9857-8.
2. Al-Jabil A. Spiritual characteristics of water and the philosophy purification in Islam. [online] 2003. URL: http://www. hbiby.com/vb/t81257.html.
3. Alomair N, et al. Factors influencing sexual and reproductive health of Muslim women: a systematic review. Reproductive Health 2020; 17(1).
4. Al-Kandari YY. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis. Journal of Biosocial Science 2003; 35: 463–472.
5. Alsharif A, aj. Health System and Insurance in Saudi Arabia. 2008. URL: http://www.aacn.nche.edu/media/factsheets/nursingshortage.htm
6. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
7. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
8. Ashy MA. Health and Illness from an Islamic Perspective. Journal of Religion and Health 1999; 38(3): 241–257.

9. Asgary S, et al. Effects of Ramadan fasting on lipid peroxidation, serum lipoproteins, and fasting blood sugar. Medical Journal of Islamic Academy of Sciences 2000; 13: 35–38.
10. Brezina I. 5 způsobů zahalování muslimských žen. [online] 24.10.2015. URL: https://g.cz/5-zpusobu-zahalovani-muslimskych-zen.
11. Brunetto Y, et al. Comparing the impact of management on public and private sector nurses in the UK, Italy, and Australia. Public Manag Rev 2018; 20(4): 525–544.
12. Çelen A. Influence of holy month Ramadan on alcohol consumption in Turkey. Journal of Religion and Health 2015; 54.6: 2122–2133.
13. Co je to Tajine? [online]. URL: https://www.homeware.cz/clanky/co-je-to-tajine.
14. Cornwall MA, et al. The dimensions of religiosity: A conceptual model with an empirical test. Review of Religious Research 1986; 27(3): 226–244.
15. ČTK. Bulharsko přijalo zákon, který zakazuje ženám mít zahalenou tvář. [online] 1.10.2016. URL: https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/v-bulharsku-nesmi-zeny-nosit-zahalene-tvare/r~fddb32c4871f11e6b597002590604f2e.
16. El-Jardali F, et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Serv Res 2011; 11(1): 1–12.
17. Elkadi A. Health and healing in the Qur'an. American Journal of Islamic Social Sciences 1985; 2(2): 291–296.
18. Elhassan M. Vztah islámu k rodině, k manželství a k plodnosti. Demografie 1998; 40(2): 120–125.
19. Ezme AT. Muslim Immigrants' Food Culture And Its Effect On Location Preference. Journal of Suleyman Demirel. University Institute of Social Sciences; 2017.
20. Fayyaz W, Kamal A. Psychosocial Factors Related to Practicing Hijab Among Muslim Women in Pakistan. Journal of Behavioural Sciences 2017; 27(2): 80–101.
21. Frouzová M, et al. Závoj a džíny ženy v islámském světě. Praha: Vyšehrad; 2006.
22. Gulášová M. Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Osveta; 2009.
23. Hájek M, Bahbouh Ch. Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu. Praha: Grada Publishing; 2016.
24. Harrop E, et al. Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health: A review. Cardiff: Cardiff Institute of Society, Health and Ethics; 2007.
25. Hellings J, et al. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2007; 20(7): 620–632.
26. Hillenbrand C. Islám: historie, současnost a perspektivy. Praha: Paseka; 2017.
27. Hillenbrandová C. Islám. Praha: Paseka; 2017.
28. Husinecká M. Arabské odívání: diplomová práce. Praha; 2008. URL: https://theses.cz.
29. Kaderková L. „Nebudeš požívat krev" Otázka požití krve v křesťanství, židovství a islámu se zvláštním přihlédnutím ke Svědkům Jehovovým: bakalářská práce. Brno; 2012. URL: https://theses.cz/id/vedk63.
30. Kapitánka. Marocká polévka HARIRA s čočkou a cizrnou. [online] 8.05.2018. URL: https://ochutnejtesvet.cz/marocka-harira.
31. Khoshakhlagh AH, et al. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. BMC Health Services Research 2019; 19(1).
32. Králová J. Výchova a vzdělávání v muslimských zemích: bakalářská práce. Praha; 2014. URL: https://theses.cz.
33. Křesťanová V. Arabské ženy v českém prostředí. Reflexe „arabského domova" a české společnosti: bakalářská práce. Praha; 2007. URL: https://theses.cz.
34. Kuncová S. Islámská Eschatologie: bakalářská práce. Pardubice; 2008. URL: https://theses.cz.

35. Muslimové v ČR nejsou radikální, mnohým je islám ukradený, říkají experti. [online] 27.06.2018. URL: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/muslimove-v-cesku-pocet-islam-ceska-republika-migranti-imigrace-mensina.A180702_103755_domaci_hell.

36. Karlík T. Proč jsou nuceny nádherné muslimky skrývat své tváře? Jak to odůvodňuje Korán? National Geographic Magazine; 2018.

37. Khldayer E. Arabský svět jiná planeta? Praha: Mladá fronta; 2016.

38. Lewis S, et al. Healthcare in the news media: the privileging of private over public. J Sociol 2018; 54(4): 574–590.

39. Linhartová J. Praktická komunikce v medicíně. Praha: Grada; 2007.

40. Lorenzová N, Mareš J, Měrka V. Zdravotnická péče o muslimské pacienty – Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí. Hradec Králové: Vojenská akademie J. E. Purkyně v Hradci Králové; 1999.

41. Marocká kuchyně: tajin, kuskus a voňavé koření. [online]. URL: https://www.etravel.cz/maroko/kuchyne.

42. Melecká J. Narozeni, svatba a pohřeb v sunnitskem islamu. Brno: Masarykova univerzita; 2014.

43. Mendel M. Muslimové a jejich svět. Praha: Vyšehrad; 2016.

44. Mendel M. Muslimové a jejich svět: o víře, zvyklostech a smýšlení vyznavačů islámu. Praha: Dingir; 2016.

45. Michalak L, Trocki K. Alcohol and Islam: an overview. Conteporary Drug Problems 2006; 33(4): 523–562.

46. Michňáková L. Žena v islámské společnosti: bakalářská práce. Olomouc; 2012. URL: https://theses.cz.

47. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging field. American Psychologist 2003; 58: 24–35.

48. Ministerstvo vnitra České republiky [online]. URL: www.mvcr.cz.

49. Mrlíková J, et al. Arabská kultura stokrát jinak. Hospodářská a kulturní studia, Provozně ekonomická fakulta ČZU v Praze; 2008.

50. Munzarová J. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha: Grada; 2005.

51. Muslimové mají ramadán, nějteří končí na pohotovosti. [online]. URL: https://radiozurnal.rozhlas.cz/muslimove-maji-ramadan-nekteri-konci-na-pohotovosti.

52. Ostřanský B. Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti. Praha: Libri; 2009.

53. Owens J, Saeed SM. Exploring the oral health experiences of a rural population in Sudan. International Dental Journal 2008; 58(5): 258–264.

54. Owens J, Sami W. The Role of the Qur'an and Sunnah in Oral Health. Journal of Religion and Health 2016; 55(6): 1954.

55. Pargament KI, et al. Religion and the problem--solving process: Three styles of coping. Journal for the Scientific Study of Religion 1988; 27(1): 90–104.

56. Pargament KI, et al. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology 2000; 56(4): 519–543.

57. Pargament KI, et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. Journal for the Scientific Study of Religion 1998; 37(4): 710–724.

58. Průcha J. Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. 2. ed. Praha: Portál; 2007.

59. Rezková A. Představy mladých dospělých o partnerských vztazích a manželství: diplomová práce. Praha; 2017. URL: https://theses.cz.

60. Rocznik Demograficzny 2019. [online] 16.10.2019. URL: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html.

61. Rodrigues M. Goánská kuchařka. Praha: Pragma; 2015.

62. Ross HM. Islamic Tradition at the End of Life. Medsurg Nursing 2018; 10(2): 83–87.

63. Quirke V, Gaudilliere J-P. The era of biomedicine: Science, medicine, and public health in Britain and France after the second world war. Medical History 2008; 52(4): 441–452.

64. Sirios ML, Darby M, Tolle S. Understanding Muslim patients: cross-cultural dental hygiene care. International Journal of Dental Hygiene 2013; 11(2): 105–114.

65. Soukup M. Základy kulturní antropologie. Praha: Akademie veřejné správy; 2009.

66. Soukup V. Dějiny antropologie. Encyklopedický přehled dějin fyzické antropologie, paleoantropologie, sociální a kulturní antropologie. Praha: Karolinum; 2004.

67. Soukup V. Antropologie. Teorie člověka a kultury. Praha: Portál; 2011.

68. Ševčíková K. Specifika ošetřování reprezentantů církve: diplomová práce. České Budějovice; 2007. URL: https://theses.cz.

69. Špirudová L, et al. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro zdravotnická zařízení pro MZ ČR. Olomouc; 2004.

70. Topinka D. Muslimové v Česku. Česká republika: Barrister & Principal; 2016.

71. URL: www.zdraví.euro.cz.

72. V ČR žije mnohonásobně víc muslimů, než uvádí oficiální statistiky. [online] 12.04.2018. URL: https://www.euportal.cz/Articles/18902-v-cr-zije-mnohonasobne-vic-muslimu-nez-uvadi-oficialni-statistiky-politici-nas-ubezpecuji-ze-se-nic-nedeje-fakta-jsou-ale-jeste-vic-alarmujici.aspx.

73. Virágová J. Tradice spjaté s narozením, svatbou a pohřbem v islámské kultuře na příkladu syrských, jordánských, palestinských a českých sunnitských muslimů: disertační práce. Brno; 2013. URL: https://theses.cz.

74. Wallace JM, Jr. The social ecology of addiction: Race, risk, and resilience. Pediatrics 1999; 103(5 Pt 2): 1122–1127.

75. Wallace JM, Forman TA. Religion's role in promoting health and reducing risk among American Youth. Health Education and Behavior 1998; 25(6): 721–741.

76. Wiltavský R. Bezpečí komunikace s cizinci ve zdravotnických zařízeních. Praha; 2016. URL: https://theses.cz.

77. Zikmund MT. Po cestách kamenitých:o životě, islámu a křesťanské víře. Praha: Vyšehrad; 2013.

78. Ženy a jejich postavení v islámu. [online] 18.10.2010. URL: https://islaminfo.estranky.cz/clanky/spolecnost/zeny-a-jejich-postaveni-v-islamu.html.

2.2.3. Kultura żydowska

Charakterystyka kultury żydowskiej

Izrael, po hebrajsku *Medinat Yisrael*, powstał 14 maja 1948 roku. Znajduje się na Bliskim Wschodzie i rozciąga się na wschodnim brzegu Morza Śródziemnego. Sąsiaduje z Libanem, Syrią, Jordanią i Egiptem. Graniczy również z Zachodnim Brzegiem Jordanu i Strefą Gazy, kontrolowanymi przez Autonomię Palestyńską. Gęstość populacji Izraela to 324 osoby na km^2. Stolicą Izraela, a zarazem siedzibą rządu, parlamentu i Sądu Najwyższego jest – na mocy ustawy konstytucyjnej z 5 sierpnia 1980 roku – Jerozolima. Palestyna, wciąż przeciwna postanowieniom rezolucji z 1947 o podziale terytorium, również uznaje Jerozolimę za swoją stolicę. Wciąż trwa spór

Izraelczyków z Palestyńczykami, którzy wraz z Arabami uważają powstanie państwa żydowskiego za tragedię i dokonują ataków terrorystycznych wymierzonych w obchody świąt judaistycznych. W Izraelu mieszka ponad 7 milionów ludzi. Językami urzędowymi są hebrajski oraz arabski, a rozpowszechniony jest angielski i rosyjski. Państwo gwarantuje wolność religijną – na jego terytorium praktykowane są islam, judaizm i chrześcijaństwo.

Religią Żydów jest judaizm. Na całym świecie można doliczyć się 14 milionów wyznawców tej religii w większości zamieszkałych w Izraelu i Stanach Zjednoczonych. W obu tych państwach ponad 5 milionów osób praktykuje judaizm. Za założyciela religii uważa się Abrahama, który żył około 2000 roku p.n.e. w Mezopotamii i zaprowadził swoje plemię do Egiptu. Pięć stuleci później Żydzi zostali wyprowadzeni z Egiptu i podbili Palestynę. Zdobyte terytorium zostało podzielone na królestwa Izraela na północy i Judy na południu.

Służba zdrowia w Izraelu. Reforma służby zdrowia została rozpoczęta w 1995 roku. Każdy obywatel Izraela jest ubezpieczony. Ubezpieczenie jest wypłacane adekwatnie do poziomu zarobków danego mieszkańca i każdy ma równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Dla każdego obywatela jest również dostępny system indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego i korzysta z niego około 80% populacji. Istnieją również ubezpieczenia komercyjne, które wynegocjować i opłacić musi sam zainteresowany.

Szpitale są wyspecjalizowane w leczeniu stanów nagłych oraz ostrych i uczestniczą w międzynarodowych szkoleniach z zarządzania kryzysowego na wypadek konieczności przyjęcia do szpitala wielu rannych. Karetki mogą korzystać z wojskowych systemów przesyłu informacji. Nazwę izraelskiego pogotowia ratunkowego – *Magen David Adom* – tłumaczy się dosłownie jako „Czerwona Gwiazda Dawida". Państwowe ratownictwo medyczne ma środki pozwalające na dokonanie transfuzji krwi, prowadzi również szkolenia z zakresu medycyny zarówno dla zawodowców, jak i laików.

Judaizm w Republice Czeskiej

Korzeni żydowskich w Czechach można doszukiwać się już w X wieku n.e. Ważną osobą w historii tych ziem jest dla Żydów rabin Jehuda Löw ben Becalel (1512–1609), w legendach przedstawiany jako twórca Golema, zwany też Wielkim Rabinem Loewem. W XVII wieku ludność żydowska w Czechach rozrosła się ze względu na dotarcie tutaj fali uchodźców ze wschodu. Władcy usiłowali uregulować liczbę żydowskich mieszkańców, ustanawiając w 1724 roku tzw. prawa Familianten, wedle których jedynie najstarszy syn mógł założyć rodzinę. Taki stan rzeczy obowiązywał na tych terenach do 1867 roku, kiedy konstytucja grudniowa zagwarantowała Żydom równość i emancypację. Trzeba zauważyć, że usamodzielnienie sprzyjało

asymilacji, a zarazem swoistemu osłabieniu żydowskiego dziedzictwa kulturowego i religijnego. W 1906 roku wzniesiono Muzeum Żydowskie w Pradze w celu podtrzymania zanikającej żydowskości. Żydzi walnie współtworzyli gospodarkę i kulturę czechosłowacka, a ich populacja zwiększała się w szybkim tempie: ich liczbę w tym okresie szacuje się na około 118 tys. osób.

Kres rozwoju społeczności żydowskiej nastał pod wpływem ideologii nazistowskiej i okupacji niemieckiej ziem czechosłowackich. Objęci surowymi represjami Żydzi zaczęli być systematycznie mordowani od 1941 roku, 80 tys. czechosłowackich Żydów zostało zabitych. Kolejna fala antysemityzmu nadeszła w roku 1952 pod reżimem komunistycznym. W roku 1968, postrzeganym jako krótki okres odwilży, wielu Żydów wyemigrowało z Czechosłowacji. Tylko garstka pozostała, by w 1989 roku doświadczyć wolności wyznania po zaaprobowaniu przez czeski rząd powołania Federacji Gmin Żydowskich w Pradze.

Współczesny judaizm w Republice Czeskiej. Żydzi są zjednoczeni w Federacji Gmin Żydowskich, która łączy 10 prawnie niezależnych społeczności żydowskich na terenie Czech i Moraw. Po 1989 roku Federacja podała, że liczba jej członków wynosi 3 tys. osób. Obecnie jest to około 1600. Oficjalnymi miejscami prowadzenia obrzędów religijnych przez członków Federacji są synagoga Jubileuszowa i Staronowa w Pradze. Federacja zajmuje się między innymi organizacją wydarzeń religijnych, kulturowych i edukacyjnych. Należy do nich wydawnictwo Sefer oraz Dom Opieki w Hagiborze. Wraz z żydowską społecznością w Pradze otworzyli Muzeum Żydowskie w Pradze. Nie można również zapomnieć o wkładzie Federacji w renowację żydowskich pomników.

W Bułgarii znajduje się około 1360 Żydów, a w Polsce około 3,5 tys.

Role kobiet i mężczyzn w kulturze żydowskiej

Przy powitaniach i przedstawianiu się ortodoksyjni Żydzi nigdy nie podają sobie rąk z kobietami, nie tylko Żydówkami. Wyjątek stanowią żony i kobiety będące członkami ich rodzin. Ta zasada wywodzi się z zapisów biblijnych, według których mężczyzna miałby być skażony przez np. nieświadomy kontakt z miesiączkującą kobietą. Powściągliwość jest więc właściwa podczas pierwszych spotkań, tak samo jak oczekiwanie na sygnał czy lekki ukłon. Osoby tej samej płci podają sobie ręce normalnie. Zasada unikania kontaktu fizycznego z płcią przeciwną ma ogromny wpływ na przebieg leczenia. Ortodoksyjni pacjenci w Izraelu mają prawo wymagać opieki ze strony osoby tej samej płci. Ta sama zasada powinna panować w placówkach europejskich. Jeśli badana jest kobieta, a nie ma możliwości skierowania jej do lekarza płci żeńskiej, jej mąż lub inny członek rodziny będzie obecny przy badaniu. Wyjątek stanowią sytuacje zagrożenia życia. Podczas praktyk religijnych w synagogach również jest podział: kobiety siedzą za ścianą lub ekranem albo na balko-

nie powyżej mężczyzn, by ich widok nie rozpraszał panów podczas modlitwy. Żydzi przestrzegają szabatu zgodnie z surowymi zasadami i jedzą wyłącznie koszerne potrawy. Dom gra w ich życiu jeszcze ważniejszą rolę niż synagoga, a rodzina stanowi podstawową jednostkę w judaizmie – to właśnie dom i rodzina zabezpieczają przyszłość. Oznaką żydowskiego domostwa jest mezuza (małe, podłużne pudełko) przyczepiona w górnej części drzwi – tak nakazuje Tora, a mezuza zawiera zwój z fragmentami z Księgi Powtórzonego Prawa. Mezuza jest znakiem pobożności rodziny. Jeśli do domu wchodzi ortodoksyjny Żyd, pocałuje opuszki palców i dotknie nimi mezuzy. W ten sposób okazują swoją miłość do Boga i Tory. Najważniejszą wartością jest dla nich *shalom bayit* – „pokój domu" po hebrajsku. Dzieci mają szanować rodziców niezależnie od okoliczności. Rodzice natomiast muszą wypełniać swoje rodzicielskie obowiązki i otaczać dzieci opieką, zapewnić im edukację i wsparcie finansowe przez wymagany okres. W żydowskim domu stół symbolizuje ołtarz znajdujący się w świątyni i jest najważniejszym miejscem.

Związek z ludzką seksualnością

Judaizm postrzega seks jako dar, tak długo jak ludzie korzystają z niego odpowiedzialnie. Dla Żydów seks to intymna relacja, nie proces biologiczny. Stosunek jest dozwolony, ale tylko po ślubie i w celu spłodzenia potomstwa. Podejście do homoseksualizmu jest bardzo negatywne: Stary Testament przeklina go i potępia – Bóg pozwolił, by ludzie wykorzystywali seks w celu reprodukcji, a zatem homoseksualiści grzeszą. Miłość lesbijska jest z jakiegoś powodu pominięta w Starym Testamencie, ale w rzeczywistości również nie jest zgodna z żydowskimi zwyczajami. Żydzi ignorują takie osoby, o ile nie mają jakichś specjalnych roszczeń, ale dyskutuje się o tym, czy homoseksualiści powinni być wpuszczani do synagog. Żydzi postrzegają antykoncepcję na dwa sposoby. Ortodoksyjni Żydzi rzadko z niej korzystają i omawiają ten problem z rabinami, nowocześni zaś nie mają tego typu wątpliwości.

Poród, obrzezanie – narodziny przez cesarskie cięcie nie są uważane za „otwarcie się łona" i takie dziecko nie otrzymuje przywilejów ani obowiązków pierworodnego. Natychmiast po narodzinach rozpoczyna się okres szczególnej ochrony dziecka. Talmud głosi ochronę noworodka w sposób praktyczny, na przykład wspominając, że dziecko ma być karmione piersią przez dwa lata. Natychmiast po porodzie dziecko przechodzi rytuał, dzięki któremu akceptuje się je jako część wspólnoty. Jeśli urodził się chłopiec, jego włączenie do wspólnoty wiąże się ze skomplikowaną ceremonią. Rytuał oparty jest na Torze i polega na obrzezaniu dziecka, zgodnie z Pismem: „Będziecie obrzezywali ciało napletka na znak przymierza waszego ze Mną. Z pokolenia w pokolenie każde wasze dziecko płci męskiej, gdy będzie miało osiem dni, ma być obrzezane". Obrzezanie, po hebrajsku *brit mila*, oznacza dosłownie „przymierze obrzezania", jest uważane za ważne wydarzenie i odbywa się osiem dni po na-

rodzinach, w domu lub w synagodze. Zabiegu dokonuje mohel, posiadający wiedzę medyczną i religijną. Podczas zabiegu chłopca trzyma ojciec chrzestny, tak zwany „sandak", obecni są również goście spoza rodziny. Po błogosławieństwach chłopiec otrzymuje hebrajskie imię, tradycyjnie zawierające w sobie imię ojca. Obrzezanie jest symbolem tego, że fizyczność i instynkty powinny podlegać wyższemu prawu moralnemu. Inne obrządki religijne związane z porodem to chociażby „odkupienie pierworodnego". Ma miejsce 31 dni po narodzinach, a pierworodny zostaje symbolicznie odkupiony od Boga. Celem ceremonii jest przypomnienie Żydom, że dziesiąta plaga egipska oszczędziła pierworodnych Izraelitów, ponieważ zostali oni poświęceni Bogu.

Aborcje – według oficjalnych statystyk, w Izraelu dochodzi do 99 aborcji na 1000 narodzin. W kraju funkcjonują komisje aborcyjne, w skład których wchodzi pracownik socjalny i dwóch lekarzy. Komisja nie ma na celu podjęcia decyzji za kobietę i nie postępuje w ten sposób. Stara się raczej zajmować trudną sytuacją społeczną. Często jednak funkcjonuje jak zimny podmiot administracyjny i akceptuje wszystkie wnioski niemalże automatycznie. Komisje otrzymują około 19 000 wniosków aborcyjnych rocznie, z czego wykonuje się między 17 000 a 18 000. Najczęstszym powodem jest ciąża pozamałżeńska, która w tak tradycyjnym społeczeństwie może stanowić zagrożenie życia. W ultraortodoksyjnych społecznościach dokonywanie aborcji zdrowych płodów na zdrowych kobietach jest rzadkością. W społecznościach świeckich i bardziej liberalnych grupach religijnych zdarzają się aborcje nieplanowanych ciąż po ślubie. Jak mówi halacha (żydowskie prawo rabiniczne), płód nie ma ludzkiej duszy do czterdziestego dnia, więc z punktu widzenia religii aborcja jest do tego momentu dozwolona. Podobne podejście widzimy w islamie. Religijne Żydówki wciąż rzadko dokonują aborcji. Natomiast świeckie Żydówki pochodzące z dawnego terytorium Związku Radzieckiego przywiozły ze sobą przekonanie, że aborcja jest formą antykoncepcji. Ogólnie przyrost naturalny rośnie, a aborcji ubywa, poza narażonymi grupami zagranicznych pracowników (gości) z Azji i żydowskich imigrantów z Etiopii. Ginekolodzy w Izraelu nie mają obowiązku przeprowadzania aborcji w ramach pracy zawodowej.

Higiena osobista i cechy ubioru

Mycie rąk przed modlitwą lub inną praktyką religijną jest normalną czynnością. Rytualne obmycie w mykwie odbywa się w piątek po południu, po chorobie, po menstruacji, lub w celu przygotowania panny młodej. Oczyszczenie po menstruacji odbywa się w zbiorniku wodnym o wskazanej głębokości – w tym celu korzysta się z deszczówki, wody rzecznej lub morskiej. Można zastąpić ją wodą z kranu lub kąpielą w rzece. Przed wejściem do mykwy należy wziąć prysznic. Żydzi nie dotykają swoich genitaliów (nawet mężczyźni podczas oddawania moczu używają

sznurków). Ręce obowiązkowo myje się po przebudzeniu lub po skorzystaniu z toalety (w tym celu zdejmuje się także pierścionki). Konieczne jest również umycie rąk przed modlitwą lub innym obrządkiem religijnym.

Podczas okresu i po nim kobietę uznaje się za „nieczystą" (*nida*). Miesiączkująca kobieta ma zakaz odbywania stosunku seksualnego na 12 godzin przed rozpoczęciem miesiączki i 7 dni po. Kobieta i mężczyzna śpią wtedy osobno.

Przestrzeganie zasad higieny, będących częścią zwyczajów religijnych, oznacza utrzymywanie czystości ciała, czyszczenie paznokci i golenie się przed rozpoczęciem szabatu. Podczas obchodów Paschy i wieczerzy w dzień Sederu odprawiany jest rytuał mycia rąk. Podczas Yom Kippur Żydzi nie myją się, mężczyźni nie mogą się ogolić, kobiety używać makijażu czy w inny sposób się upiększać, używać perfum czy dezodorantu. Wierzą bowiem, że w dniu Sądu Ostatecznego człowiek musi stanąć przed swoim Sędzią pozbawiony rzeczy zbytecznych. Zakazane jest również noszenie skórzanych butów.

Ważna informacja dla pracowników służby zdrowia w kontekście higieny i przygotowania do operacji: dorosły pobożny Żyd stosuje się do zasad dotyczących pielęgnacji brody i włosów: „Nie będziecie obcinać w kółko włosów na głowie. Nie będziesz golił włosów po bokach brody." Ultraortodoksyjni Żydzi pozwalają włosom oraz brodzie rosnąć i nigdy ich nie obcinają. Dozwolone jest przycinanie brody lub włosów nożyczkami. W dzisiejszych czasach ortodoksyjni Żydzi rutynowo korzystają z maszynek elektrycznych.

Charakterystyka ubioru. Typową cechą ubioru Żydów jest nakrycie głowy: u mężczyzn – jarmułka, kapelusz i pejsy, sztrajmł; u kobiet – kapelusz, chusta, peruka. Żydzi odsłaniają jak najmniej – nawet podczas upałów. Wygląd mężczyzn i kobiet w judaizmie ma określone cechy.

Kobiety powinny ubierać się w sposób zgodny z Torą, a ogólne zasady dotyczące odzieży damskiej ułożyli rabini. Największy nacisk kładzie się na skromność. Kobiety powinny ubierać się w sposób moralny, tak aby się nie obnażały, a ich odzież nie prowokowała. Oczywiście wiele zależy tu od czasów i zwyczajów. Niektóre ortodoksyjne Żydówki zakrywają wszystko oprócz twarzy. Występują też różnice w upinaniu włosów, gdyż kobiety niezamężne mogą zostawiać je rozpuszczone, a mężatki powinny nosić nakrycie głowy. Zasada ta wywodzi się z tego, że kobietom jedynie włosami wolno uwodzić mężczyzn. W tym przypadku nakrycie głowy może oznaczać różnego rodzaju chusty, siatki lub kapelusze. Męska odzież ma związek z kolejną zasadą, a mianowicie z wiązaniem rytualnych węzłów (*cicit*) do czterech rogów elementu odzieży, chusty *arba kanfot*, tak by związane frędzle przypominały patrzącym na nie o przykazaniach Pana. Liczba węzłów równa jest liczbie przykazań – 613. Specyficzny element żydowskiego stroju męskiego to nakrycie głowy o nazwie kipa. Żydzi zaczęli je nosić na znak świadomości, że istnieje

rządząca nad nimi siła wyższa. Kipę lub jarmułkę nosi się podczas modlitwy, istnieje wiele jej rodzajów, różniących się materiałem czy kolorem. Wszystko zależy od tego z jakiej okazji jest ubierana. Odzież ortodoksyjnych Żydów na co dzień jest czarna. Wielu z nich nosi długi czarny płaszcz, kaftan i białą koszulę. W święta wybierają inne kolory, na przykład złoto i biel. Podczas porannej modlitwy zakładają talit, chustę modlitewną zakładaną na ramiona lub naciąganą na głowę. Przykładem białego stroju jest tak zwany kilt, czyli prosty biały garnitur symbolizujący czystość i tymczasowość ludzkiego życia. Istnieje też zasada dotycząca pielęgnacji włosów dla duchownych. Pochodzi ona z Pisma i jest interpretowana na wiele sposobów. Najczęstsza interpretacja utrzymuje jednak, że nie mogą oni pozbywać się bokobrodów ani loków na skroniach, czyli „pejsów". Ortodoksyjni Żydzi przestrzegają ściśle tej reguły, inni używają nożyczek lub maszynek elektrycznych, których nie zakazuje halacha.

Rodzina żydowska jako podstawowa jednostka, jest podstawową przestrzenią codziennego praktykowania wiary. To rodzina przekazuje wiedzę i zwraca uwagę na żydowskie rytuały, znajomość Pisma i przedstawia przykazania i zakazy wiary.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Żydzi swoje własne zdrowie oceniają zazwyczaj jako dobre. Ultraortodoksyjni Żydzi kładą duży nacisk na zdrowie i często korzystają z usług sektora medycznego. W judaizmie dbanie o własną duszę i ciało bezpośrednio łączy się ze zdrowiem, a jednocześnie Tora nakazuje Żydom wybierać swoje życie i żyć jego pełnią. Można powiedzieć, że na ogół Żydzi mają większe zaufanie do lekarzy i podchodzą pozytywnie do kwestii związanych ze zdrowiem, jednak spora ich część wciąż konsultuje swoje problemy zdrowotne z rabinami. Rabini mają moc decydowania o interwencjach medycznych pacjentów, w tym zabiegach kosmetycznych, co można uznać za niezgodne z integralnością cielesną w kontekście naruszania tradycyjnych żydowskich wartości. Konsultacje dotyczące opieki zdrowotnej odbywa się szczególnie w celu upewnienia się, że przebiegną one zgodnie z prawem żydowskim oraz wolą Boga. Pacjent oczekuje od rabina wsparcia emocjonalnego, wysłuchania, umocnienia go w nadziei i poczucia komfortu. Współczucie i godne traktowanie ciężko chorych jest tu niezbędne. Żydzi wierzą w terapię, ale również w rabinów dających im wsparcie duchowe. Z perspektywy większości Żydów, zarówno lekarze, jak i rabini są wysłannikami Boga, jednak rabini, w odróżnieniu od lekarzy, mają zdolność widzenia przyszłości. Dochodzić przez to może do problemów, gdy pacjenci przywiązują większą wagę do porad rabina niż pracownika służby zdrowia.

Leczenie rabina. Rabini modlą się rano, po południu i wieczorem. Pracownicy szpitala powinni wiedzieć, że modlitwy odmawiają oni ściszonym głosem po hebrajsku, z wykorzystaniem takich pomocy jak chusty i paski, okrywając głowę jar-

mułką. Należy uszanować to, że nie życzą sobie by przeszkadzać im w czasie modlitwy. W tym przypadku osoba otaczająca rabina opieką powinna zapewnić mu ciche, odosobnione miejsce, tym samym zapewniając również ciszę innym pacjentom. Należy również zwrócić uwagę na kwestię diety. Jeśli stan pacjenta na to pozwala, możemy pozwolić na przygotowywanie potraw w domu i dostarczanie ich do szpitala. Kiedy nadejdzie dzień odpoczynku (szabat), rabin może mieć gości. Jeśli mamy taką możliwość, powinniśmy również unikać planowania badań czy zabiegów na ten specjalny dzień, jak również w żydowskie święta, chyba że mamy do czynienia z zagrożeniem życia. Do przywódców duchowych zwracamy się po nazwisku lub po tytule.

Charakterystyka diety

Zwyczaje żywieniowe w kulturze żydowskiej oparte są na przestrzeganiu zasady czystości pożywienia. Żydzi wierzą, że czyste „koszerne" jedzenie utrzymuje ich duchową jasność. Zasady koszernej diety znane są pod nazwą *kaszrut*. Zrównoważoną dietę i konkretne wymagania precyzje Tora i Talmud. Szczególnie ważna jest definicja rytualnie czystych zwierząt. Jedyne wymienione tam ssaki to przeżuwacze parzystokopytne, owce i kozy. Lista gatunków zakazanych zawiera ptaki drapieżne, wszelkie gady, płazy, mięczaki i skorupiaki. Z mniejszych gatunków dozwolony jest drób, jak choćby kurczak, indyk, gęś, kaczka czy gołąb. W celu rytualnego oczyszczenia mięsa zwierzę musi zostać zabite we właściwy sposób. Co więcej, zabrania się mieszać dania mleczne i mięsne, co jest powodem, dla którego koszerna kuchnia stosuje na nie osobne naczynia. Okres, który należy odczekać między spożyciem mięsa i nabiału, zależy od religijności Żyda. Niektórzy czekają godzinę, ortodoksyjni Żydzi nawet sześć godzin. Przed posiłkiem podaje się kawałek chleba z solą, zwyczaj ten również sięga korzeniami do czasów starożytnych, gdzie szczypta soli towarzyszyła każdemu rytuałowi składania ofiary. Podobnie tutaj wymaga się, by wszyscy siedzący przy stole umyli ręce, jak niegdyś duchowni przed złożeniem ofiary.

Po hebrajsku koszerny znaczy „czysty, niewinny, zdolny". Istnieją szczegółowe zasady (hebr. *kaszrut*) dyktujące jakie jedzenie należy spożywać, a jakiego unikać. Pierwsza zasada dotyczy odpowiednich i nieodpowiednich składników. Zabrania się spożywania wieprzowiny, mięsa i mleka wielbłąda, owoców morza, zwłaszcza skorupiaków, małż, ślimaków, ostryg, homarów, węgorzy, płaszczek, insektów, węży czy kawioru. Wszystkie produkty pochodzące od niekoszernych zwierząt również są zabronione. Mięso, które wolno spożywać, musi pochodzić od zwierząt parzystokopytnych będących jednocześnie przeżuwaczami, czyli owiec, bydła, kóz, jeleni itd. Ryby również wolno spożywać, ale tylko wtedy, jeśli mają łuski i płetwy. Drób uważa się za koszerny, zwłaszcza udomowione gatunki takie jak kury, indyki,

gęsi, kaczki czy gołębie. Dieta koszerna uwzględnia też składniki neutralne (hebr. *parave*), czyli jajka, owoce, warzywa, sałaty i ziemniaki. Te składniki mogą służyć za dodatki do mięsa lub nabiału. Kolejna zasada określa odpowiedniość konkretnych składników. Ubój zwierzęcia musiał być rytualny (hebr. *szechita*). Nie wystarczy tylko podzielić jedzenia, na każdy rodzaj musimy mieć osobne naczynia. Każdy dom ma zatem dwa zestawy naczyń, talerzy i sztućców – jeden przeznaczony jest do mięsa, a drugi do nabiału. Nie wolno mieszać ich ze sobą nawet podczas zmywania. Garnki do mięsa używane są wyłącznie do przygotowywania dań mięsnych i nabiał nie może dotknąć ich powierzchni. Przechowuje się je osobno, a większość rodzin decyduje się na zestawy naczyń w różnych kolorach. Składniki neutralne mogą być łączone z obydwoma typami potraw. Czwarta i ostatnia zasada dotyczy dań świątecznych. Na przykład podczas wieczerzy paschalnej zabronione jest spożywanie pokarmów sfermentowanych (*chamec*). Stopień przestrzegania zasad koszerności jedzenia jest różny. Pobożny, ortodoksyjny Żyd stara się jeść wyłącznie dania koszerne, bez wyjątków. Inni mają do przestrzegania kaszrutu bardziej elastyczne podejście. Wiele żydowskich rodzin je koszernie w domu, ale czasami udaje się do restauracji, gdzie spożywa na przykład rybę na niekoszernym talerzu. Wraz z nowoczesnym rozwojem nastąpił swego rodzaju kompromis, rozluźnienie zasad i tradycji judaizmu. Obecnie można zakupić koszerną żywość w sklepach internetowych, których oferta zawiera wszystko – od gotowej macy paschalnej, poprzez warzywa i owoce, słodkie napoje, ciastka, aż po zestawy noży.

Stosunek do chorób i śmierci

Żydowskie rozumienie choroby bazuje na przekonaniu, że choroba jest karą za grzechy, a jej cel jest znany wyłącznie Bogu. Żydzi wierzą, że dla uzdrowienia konieczne jest pojednanie z Bogiem. Opieka nad ultraortodoksyjnymi Żydami (inaczej chasydami) wymaga zrozumienia żydowskich wierzeń oraz ich kodeksu zwyczajów religijnych. Żydzi boją się stygmatyzacji w związku z chorobą fizyczną czy psychiczną.

Powinno się zapewnić pacjentowi jedzenie i picie, pod warunkiem że spożywanie go nie spowoduje dodatkowego bólu. Przy podejmowaniu decyzji o interwencji należy wziąć pod uwagę ocenę jakości życia umierającego pacjenta. Według rabinów życia cierpiącej osoby nie należy przedłużać. To jednak niezwykle ważne, by pacjent otrzymał tlen i substancje odżywcze oraz by wprowadzić system nawadniania. Jeśli pacjent odmawia leczenia, a mogłoby mu ono pomóc, powinniśmy postarać się przekonać go do zmiany decyzji. Rabini omawiają z żydowskimi pacjentami koniec życia. Chorzy pytają o zakończenie leczenia, co wiąże się z utrzymaniem ich przy życiu przy słabych prognozach. Ortodoksyjne podejście kładzie nacisk na ratowanie życia, nawet jeśli jest wysoka szansa, że interwencja się nie po-

wiedzie. Niektórzy znani rabini argumentują, że leczenie, nawet intensywne, powinno się kontynuować pomimo bardzo słabych prognoz, jednak inni rabini twierdzą, że w przypadku choroby, która niesie ze sobą ból i cierpienie, pacjent ma prawo odmówić dalszego leczenia. Rabini stanowią dla żydowskich pacjentów filar wiary i nadziei. Jeśli pacjent otrzymał diagnozę sugerującą, że wkrótce umrze, rodzina sprowadza rabina, by pobłogosławił chorego. Żydzi uważają śmierć za naturalną na drodze życia. Umierać powinno się z godnością i współczuciem członków rodziny, bliskich czy pracowników szpitala. Panuje zasada, według której odwiedzającego szpital rabina należy przedstawić dyżurującemu lekarzowi. Z udziałem rabina omawia się pytania dotyczące końca życia pacjenta i wstrzymania leczenia. Żydowscy pacjenci i ich rodziny mają prawo nalegać, by odłączyć aparaturę czy zaprzestać podawania kroplówek. Kwestie duchowe są częścią całościowej opieki nad pacjentem. Wywiad pomaga nam zrozumieć wpływ wiary na decyzje związane z opieką medyczną. Umierającej osoby nie pozostawiamy samej, powinni jej towarzyszyć najbliżsi, zwykle rodzina. Umierający wyznaje swoje grzechy (hebr. *viddui*) i opuszcza świat ze słowami *Szema Jisrael* (*Słuchaj, Izraelu*). Żyd przygotowuje się na śmierć w pełni władz umysłowych. Jego duchowymi potrzebami zajmuje się bractwo pogrzebowe (hebr. *Chewra Kadisza*) – grupa pobożnych, honorowych mężczyzn i kobiet. Żydzi zawsze domagają się pochówku, odmawiają kremacji. Pogrzeb odbywa się w dniu śmierci lub dzień po niej, wyjątek stanowi szabat lub inne święta. Przed złożeniem ciała w grobie przeprowadza się rytuał oczyszczenia ciała zmarłego (hebr. *tahara*). Ciało myje się letnią wodą, czasem wymieszaną z białkiem jajka. Bractwo pogrzebowe zapewnia zestaw do czyszczenia, za pomocą którego przygotowuje się paznokcie, uszy, nozdrza i włosy zmarłego. Podczas czyszczenia ciało leży na drewnianej płycie, w której zrobione są liczne żłobienia, pozwalające na przepływ wody. Czyste ciało ubiera się w tunikę (hebr. *kittel*). Jeśli zmarły jest mężczyzną, ciało owija się w jego chustę modlitewną (*talit*), a frędzle od niej (*cicit*) się odcina. Ciało zmarłego chowa się w prostej trumnie. Należy pogrzebać je w całości, nie może brakować żadnej jego części. Z tego powodu często zakazuje się sekcji zwłok. Żydzi wierzą, że kiedyś nastąpi przybycie Mesjasza, dzięki któremu wszyscy powstaną z martwych. Po śmierci członka rodziny jego bliscy rozdzierają część swojego ubioru na znak żałoby. Potem noszą przedarte ubranie przez trzydzieści dni, w tym czasie mężczyźni nie ścinają też włosów ani brody. Najbliższy członek rodziny, zwykle syn, modli się za zmarłego. Modlitwa (kadisz) powtarzana jest potem codziennie rano. Okres żałoby dzieli się na trzy części. Pierwsza (hebr. *sziwa*) rozpoczyna się natychmiast po śmierci i trwa zwykle przez siedem dni po pogrzebie. W tym czasie nie opuszcza się domu. Rodzina siedzi na niskich stołkach, bez butów. Bliscy i społeczność żydowska zajmują się pogrążoną w żałobie rodziną, przynoszą im jedzenie. Zamiast udać się do synagogi, mężczyźni udają się w celu modli-

twy do domu zmarłego, gdzie zbierają się razem. Potem następuje drugi okres żałoby (*szeloszim*), który trwa przez trzydzieści dni. Żałobnicy wracają do pracy, syn odmawia kadisz w synagodze. Rozdarte ubranie zakłada się na czysty strój, można założyć buty. Po trzydziestu dniach mężczyźni mogą ściąć lub skrócić włosy. Podartą odzież można zdjąć, a żałobnicy wracają do normalnego życia.

Opieka nad zmarłym. Podczas zajmowania się zmarłym zaleca się otworzyć okno, by jego dusza mogła łatwiej symbolicznie opuścić ciało. Po śmierci na ustach i nosie zmarłego kładzie się pióra, by sprawdzić oddech. Nie wykonuje się w szpitalu toalety pośmiertnej, ponieważ czynność ta jest obrzędem następującym tuż przed pogrzebem. Zaleca się, by w warunkach szpitalnych nie rozbierać zmarłego z ubrania. Osoby zajmujące się ciałem muszą zawsze mieć na sobie rękawiczki. Należy usunąć z ust zmarłego protezę dentystyczną. Jego oczy powinny być zamknięte, a ciało leżeć prosto, z rękami po bokach i wyprostowanymi nogami złożonymi razem. Ciało przykrywa się białym materiałem. Zespół medyczny powinien poinformować tak szybko, jak to możliwe. Ciało zmarłego powinniśmy odwrócić tak, by leżało stopami do drzwi. Z żydowskiego punktu widzenia autopsja jest niewskazana. Uznaje się ją za oszpecanie ciała i znęcanie się nad zmarłym. Bóg stworzył człowieka, więc ma również otrzymać go ponownie w tej samej formie. Zatem zmarłego chowa się ze wszystkimi tkankami, organami i płynami ustrojowymi, aby rytuał pochówku odbył się poprawnie. Żydzi wierzą, że ich dusze są nieśmiertelne, śmierć nie jest końcem życia, a jedynie przejściem w inną formę.

Komunikacja i metody wymiany informacji

Opieka duchowa jest częścią holistycznej opieki nad pacjentami. Rozmowa pomaga zrozumieć, jak wiara wpływa na ich decyzje dotyczące leczenia. Eksperci rekomendują praktyczne przykłady zagadnień, o których medycy powinni dowiedzieć się od pacjenta, jak na przykład: waga jaką przywiązuje do religii, stopień w jakim przynależy do wspólnoty religijnej, zwyczaje religijne, tradycje i zasady. Sprawując opiekę nad chorym Żydem, możemy napotkać również barierę językową. Żydowscy pacjenci mówią w języku jidysz, mogą być niechętni do współpracy z tłumaczem lub nie chcieć przyznać, że nie rozumieją, co do nich mówimy. W ten sposób tworzy się podział kulturowy między pacjentem a pracownikami szpitala.

Komunikacja z płcią przeciwną również może sprawiać trudności żydowskim pacjentom. Ponieważ religijne zwyczaje tego zakazują, nieformalna rozmowa między mężczyzną a kobietą nie jest mile widziana, dlatego Żydzi często przebywają w osobnych pomieszczeniach podczas wydarzeń. Podobnie wygląda podział w szkołach. Zatem w praktyce może się zdarzyć, że pacjent odmówi opuszczenia sali, bo będzie to oznaczało spotkanie z innymi pacjentami. Takie zachowanie może oznaczać, że pacjent reaguje zgodnie z własną kulturą, ale może też być reakcją patolo-

giczną, sugerującą, że u pacjenta rozwijają się lęki. Nieżonaty Żyd nie powinien też przebywać w pomieszczeniu sam na sam z osobą płci przeciwnej, w tym z personelem pielęgniarskim. Może to wywołać nerwową reakcję u pacjenta. Sprawdzonym sposobem na uspokojenie go w takiej sytuacji jest na przykład otwarcie drzwi na korytarz tak, by widział przechodzących innych członków personelu.

Kulturowe osobliwości

Święte Pisma

Tora oznacza tradycyjny Pięcioksiąg – pięć pierwszych ksiąg Biblii. Tora dosłownie oznacza „pouczenie", stanowi interpretację żydowskiej wizji powstania świata i gatunku ludzkiego. Zawiera księgi prorockie, *Księgę Jozuego*, *Księgę Sędziów*, *Księgi Królewskie*, *Księgę Psalmów*, *Księgę Przysłów*, *Księgę Rut*, *Księgę Jeremiasza*, *Księgę Hioba*, *Pieśń nad Pieśniami*, *Księgę Estery*, *Księgę Nehemiasza*, *Księgę Ezdrasza* i *Księgę Kronik*. Treść Tory została objawiona Mojżeszowi na górze Synaj. Słowa podyktował Mojżeszowi sam Bóg, przez co uznaje się je za święte.

Talmud oznacza „naukę", „lekcję". Pierwsza część nazywa się halacha („droga, zachowanie" po hebrajsku, prawo żydowskie). Talmud zawiera nauki Miszny („nauka przez powtarzanie" lub „doktryna" po hebrajsku), które są starsze i stanowią zapis nauk przekazywanych ustnie. Drugą część nazywa się Gemarą. Jest to zbiór komentarzy i objaśnień uzupełniający Misznę.

Żydowski kalendarz, święta, szabat

Judaizm ma swój własny kalendarz, dość istotnie różniący się od najczęściej używanego kalendarza chrześcijańskiego. Różni się nie tylko rokiem, ale również nazwami miesięcy i dni tygodnia. Era rozpoczyna się stworzeniem świata, tradycyjnie zakłada się, że miało to miejsce w 2760 r. p.n.e. Według kalendarza chrześcijańskiego mamy np. rok 2020, ale według Żydów jesteśmy w 5781 roku, a 2021 będzie dla nich 5782. Ostatnim dniem stworzenia świata była sobota (szabat), kiedy Bóg odpoczął. Po sobocie następuje niedziela, która jest pierwszym dniem żydowskiego kalendarza. Nowy tydzień zaczyna się więc po sobocie. Żydowski rok ma dwanaście miesięcy i opiera się na cyklu księżycowym.

Żydowskie święta

Cały żydowski rok opiera się na serii świąt zupełnie różnych niż te chrześcijańskie. Dzieli się je na święta pielgrzymie, święta pomniejsze i ważne uczty świąteczne. W każdą sobotę Żydzi świętują szabat, pomniejsze święto, które jest jednak dla nich bardzo istotne. Święta pielgrzymie miały miejsce już w czasach biblijnych, jeszcze przed wybudowaniem drugiej świątyni, dającej Żydom powód, by wyruszyć w podróż do Jerozolimy. Żydzi uznają pielgrzymkę za istotną część swojego życia

religijnego. Pierwsze trzy święta przypominają im o wyjściu z ziemi egipskiej, wędrówce przez pustynię i przybyciu na górę Synaj. Podczas świąt pielgrzymich dziękują również za zebrane plony – pszenicę, jęczmień, owoce i wino. Święta zawsze odbywają się w tej samej kolejności: Pesach lub Pascha, Szawuot i Sukkot. Pomniejsze święta to na przykład Chanuka, trwająca przez osiem dni i będąca odpowiednikiem chrześcijańskiego Bożego Narodzenia. Inne święta to na przykład Purim lub Rosz Chodesz, co po hebrajsku oznacza „głowę miesiąca". Jest to pierwszy dzień każdego miesiąca. Uczty to Rosz ha-Szana i Jom Kipur. Rosz ha-Szana to Nowy Rok, znany też pod nazwą Dzień Sądu lub Święto Trąbek, ponieważ dźwięk trąby szofar (wykonanej z rogu baraniego) sygnalizuje nadejście Rosz ha-Szany i Jom Kipur. Jom Kipur jest najważniejszą ucztą żydowską, nazywaną szabatem szabatów („sobotą sobót") lub Dniem Pojednania. Tego dnia należy ściśle trzymać się zasad święta.

Szabat

Ostatni dzień tygodnia jest dniem odpoczynku. Żydzi nie pracują tego dnia, zgodnie z następującym fragmentem Tory: „Pamiętaj o dniu szabatu, aby go uświęcić. Sześć dni będziesz pracować i wykonywać wszystkie twe zajęcia. Dzień zaś siódmy jest szabatem ku czci Pana, Boga twego. Nie możesz przeto w dniu tym wykonywać żadnej pracy ani ty sam, ani syn twój, ani twoja córka, ani twój niewolnik, ani twoja niewolnica, ani twoje bydło, ani cudzoziemiec, który mieszka pośród twych bram." (Ex. 20,8-10). W związku z powyższym według Majmonidesa zabronionych jest w tym dniu 39 czynności. Nie wolno palić, prowadzić samochodu, włączać telewizora czy innej elektroniki. Szabat zawarty jest też w Dekalogu i ma dla żydów charakter święty. Piątek jest dniem przygotowania do szabatu. Wstaje się wcześnie rano i sprząta cały dom. Potem należy przygotować wszystkie posiłki na sobotę i upiec chleb znany jako chałka. Przygotowane jedzenie przechowuje się w piekarniku tak, by pozostało ciepłe przez całą sobotę. Nim rozpocznie się szabat, zwyczajowo bierze się kąpiel i dba o higienę ciała, czyści paznokcie, goli zarost. Podczas szabatu nosi się odświętne ubrania, a na stole kładzie się obrus, zwykle biały i najlepszą zastawę. Korzysta się z najnowszych, najświeższych naczyń i sztućców. Pośrodku stołu stawia się świecznik z dwoma świecami, obok dwa bochenki chleba (chałki) oraz kielich wina do kiduszu (modlitwy rozpoczynającej szabat).

Piśmiennictwo

1. Abel EL, Kruger ML. Jewish Denominations and Longevity. Omega (Westport) 2012; 65(3): 213–219.
2. Baeke G, et al. Orthodox Jewish perspectives on withholding and withdrawing lifesustaining treatment. Nursing Ethics 2011; 18(6): 835–846.

3. Baeke G, et al. There is a Time to be Born and a Time to Die' (Ecclesiastes 3: 2a). Journal of Religion and Health 2011; 50(4): 778–795.
4. Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona. 12. issue Praha: Česká biblická společnost; 2001.
5. Doleželová J, Putík A, Šedinová J. Židovské tradice a zvyky. Praha: Státní židovské muzeum; 1992.
6. Federation of Jewish Communities in the Czech Republic [online]. Praha; 2010 [cyt. 15-06-2017]. URL: https://www.fzo.cz.
7. Gabbay E, et al. The Care of the Ultra-Orthodox Jewish Patient. Journal of Religion and Health 2017; 56(2): 545–560.
8. Gardner P, Bateman G, Egan V. Zeměpis světa: encyklopedie. Praha: Columbus; 1999.
9. Gesundheit B, et al. Euthanasia: An Overview and the Jewish Perspective. Cancer Investigation 2009; 24(6): 621–629.
10. Gilbert M. Izrael: dějiny. Praha: BB art; 2002.
11. Goodman NR, et al. Autopsy: Traditional Jewish laws and customs „Halacha". The American Journal Of Forensic Medicine And Pathology 2011; 32(3): 300–303.
12. Keen M. Světová náboženství. Praha: Knižní klub; 2003.
13. Keshet Y, Liberman I. Coping with Illness and Threat: Why Non-religious Jews Choose to Consult Rabbis on Healthcare Issues. Journal of Religion and Health 2014; 53(4): 1146–1160.
14. Lau JM. Praktický judaismus: sílící útok na pravdu a paměť. Praha: P3K; 2012.
15. Levin J, Prince MF. Judaism and Health: Reflections on an Emerging Scholarly Field. Journal of Religion and Health 2011; 50(4): 765–777.
16. Levin J. Health Impact of Jewish Religious Observance in the USA: Findings from the 2000–01 National Jewish Population Survey. Journal of Religion and Health 2011; 50(4): 852868.
17. Loike J, et al. The Critical Role of Religion: Caring for the Dying Patient from an Orthodox Jewish Perspective. Journal of Palliative Medicine 2010; 13(10): 1267–1271.
18. Midlarsky E, et al. Religion, Ethnicity, and Attitudes Toward Psychotherapy. Journal of Religion and Health 2012; 51(2): 498–506.
19. Nosek B, Damohorská P. Židovské tradice a zvyky. Praha: Karolinum; 2010.
20. Pattison N. Care of Patient who have died. Nursing standard 2008; 22(28): 42–48.
21. Pavlát L, ed. Židé-dějiny a kultura. 3., supplemented issue. Praha: Židovské muzeum; 2005.
22. Pavlincová H. Slovník: judaismus, křesťanství, islám. Praha: Mladá fronta; 1994.
23. Popovsky RMA. Special Issues in the Care of Ultra-Orthodox Jewish Psychiatric InPatients. Transcultural Psychiatry 2010; 47(4): 647–672.
24. Reifová G. Pohřbívání v židovské kultuře jako souhrn sociálně náboženských funkcí a jejich proměna v čase. Kulturní studia 2015; 5(2): 49–70.
25. Sadek V, Šedinová J, Franková S, et al. Židé – dějiny a kultura. 3. ed. Praha: Helvetica & Tempera; 1997.
26. Sayers MB. Analysing risk in medicine and surgery: A traditional jewish perspective. Ethics & Medicine 2011; 27(3): 177–183.
27. Schultz M, et al. Reflections on Palliative Care from the Jewish and Islamic Tradition. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2012; 1–8.
28. Šedinová J. České zdravotnictví a judaismus. Florence 2009; 5(5): 1–6.
29. Ševčíková K, Sedláková G. Reprezentanti některých náboženství na ošetřovatelské jednotce. Florence 2008; 4(7–8): 290–291.
30. Sinclair DB. Dealing With Death in the Jewish Legal Tradition. Journal of Bioethical Inquiry 2009; 6(3): 297–305.
31. Sládek P. Malá encyklopedie rabínského judaismu. Praha: Libri; 2008.
32. Spiegel P. Kdo jsou Židé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu-Barrister & Principal; 2007.

33. Stemberger G. Úvod do judaistiky. Praha: Vyšehrad; 2010.

34. Synek J. Ottova obrazová encyklopedie-Česká republika. Praha: Ottovo nakladatelství; 2006.

35. Weiss RRB. Pain Management at the End of Life and the Principle of Double Effect: A Jewish Perspective. Cancer Investigation 2009; 25(4): 274–277.

36. Weitzman RG. Withdrawal of life sustaining treatment for newborn infants from a Jewish perspective. Early Human Development 2012; 88(2): 91–93.

2.2.4. Kultura ukraińska

Charakterystyka kultury ukraińskiej

Na migrację Ukraińców na tereny Bułgarii i Polski wpłynęło szereg czynników, w tym historyczne uwarunkowania, więc nie jest zaskoczeniem, że diaspora ukraińska w Bułgarii liczy tylko około 20 tysięcy osób ukraińskiego pochodzenia, a inaczej wygląda to w Polsce. Ze względu na migrację zarobkową, zwłaszcza w obliczu trwającej na wschodzie wojny między Ukrainą i Rosją, liczba pracujących w Polsce Ukraińców znacznie wzrosła – źródła podają, że przybyło ich aż do pół miliona. Czy jesteśmy jednak w stanie oszacować liczbę niezarejestrowanych pracowników? Problem ten rozwiązano w niecodzienny sposób, sprawdzając statystyki ukraińskich aplikacji mobilnych, które podają, że w styczniu 2019 r. na terenie Polski znajdowało się 1 270 398 ukraińskich użytkowników, czyli około 3,5% populacji Polski. Obliczenia wykonane na podstawie tego, ilu użytkowników korzysta z języka ukraińskiego w telefonie komórkowym, są dokładniejsze niż spis ludności.

Początki systematycznego osiedlania się Ukraińców na terytorium Czech sięgają okresu po pierwszej wojnie światowej, kiedy terytorium Ukrainy znalazło się w strefie rażenia rosyjskiej wojny domowej i konfliktu zbrojnego z Polską. Struktury związkowe zaczęły tworzyć się nawet wśród uchodźców wojennych na terenie obozów dla internowanych w Czechosłowacji we wczesnych latach dwudziestych XX w. Część pierwszego pokolenia imigrantów miała szansę powrócić do kraju po ustabilizowaniu się sytuacji. Wielu z nich po powrocie padło ofiarą czystek stalinowskich w latach 1932–1934 i 1937–1938.

Ci uchodźcy ukraińscy, którzy nie skorzystali z możliwości reemigracji osiedlili się głównie w dużych i średnich miastach międzywojennej Czechosłowacji. Tam utworzyli rozbudowane sieci grup ekspatriantów skupionych na różnych zagadnieniach, a dzięki wsparciu ze strony państwa pojawiła się możliwość nauczania w języku ukraińskim. Reprezentacja społeczności ukraińskiej w Pierwszej Republice pozostawała w dobrych relacjach z administracją państwa. Nie należy zapominać również o związku Pierwszej Republiki Czechosłowackiej z Zakarpaciem, który również wpływał na wsparcie migracji z terenów zachodniej Ukrainy, podległych reżimowi bolszewickiemu. Ukraińscy migranci uzyskali ze strony Czecho-

słowacji możliwości rozwoju we wszystkich sferach życia społecznego. Wolny Uniwersytet Ukraiński w Pradze powstał już w 1921 r.

Zakończenie drugiej wojny światowej i kolejne miesiące były okresem intensywnych fal imigracji ukraińskiej i rusińskiej, zwłaszcza z terenów Zakarpacia, które odstąpiono Związkowi Radzieckiemu.

Pozostałości po międzywojennym okresie emigracji były obecne również w powojennej Czechosłowacji, gdzie funkcjonowały grupy z własnymi strukturami organizacyjnymi, niezależnymi od rozproszonych grup uchodźców z Zakarpacia i Rusinów ze wschodniej Słowacji. Aparat państwowy traktował wszystkie te grupy jako Ukraińców i starał się ograniczyć przejawy ich politycznej, kulturowej i religijnej aktywności.

Upadek komunizmu i wczesne lata dziewięćdziesiąte XX w. wniosły w życie społeczności ukraińskiej ducha odnowy. Niedługo potem na terenie Republiki Czeskiej powstały Obywatelskie Forum Ukraińców i Stowarzyszenie Ukraińców. Wciąż aktywne pozostaje Forum Ukraińców, jak również Inicjatywa Ukraińska w Republice Czeskiej, która oddzieliła się od Stowarzyszenia Ukraińców w 1994 r.

Zakończenie zimnej wojny pozwoliło na imigrację nowej fali Ukraińców na tereny Republiki Czeskiej, tym razem przede wszystkim z powodów ekonomicznych. Trwająca obecnie fala migracji z Ukrainy do Czech zaczęła się we wczesnych latach dziewięćdziesiątych, przede wszystkim dzięki możliwości podjęcia pracy zawodowej. Poszukiwanie pracy stanowi główny czynnik motywacyjny dla większości migrantów. Innym czynnikiem zewnętrznym przyspieszającym migrację był konflikt zbrojny na terenie Ukrainy, który trwa od 2014 r.

Ukraińcy są największą grupą obcokrajowców przebywających na terenie Republiki Czeskiej. Według Ambasady Ukrainy w Czechach w 2016 r. na terenie kraju pracowało ich około 150 000. Liczba osób z obywatelstwem ukraińskim wzrosła z 14 230 zarejestrowanych w 1994 r. do 131 302 w 2018 r. Te dane zostały zebrane na podstawie informacji o obywatelstwie. Niektórzy z nich otrzymali pozwolenie na dłuższy pobyt. Co więcej, według ambasady na terenie Republiki Czeskiej rodzi się około 1000 dzieci ukraińskiego pochodzenia rocznie.

Z czasem zwiększa się liczba przypadków uzyskania przez Ukraińców stałego obywatelstwa czeskiego i posyłania przez nich dzieci do czeskich szkół. Jednak w porównaniu z innymi krajami europejskimi liczba obywatelstw przyznawanych obcokrajowcom przez Czechy jest raczej niska. Poza pracą fizyczną w budownictwie, przemyśle tekstylnym i branży hotelarskiej Ukraińcy coraz częściej zajmują stanowiska wymagające wysokich kwalifikacji, zwłaszcza w służbie zdrowia. Statystyki i ankiety socjologiczne pokazują wysoki stopień integracji Ukraińców ze społeczeństwem czeskim przy jednoczesnym zachowaniu ukraińskich tradycji i zwyczajów.

Rola kobiet i mężczyzn w kulturze ukraińskiej

Ukraińskie społeczeństwo zdaje się być bardziej patriarchalne niż nowoczesne społeczeństwa krajów zachodnich. Opierając się na religii chrześcijańskiej i innych czynnikach, rodzinę uznaje się tutaj za podstawę społeczeństwa. Mimo to wychowywanie dzieci przez dziadków lub innych krewnych, czasem nawet starsze rodzeństwo, nie jest rzadkością, ponieważ rodzice często wyjeżdżają do pracy za granicę i tylko od czasu do czasu wracają do kraju. Ukraińska społeczność zawodowa jest zdania, że społeczeństwo to znajduje się obecnie w kryzysie, przez co dochodzi do jego przyspieszonej transformacji. Tradycyjne wartości rodzinne zanikają, co odzwierciedla sytuacja ukraińskich migrantów.

Tęsknota za rodziną wśród migrantów na terytorium Czech oddzielonych od swoich dzieci czy partnerów często jest przyczyną problemów, ponieważ starają się zagłuszyć ją poprzez nadużywanie alkoholu czy innych substancji. Nie jest więc zaskoczeniem, że przekonanie, że „rodzina powinna być głównym priorytetem zarówno mężczyzn, jak i kobiet" wciąż panuje wśród Ukraińców.

Silne więzi rodzinne często czynią z migrantów ukraińskich raczej transmigrantów, których dusze wciąż pozostają w kraju ojczystym, nawet jeśli przenieśli się do obcego kraju na stałe. Z tego powodu często odwiedzają Ukrainę i są „u siebie" w obu krajach.

Pozycja mężczyzn w ukraińskim społeczeństwie wciąż jest silna. Wywodzi się z niej wiele codziennych rytuałów, jak choćby ten, że mężczyźni podają ręce tylko sobie nawzajem. Kiedy mężczyzna spotyka grupę osób więcej niż jednej płci, wchodzi w interakcję z mężczyzną lub mężczyznami, nigdy z kobietą. Mężczyźni mają też decydujący głos w życiu Kościoła. Wysoka jest pozycja społeczna księży, a większość z nich zakłada rodziny i wychowuje dzieci.

Kobieta w tradycyjnym chrześcijańskim społeczeństwie ma niższy status społeczny niż mężczyzna. Jak podają badania socjologiczne z 2009 r., 74% kobiet zgodziło się, że „kobieta powinna być gotowa ograniczyć swoje hobby czy nawet płatną pracę dla dobra rodziny". Mimo to współczesne Ukrainki wykonują wszystkie zawody, w tym te najbardziej prestiżowe, mogą też dołączyć do ukraińskiej armii. Według prawa status ukraińskiej kobiety jest równy statusowi mężczyzny, jednak w realnym życiu nie zawsze się to sprawdza.

Dzieci ukraińskie często są pozbawione opieki rodziców przez długi czas. Nie oznacza to jednak, że rodzice ich nie kochają lub że są dla nich mniej ważne niż dla rodziców w innych krajach. Często uzasadniają wyjazdy do pracy z dala od rodziny swoimi obawami o dzieci i starszych członków rodziny, potrzebą dostarczenia im środków do życia, opłacenia edukacji dzieci, zapewnienia im lepszego życia niż to, które im zapewniono.

Sytuacja osób starszych w Ukrainie jest bardzo trudna, zarówno na wsiach, jak i w miastach, często żyją one na pograniczu biedy i polegają na wsparciu ze strony

swoich dzieci. Jeśli nie pracują, ich dochody są niewielkie. Jednak dziadkowie często zastępują nieobecnych rodziców w opiece nad dziećmi, co sprawia, że zajmują ważną pozycję w tradycyjnej rodzinie.

Stosunek do seksualności

Macierzyństwo, poród, urlop macierzyński. Ukraińcy pilnują, by narodziny dziecka były kojarzone z czystymi mocami, a dzieci są chrzczone szybko po narodzinach, jednak zwraca się też uwagę na pewne zwyczaje i rytuały w trakcie porodu oraz w okresie poporodowym. Do wózków, łóżeczek i kołysek często przywiązuje się czerwoną wstążkę – czerwony kolor ma ochronić dziecko przed nieczystymi mocami. „Ukraińskie matki są bardzo przyjazne i nie mają szczególnych wymagań, jeśli chodzi o opiekę. Nie są nadmiernie emocjonalne. Ukraińcy mieszkający w naszym kraju traktują opiekę prenatalną bardzo poważnie i regularnie pojawiają się na wizytach kontrolnych. Podczas ciąży kobiety zachowują się bardzo odpowiedzialnie. Widzimy coraz więcej porodów, podczas których partner jest obecny na sali jako osoba towarzysząca. Wcześniej tak nie było". Ponieważ matki z noworodkami często są odcięte od rodziny mieszkającej poza terytorium Czech, raczej nie mają wielu gości w szpitalu. Problemem w opiece nad nimi może być ich nieznajomość języka czeskiego, co przekłada się na problemy z komunikacją i edukacją matek.

Edukacja. Chociaż większość Ukraińców na terenie Europy wykonuje prace niewymagające kwalifikacji, rośnie liczba wykwalifikowanych pracowników pochodzenia ukraińskiego w szpitalach pracujących jako lekarze i pielęgniarze czy w sektorze naukowym i badawczym. Mimo to migranci z Ukrainy wciąż wykonują przeważnie pracę fizyczną.

Seksualność. Zgodnie z powyższym nie ma wyraźnej różnicy w podejściu do seksu i zachowań seksualnych między Ukraińcami a innymi narodami europejskimi. Ze względu na niewystarczający poziom edukacji i świadomości kwestie macierzyństwa, edukacji przygotowującej do rodzicielstwa i profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową są przez Ukraińców niewystarczająco rozumiane, zwłaszcza wśród grup mniejszościowych na terenie Republiki Czeskiej.

Charakterystyka ubioru i higiena osobista

Ubiór. Odzież ukraińska nie różni się zbytnio od tej typowej dla reszty Europy, z wyjątkiem różnic powodowanych statusem socjoekonomicznym poszczególnych grup. Wiadomo, że Ukrainki bardzo przejmują się swoim wyglądem i są gotowe wydać sporą kwotę na dobrej jakości ubrania i obuwie. „Ubierają się zgodnie z typowymi rolami męskimi i żeńskimi, co jest charakterystyczne dla tradycyjnego społeczeństwa".

Higiena. Ze względu na ich skomplikowany status socjoekonomiczny kwestia higieny często jest problemem dla populacji Ukrainy. Tereny wiejskie bardzo róż-

nią się od miast. Standardem jest tam wiejski styl życia. Często brakuje dostępu do wody, kanalizacji itd. To oczywiście ma wpływ na warunki sanitarne i zwyczaje związane z higieną u mieszkańców ukraińskich wsi.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Jak podają liczne źródła, ukraińska służba zdrowia (opieka zdrowotna) jest na słabym poziomie. Na przykład: „Pacjenci udający się do szpitala otrzymują listę rzeczy, które muszą zakupić i zabrać ze sobą, zanim się tam udadzą. Na tej liście widnieją piżamy, pościel, zasłony, ale do obowiązków pacjenta należy też zakup strzykawek i bandaży. Ukraińscy pacjenci udający się do szpitali są dzięki temu bardzo zdyscyplinowani i raczej nie mają konkretnych wymagań. Są gotowi przystosować się do warunków oddziału i rozumieją panujące tam nakazy. Potencjalnym problemem jest nieposiadanie przez reprezentantów ukraińskiej grupy etnicznej ważnego ubezpieczenia. Może to być powodem traktowania ich przez lekarzy i innych pracowników służby zdrowia z podejrzliwością".

Charakterystyka diety

Ukraińskie dania i wykwintne specjały są dobrze znane. Ukraińcy otwierają w wielu miastach restauracje i sklepy spożywcze serwujące dania i produkty ich kuchni narodowej. Kuchnia ta bazuje na lokalnych zbiorach lub tym, co ludzie wyhodują we własnych ogrodach. W sezonie na rynkach i targach pojawia się dużo owoców i warzyw, często też zbierają grzyby i jagody w lasach. Ukraińcy lubią gotować kompoty, kisić ogórki i inne warzywa, które potem zjada się zimą. Dziczyzna i ryby z lokalnych rzek, jak również czarny i czerwony kawior są u nich bardzo popularne.

Popularna jest również tradycyjna ukraińska zupa – barszcz. Jest to rosół na bazie mięsa z burakami, nadającymi mu charakterystyczny czerwony kolor, kapustą, cebulą czy innymi warzywami i ziemniakami. W bardziej obfitej wersji zupę podaje się z kwaśną śmietaną. Dobrze znane są ukraińskie dania makaronowe, jak na przykład warenyky – nadziewane pierogi podobne do włoskiego ravioli. Zwykle są w kształcie kwadratu lub półksiężyca, a jako nadzienie wykorzystuje się ziemniaki, mięso, kapustę, serek wiejski lub owoce. Warenyky podaje się polane rozpuszczonym masłem i ze śmietaną, a w wersji deserowej z cukrem. Można również podać je ze skwarkami, cebulą i śmietaną. Kolejne danie to holubci – przyprawione mięso lub ryż (albo kasza gryczana) zawinięte w kapustę i duszone w sosie pomidorowym. Wyjątkowym daniem jest ukraiński szaszłyk – odpowiednik szisz kebabu – zamarynowane kawałki grillowanego mięsa na patyku. Szaszłyk jest dobrze znany w większości krajów byłego Związku Radzieckiego. Dania wiejskie przygotowuje się z różnego rodzaju ziaren, często na przykład z kaszy gryczanej. Można z niej nawet upiec chleb. Jednak większość wypieków robi się z użyciem łatwo dostępnej pszenicy. W skrócie, kuchnia ukraińska jest różnorodna i zdrowa.

Jeżeli chodzi o napoje, najczęściej pije się kwas chlebowy – słodko-kwaśny, spieniony (czasami lekko alkoholowy) napój z drożdży, cukru i (najczęściej żytniego) chleba. Ulubionymi alkoholami są piwa, wina, wódki i ukraiński odpowiednik koniaku.

Wyjątkowa religijność Ukraińców znajduje odzwierciedlenie w ich sztuce kulinarnej. W okresie świąt Bożego Narodzenia oraz Wielkanocy Ukraińcy sprowadzają do naszego kraju swoje narodowe dania, takie jak np. kutia. Jest to potrawa podawana tradycyjnie na początku i końcu okresu świątecznego, zawierająca mak, pszenicę, miód, orzechy i kandyzowane owoce. Podczas świąt wielkanocnych pieką swoją wersję czeskiego słodkiego chleba (mazanec), znaną jako kulicz paschalny.

Stosunek do choroby i śmierci

Możemy zauważyć dwa bardzo różne podejścia do kwestii opieki zdrowotnej dla imigrantów: „Po jednej stronie zmyślonej granicy stoi pogląd, że nieubezpieczeni imigranci nie są uprawnieni do dostępu do usług ochrony zdrowia. Ten pogląd często bierze się z przekonania, że większość nieubezpieczonych migrantów przebywa w kraju nielegalnie. Z drugiej strony mamy odwrotny pogląd, że są jak najbardziej uprawnieni do leczenia, bo jest to fundamentalnym prawem każdego człowieka. W praktyce konflikt między tymi poglądami zaowocował swego rodzaju kompromisem. Każdej osobie, niezależnie od statusu, należy się natychmiastowa opieka zdrowotna w sytuacjach nagłych, której dokładny zakres jest szeroko omawiany, a zasadę tę stosuje się głównie w sytuacjach zagrożenia życia. W rzeczywistości jednak lekarze litują się nad migrantami niemającymi ubezpieczenia, według świadectw najczęściej pomagają i udzielają porad nawet w obliczu braku środków (zwykle jednorazowo)". Należy podkreślić jedno zagrożenie – większość nielegalnych migrantów stara się pozostać „niewidzialnymi", przez co często nie proszą o opiekę medyczną nawet w przypadkach ekstremalnych, co może prowadzić do poważnych problemów, zwłaszcza w obliczu trwającej globalnej pandemii.

Umieranie, śmierć. Istnieją rytuały związane z narodzinami dziecka i ze śmiercią człowieka. Śmierci często towarzyszą tradycyjne zwyczaje. Dobrowolna śmierć postrzegana jest jako nieczysta, a zmarłych traktuje się inaczej niż tych, którzy odeszli w innych okolicznościach. Natomiast niespodziewana śmierć wywołuje lęk przed tym, że dusza powróci, ponieważ nie była gotowa na opuszczenie tego świata. Lęk przed duszami powracającymi przez nieprzygotowanie na odejście wiąże się też z wiarą w działanie złych demonów i nieczystych mocy. Brak przygotowania na śmierć oznacza, że dusza może poddać się mocy demonów łatwiej (ponieważ ciało nie było chronione przez sakramenty). Śmierć starszej osoby wiąże się z przygotowaniami do jej odejścia. Taką osobę powinien odwiedzić ksiądz, odbywa się ceremonia z sakramentem pojednania, pożegnaniem z bliźnimi itd.

Komunikacja i metody wymiany informacji

Ukraińcy są pomocni i komunikatywni, a ci, którzy mówią w innych językach słowiańskich, zwykle są w stanie porozumieć się na terenie Republiki Czeskiej. Mimo to, jak łatwo stwierdzić na podstawie szczegółowych opracowań na ten temat, pozostaje prawdą, że „Ukraińcy na terenie Republiki Czeskiej inne języki znają słabo, a komunikacja z nimi jest zwykle trudna. Są bardzo prostolinijni i mówią dokładnie to, co czują – zapytani »Jak się masz?« opowiedzą rozmówcy ze szczegółami o swoich odczuciach". Inna badaczka argumentuje nawet, że według jej badań bariera językowa jest najtrudniejszą przeszkodą w otaczaniu opieką ukraińskich pacjentów. Jest tak dlatego, że aż 53% badanych napotkało barierę językową podczas leczenia pacjenta z Ukrainy. Podobnie uważa inny autor, który wręcz uznaje problem dobrej, produktywnej komunikacji między pracownikiem szpitala a pacjentem, w połączeniu z niewystarczającą znajomością języka czeskiego, za bezpośrednią przeszkodę w zapewnianiu opieki pielęgniarskiej. „W Ukrainie nie kładzie się zbytniego nacisku na naukę języków obcych, przez co Ukraińcy na terenie Czech słabo znają nawet podstawowy czeski. Tak samo jest z innymi zachodnimi językami. Pomimo tego, że czeski nie różni się bardzo od ukraińskiego, komunikacja Ukraińców z personelem medycznym często stwarza problemy – nieumiejętność wyrażenia się poprawnie, trudności ze zrozumieniem znaczenia czy mylenie ze sobą podobnie brzmiących słów. Należy wziąć pod uwagę, że niektórzy ukraińscy pacjenci mający problem ze zrozumieniem będą zachowywać się jakby wszystko było dla nich jasne, ponieważ nie chcą sprawiać nikomu problemów. Dlatego konieczne jest uzyskanie informacji zwrotnej. Centralnym elementem komunikacji niewerbalnej wykorzystywanym przez Ukraińców jest kontakt wzrokowy. Utrzymanie go świadczy o pewności i zaufaniu drugiej osobie. Jest dla nich ważne, by zaoferować uścisk dłoni na powitanie i pożegnanie". Jednak uścisk dłoni wymienia się wyłącznie między mężczyznami. Może się zdarzyć, że mężczyzna wyciągnie dłoń do wszystkich innych mężczyzn w towarzystwie, jeśli się znają bądź się poznali, ale kobiety zazwyczaj są pomijane.

Kulturowe osobliwości

Religia

Ukraińskie społeczeństwo jest religijnie różnorodne. To, czy dany obszar jest jednolity czy zróżnicowany w kwestii wiary, religii i Kościoła, ma spory wpływ na życie codzienne Ukraińców. Najbardziej wpływowym Kościołem jest Ukraiński Kościół Prawosławny Patriarchatu Moskwy. Jak wskazuje nazwa, ważną cechą tego Kościoła jest rusofilizm, chociaż jego kanonizacja nastąpiła już pod Rusią Kijowską. Drugim największym Kościołem jest Kościół Prawosławny Patriarchatu Kijowskiego, kultywujący tradycję i chwałę Rusi Kijowskiej, a co za tym idzie – będący w opozy-

cji do prorosyjskiego podejścia, co wywołuje obecnie duże emocje. Wspierających ten Kościół można znaleźć głównie na terenach centralnych wokół Kijowa, choć ta religia pojawia się miejscami też w regionach zachodnich. Trzeci z kolei to Kościół greckokatolicki. Powstał on w Galicji w 1596 r. na podstawie unii brzeskiej, dokonanej przez polskiego króla. Połączyła ona Kościół rzymskokatolicki i Kościół obrządku bizantyjsko-rusińskiego.

Łącząc archaiczne ideały z chrześcijaństwem, ukraiński odłam chrześcijaństwa zyskuje charakter religii narodowej. Tu chrześcijaństwo ma swoje święte miejsca oraz system sekt. Łączy się to z lokalnymi narodowymi tradycjami i ideologiami. Ukraińcy oddają cześć świętym, ale też kłaniają się przed uosobionymi mocami natury, co zachowało się w pewnych ceremoniach i rytuałach. Generalnie obrzędom i wierzeniom w nadnaturalne moce przypisuje się istotną rolę w ukraińskim chrześcijaństwie. Możemy więc powiedzieć, że na tradycyjny styl życia Ukraińców wpływa Kościół, ale też nie jest on wolny od wpływów wciąż żywych tradycji, w tym mitologii ukraińskiej, która stanowi jedną z podstaw ich narodowego spojrzenia na świat. Te idee kształtują podstawy ukraińskiej kultury.

Jednak dla emigrantów z Ukrainy wiara ma także inny wymiar. Ukraińscy migranci zarobkowi często włączani są w bezosobowe systemy służące do szukania klientów na zlecenie, zdobywania pozwoleń na stały pobyt czy miejsca zamieszkania. Za tę usługę oddają aż do połowy wynagrodzenia za cały okres pracy. W tej raczej trudnej sytuacji mogą wystąpić problemy natury egzystencjalnej czy społecznej, które można łatwiej rozwiązać w społeczności chrześcijańskiej oferującej wsparcie w przezwyciężeniu początkowego osamotnienia.

Tradycje i zwyczaje

Poza historią kraju o silnym chrześcijańskim dziedzictwie widzimy też wpływy znacznie starszych kultur. Prechrześcijańskie tradycje pełne obrazów z mitologii wciąż żyją w świadomości Ukraińców i często nie biorą oni pod uwagę nowoczesnych osiągnięć XXI wieku.

Typowe święta chrześcijańskie, takie jak Boże Narodzenie czy Wielkanoc, obchodzone są w Ukrainie podobnie jak w Czechach, ale wiele innych świąt związanych z religią chrześcijańską wciąż łączy się ze stale obecnymi mitologicznymi ideałami. Ukraińska mitologia stanowi jedną z podstaw ich narodowego spojrzenia na świat. Te idee kształtują podstawy ukraińskiej kultury.

Piśmiennictwo

1. Blažová Z. Komunikace v transkulturní péči se zaměřením na specifika ukrajinské minority. Bachelor's thesis. Olomouc: Palacký University in Olomouc; 2013. URL: theses.cz/

id/vjp134/7638588?fbclid=IwAR0K2ScHrEYk-sZi7fNdgN0RnKGFzJvv98IPdDN3yNMtxCzVSK-zYwmjg1VhI.

2. Český statistický úřad. Cizinci podle státního občanství k 31. 12. – územní srovnání [online]. 31.12.2017 [cyt. 22.04.2020]. URL: vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&pvo=CIZ01&evo=v57516_!_VUZEMI97-100-nezj_1&c=v23~2__RP2017MP12DP31.
3. Gábor O, Janák D. Ukrajinci v České společnosti po roce 1989. W: Kolář O, Janák D, et al. Lidé z východu, Ukrajinci v českých zemích od roku 1918. Katalog k výstavě fotografií Jindřicha Štreita. Opava: Slezská univerzita v Opavě; 2019: 34–45.
4. Jelínková M. Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči [online]. 25.2.2007 [cyt. 22.04.2020]. URL: migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pristup-ne-legalnich-migrantu-ke-zdravotni-peci.
5. Kolář O, Janák D, et al. Lidé z východu, Ukrajinci v českých zemích od roku 1918. Katalog k výstavě fotografií Jindřicha Štreita. Opava: Slezská univerzita v Opavě; 2019.
6. Maljarčuk T. Doba dětí. Příběh ze sbírky Máma přes Skype. Porohy 2013; 21(17–18): 18–22.
7. Ňachajová M, ed. Ukrajinská svobodná univerzita 1921–1996. W: Vědecký sborník z konference, věnované 75. výročí založení univerzity. Praha: Národní knihovna ČR – Slovanská knihovna; 1998.
8. Nowiński A. To ucina spekulacje. W końcu udało się policzyć, ilu dokładnie jest Ukraińców w Polsce [online]. 7.03.2019 [cyt. 22.04.2020]. URL: natemat.pl/266145,ilu-ukraincow-mieszka-w-polsce-nowa-metoda-liczenia-podala-dokladna-liczbe.
9. Pavlíková E, Sládek K. Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie. Červený Kostelec: Pavel Mervart; 2009.
10. Preissová Krejčí A, Máčalová J, Skotáková J, eds. Mýty a pověry v každodennosti obyvatel ukrajinského Polesí a Zakarpatí. Olomouc: Univerzita Palackého; 2015.
11. Szaló C. Transnacionální migrace: proměny identit, hranic a vědění o nich. Brno: CDK; 2007.
12. Šlampová V. Specifika péče porodní asistentky o ženy jiného etnika. Bachelor's thesis. Pardubice: University of Pardubice; 2016. URL: dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/65897/SlampovaV_SpacifikaPece_ZC_2016.pdf.
13. Trojanová V. Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin. M.A. Thesis. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2017. URL: theses.cz/id/g8x5pt/Diplomov_prce_Trojanov_Veronika.pdf.
14. Velvyslanectví Ukrajiny v České republice. Ukrajinci v českých zemích [online]. 10.02.2019 [cyt. 22.04.2020]. URL: czechia.mfa.gov.ua/cs/partnership/361-ukrajinci-v-chehiji.
15. Viltová E. Přístup zdravotnické záchranné služby k ošetřování pacientů jiných kultur. Bachelor's thesis. Plzeň; 2015. URL: otik.zcu.cz/bitstream/11025/20576/1/Pristup-ZZS-k-osetrovani-pacientu-jinych-kultur.pdf.
16. Želiezko P. Ukrajinská kuchyně. [online] [cyt. 22.04.2020]. URL: https://www.mundo.cz/ukrajina/kuchyne.
17. Як живуть українці в Болгарії. [online] 2020 [cyt. 22.04.2020]. URL: migrant.biz.ua/bolhariia/zhittya-bg/iak-zhyvut-ukraintsi-v-bolharii.html.
18. Узун СВ. Сімейна структура населення України та гендерні відносини у родині. Visnyk Lviv univ Ser Sociol 2010; 4: 233–245.

2.2.5. Kultura romska

Charakterystyka kultury romskiej

Poniższe podsumowanie nie przedstawia cech wszystkich Romów jako pacjentów czy klientów, a raczej te, które większość społeczeństwa (na podstawie przywoływanych badań, tj. artykułów, prac – od licencjackich po doktorskie, fachowych publikacji) stereotypowo postrzega jako prawdziwe dla członków tej społeczności. Można dodać, że przedstawione tu uogólnione informacje o społeczności romskiej oparte są na badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród niewielkich grup Romów, żyjących na marginesie społeczeństwa w miejscowościach wykluczonych społecznie i ekonomicznie. Wykluczenie społeczne dotyczy jednak maksymalnie 80 tys. Romów mieszkających w Czechach. Szacunkowo określa się, że na terenie Czech mieszka ponad dwukrotnie więcej Romów, jednak są oni zintegrowani ze społeczeństwem i niewidoczni, przez co nie zwracają na siebie uwagi większości. Innymi słowy, należy zapytać, w jaki sposób dzielimy populację Romów, czyli na podstawie jakich cech i atrybutów ich kultury czy pochodzenia etnicznego budujemy swoje wyobrażenie o nich.

W spisie ludności z 2011 r. wzięło udział 5135 osób, które zgłosiły swoją narodowość jako romską. Szacunkowo ocenia się, że łączna liczba Romów na terenie Czech wynosi około 160 000–250 000. Szacunki dla Europy to 3–6 milionów, a dla świata 10–12 milionów. W Polsce szacuje się od 50 000 do 60 000, natomiast w Bułgarii aż 700 000–800 000. W państwach Europy Południowej i Południowo-Wschodniej Romowie stanowią do 10% populacji.

Korzenie historyczne i rozwój kultury

Źródła mówią o obecności Romów w Europie od XIV wieku. W XV wieku dotarli na tereny Czech i Moraw. Następnie udali się dalej – do Niemiec, Francji i Hiszpanii.

Już w średniowieczu Romowie wzbudzali nieufność swoim odmiennym wyglądem, charakterem i obcymi obyczajami. Wiązało się to ze sporadycznymi kradzieżami i kłusownictwem, które praktykowali, aby się utrzymać, ponieważ nie posiadali ziemi na własność, a jedynie podróżowali z miejsca na miejsce. Pierwsze nieporozumienia szybko przerodziły się w otwartą niechęć. Kolejne stulecia stały się okresem represji i prześladowania Romów.

Od XVIII wieku zaczął się trend stałego osiedlania wśród Romów, jednak ludność romska na terenie Czech w większości osiedliła się dopiero w XIX wieku. Inaczej sytuacja wyglądała na Morawach, gdzie istniały już swego rodzaju romskie obozy lub wsie. Były to mniej lub bardziej odizolowane punkty na obrzeżach innych gmin, których mieszkańcy pozwolili na osadnictwo romskie.

Środki prawne na początku XX wieku miały na celu stopniową integrację Romów ze społeczeństwem. W okresie międzywojennym na terenie byłej Czechosłowacji

zamieszkało kilka grup Romów – najliczniejszą stanowili tzw. Romowie słowaccy, którzy na stałe zamieszkali na terenie Słowacji. Kolejną liczną grupę stanowili Romowie węgierscy, mieszkający w węgierskojęzycznej części Słowacji. Na terenie Czech i na Morawach większość Romów należała do grupy Romów czeskich. Wśród innych grup byli niemieccy Romowie (Sinti) oraz koczowniczy Olah Roma.

Po zagładzie Romów w czasie II wojny światowej, na terytorium Czech i Moraw pozostało jedynie kilkadziesiąt rodzin Romów czeskich. Wyludnione obszary i miasta przemysłowe zaczęli zasiedlać Romowie z wschodniosłowackich osad, w wyniku czego dzisiejsza ludność romska w Czechach jest w większości pochodzenia słowackiego. W porównaniu z rozwojem na terenie Słowacji, większość Romów w Czechach i na Morawach mieszka w miastach.

W latach sześćdziesiątych XX wieku nastąpiła kolejna fala przesiedleń ludności romskiej z terenów Słowacji do gmin w Czechach i na Morawach. W przeciwieństwie do migracji powojennej było to planowane rozproszenie poszczególnych rodzin, nie brano pod uwagę więzów pokrewieństwa. W wyniku tych ruchów do Czech przybyło około dwóch tysięcy Romów.

Kultura romska, mająca wpływ na ich styl życia, nie może być uznana za jednorodną. Wręcz przeciwnie – mają na nią wpływ warunki lokalne, co powoduje znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi obszarami.

Rola kobiet i mężczyzn w kulturze romskiej

Generalnie w rodzinie romskiej panuje wielka spójność. Rodzina jest dla Romów wszystkim i stanowi najważniejszą wartość w ich życiu. Największa rodzina romska na terenie Czech liczy czternaście osób. Romowie bardzo często odwiedzają się wzajemnie lub wprowadzają się do siebie. Bezrobocie jest wśród nich na porządku dziennym, więc mają bardzo dużo czasu, który chętnie spędzają z rodziną. W rodzinach romskich wszyscy wspierają się wzajemnie i pomagają sobie nawzajem. Dziećmi zajmują się przede wszystkim matki, ale w opiekę nad dziećmi, osobami starszymi i chorymi zaangażowana jest cała rodzina. Osoby starsze są szanowane, w tej grupie etnicznej nadal powszechne jest też umieranie w kręgu rodzinnym. Czasami można spotkać Roma w domu seniora, jednak dla większości taka opcja jest nie do pomyślenia.

W dzisiejszych czasach ta forma tradycyjnej rodziny romskiej jest coraz rzadziej spotykana. Wynika to z przemian stylów życia oraz modeli kulturowych, które możemy zaobserwować we wszystkich społecznościach na świecie. Rosnącym problemem jest coraz większy odsetek dzieci romskich w domach dziecka. Głównymi przyczynami tego zjawiska są dochody rodzin, niewystarczające na ich podstawowe potrzeby oraz niezadowalająca sytuacja mieszkaniowa. Możemy zaobserwować również zmiany, jeżeli chodzi o solidarność rodzinną, co powoduje, że nie-

które osoby trafiają do domów spokojnej starości, instytucji opieki społecznej itp. Wartości wyznawane przez tradycyjne rodziny wciąż obejmują przede wszystkim swobodny, wolny styl życia, uznawanie hierarchii przodków i szanowanie ich tradycji, miłość do dzieci i postrzeganie pieniędzy jako środków absolutnie niezbędnych do przetrwania. Wśród wartości życiowych jako pierwsze wymienia się rodzinę, zdrowie, ideały humanitarne, równość, wartości materialne, bezpieczeństwo społeczne i pracę. Decyzje w rodzinach podejmowane są zbiorowo. Oznacza to, że uzyskaną decyzję przyjmuje się przez identyfikację, a nie podporządkowanie. Odpowiada to podstawowym cechom systemu społecznego Romów, czyli: wspólnemu podejmowaniu decyzji, niezdolności do życia w samotności, postrzeganiu wypędzenia kogoś jako największej kary, ale też ciągłym zmianom, potrzebom ich wprowadzania i potrzebie zachowania elastyczności.

Miejscem, gdzie kształci się dzieci, zawsze była rodzina, dlatego też metodzie edukacji „Gadjo" nie przypisywano i wciąż nie przypisuje się wśród Romów dużej wartości.

W miejscowościach wykluczonych społecznie odnotowuje się wyższe wskaźniki przestępczości, co wynika bezpośrednio z braku środków (zwłaszcza finansowych) i związanego z tym braku możliwości zatrudnienia. Ze względu na to, że wykluczone miejscowości są w dużej mierze zamieszkiwane przez Romów, pojawia się tam zjawisko, które w społeczeństwie czeskim można określić mianem „etnizacji przestępczości".

20–30% aktywnych zawodowo Romów utrzymuje się z nielegalnej działalności. Szacuje się, że zajmują ponad 60% miejsc w więzieniach, a wskaźnik recydywy wynosi do 50%. Najczęściej Romowie brali udział we włamaniach (22%) i kradzieżach (19%). Ich udział w przestępstwach na tle seksualnym również nie jest bez znaczenia (20%). Ze względu na liczebność ludności romskiej ogólny wskaźnik przestępczości Romów jest około pięciokrotnie wyższy niż w pozostałej części populacji. Obecnie większość Romów pracuje jako nieprzeszkolona siła robocza w budownictwie, przy wyrębie, kolejach lub różnego rodzaju robotach ziemnych i usługach sprzątania miast.

Mąż stanowi głowę rodziny, której wszyscy muszą być posłuszni i którą rodzina darzy ogromnym szacunkiem. Kiedyś, gdy para wychodziła razem, kobieta musiała iść parę kroków za mężem, by pokazać wyższą pozycję mężczyzny w rodzinie. Mężczyźni zawsze mieli więcej praw niż kobiety i ponosili odpowiedzialność za całą rodzinę. Większość Romów woli, aby jako pierwsze dziecko urodził się syn. Jest on wychowywany przez matkę do szóstego roku życia, kiedy rolę wychowawcy przejmuje ojciec. Najstarszy syn pomaga w edukacji młodszego rodzeństwa, a szczególną uwagę poświęca siostrom, aby pozostały czyste. Kiedy syn bierze ślub, prawie zawsze razem z żoną pozostaje przy rodzicach. Mężczyzna okazuje miłość

swojej żonie, na przykład uderzając ją czasami podczas kłótni, ponieważ z zasady ten, kto jest zazdrosny, kocha. Obowiązkiem każdego mężczyzny jest utrzymywanie rodziny, ale jego dochód nie musi być stały. Gdy mężczyzna jest bezrobotny, zwykle pozostaje w dobrych relacjach z rodziną, a kobieta musi sama pozyskać środki finansowe, jednak to nie polepsza jej pozycji w rodzinie. Może to być odczytane jako dyskryminacja kobiet, ale w rodzinie oznacza to raczej pewien szacunek dla obyczajów i zasad. Wartość kobiety zależała od tego, ile urodziła dzieci. Z kobietą bezpłodną mężczyzna mógł zerwać z czystym sumieniem. Kobiety romskie pełnią w gospodarstwie domowym przede wszystkim rolę matki i gospodyni. Ich pozycja zmieniała się w ciągu lat. Obecnie, choć kobieta jest podporządkowana mężowi, może również spełniać się w świecie zewnętrznym.

Dzieci wychowuje się w znacznie swobodniejszy sposób niż w większości społeczeństwa. Mają one dużo wolnego czasu, nie mają żadnych obowiązków oprócz opieki nad rodzeństwem, ponieważ ich życia nie organizuje codzienna rutyna. Dlatego nie jest niczym niezwykłym, że dzieci uczestniczą w wydarzeniach rodzinnych do późnych godzin nocnych. Rodzice dzieci nie ukrywają przed nimi niczego, nawet swojego życia intymnego. Dzieci romskie pozbawione są beztroskiego życia i bardzo szybko wchodzą w dorosłość. Ich dzień nie ma określonego planu, dzieci zazwyczaj biegają same po ulicach, bawiąc się bez nadzoru rodziców. Niestety, wśród dzieci romskich częstym zjawiskiem jest brak poszanowania dla autorytetów, zainteresowania wartościami, a niektóre już w młodym wieku wchodzą w kontakt z narkotykami i prostytucją.

Romowie bardzo cenią swoje rodziny, a różne pokolenia często dzielą wspólną przestrzeń. Jeśli mieszkają razem, starsi członkowie rodziny wychowują wnuki, a do ich opinii przywiązuje się większą wagę. Osoby starsze nigdy nie są uważane za niepotrzebnych członków gospodarstwa domowego, ich pozycja jest taka sama jak pozostałych. Młodzi Romowie cenią sobie ich mądrość i doświadczenie życiowe. Uważa się także, że starsi ludzie zawsze mają rację.

Edukacja, wychowanie w rodzinie i seksualność

Edukacja. Romowie często są kojarzeni nie tylko z niskim poziomem wykształcenia, ale też z brakiem umiejętności czytania i pisania.

W nowoczesnym społeczeństwie wykształcenie jest warunkiem wstępnym sukcesu w życiu zawodowym. Jednak wiedza i umiejętności zdobyte w szkole są nieprecyzyjne, a przez to uznawane za niepotrzebne dzieciom. Romowie wychowują dzieci poprzez przykłady i doświadczenie, a wiedzy szkolnej nie da się przenieść na tego typu osobistą płaszczyznę.

Dlaczego dzieci romskie nie radzą sobie z nauką? Etnizacja edukacji prowadzi do pogłębienia i wzmocnienia wykluczenia społecznego. Dzieci z wykluczo-

nych społecznie miejscowości czy romskich gett mogą bardzo długo nie spotkać się z przedstawicielem większości społeczeństwa, ponieważ zdarza się, że nie pobierają obowiązkowej nauki w typowych szkołach, lecz w szkole praktycznej lub tzw. szkole romskiej, dostosowanej programem nauczania do uczniów będących członkami mniejszości.

Sami Romowie często preferują naukę w szkołach zawodowych lub szkołach romskich z dostosowanym programem nauczania. Uniemożliwia im to jednak uzyskanie wykształcenia średniego lub wyższego. W Republice Czeskiej funkcjonuje kilka szkół jednorodnych etnicznie – romskich. Romowie często nie widzą powodu, by inwestować w wyższe wykształcenie swoich dzieci. Szkoła, w której większość uczniów nie jest pochodzenia romskiego, postrzegana jest jako środowisko obce. Dzieci Romów często są prześladowane w szkołach przez swoją widoczną odmienność. Wyniki dzieci romskich w zwykłych szkołach zależą od tego, jak radzą sobie one ze swoim piętnem.

W wyniku tego Romowie od dzieciństwa wpadają w pułapkę wykluczenia społecznego. Socjalizacja dzieci romskich i ich integracja z głównym nurtem społeczeństwa toczy się błędnym kołem. Akceptacja upokarzającej pozycji ucznia w typowej szkole jest możliwa tylko ze świadomością, że edukacja szkolna będzie czynnikiem wartości społecznej, który przyniesie wymierne korzyści w przyszłości. Jednak perspektywa korzyści w odległej przyszłości nie jest wystarczającą motywacją dla większości romskiej młodzieży.

Macierzyństwo. Największą wartością kobiety jest płodność, ponieważ jej pozycja w rodzinie poprawia się wraz z rosnącą liczbą przynoszonych na świat dzieci. Ciąża jest zawsze mile widziana: im więcej dzieci mają małżonkowie, tym większy prestiż ich rodziny. W przeszłości czas związany z ciążą i porodem wiązał się z przestrzeganiem różnych tradycyjnych zwyczajów, które obecnie całkowicie zanikły.

Jednak narodziny nowego członka rodziny to także wielkie wydarzenie towarzyskie. Kobieta w ciąży powinna poprawić swój tryb życia, dbać o zdrowie, ale dzieje się odwrotnie, ponieważ kobiety romskie palą i piją alkohol, nie zdając sobie sprawy, że mogą w ten sposób przyczyniać się do problemów zdrowotnych swoich dzieci. Podczas ciąży pracują mniej lub całkowicie przerywają pracę. Kiedyś kobiety pracowały przez cały okres ciąży, aż do porodu. Kobiety romskie zazwyczaj zostają matkami około dwudziestego roku życia. Na kilka dni przed porodem cała rodzina z niecierpliwością wyczekuje narodzin dziecka, temu wydarzeniu towarzyszą silne emocje.

Dzisiaj kobiety romskie zazwyczaj rodzą w szpitalach. Kiedy kobieta jest na sali porodowej, członkowie rodziny niecierpliwie oczekują na korytarzu szpitalnym. Po porodzie wszyscy chcą zobaczyć i powitać dziecko, dlatego rodzina i krewni tak licz-

nie przybywają do szpitala. Romowie dają w ten sposób do zrozumienia, że przyjmują nowo narodzone dziecko do kręgu rodzinnego.

Ciąża i poród to wielkie wydarzenie dla romskiej rodziny. Romskie matki darzą swoje dzieci ślepą miłością. Wynika to z ich psychologicznej niedojrzałości (6% kobiet rodzi między 14. a 16. rokiem życia, trzykrotnie częściej niż u nieromskich matek; około 19% kobiet rodzi po raz pierwszy w wieku 16 lat). Aż do 60% podopiecznych domów dziecka jest pochodzenia romskiego, prawie połowa z nich to dzieci samotnych matek.

Kwestia stosunku „matek romskich" do opieki nad noworodkiem. Istnieje różnica w opiece nad noworodkami zależnie od grupy etnicznej matki. „Istnieje wyraźna różnica w opiece nad noworodkami między kobietami ze społeczności romskiej i nieromskiej. Wykazano, że częściej dochodzi do pozostawiania niemowląt w szpitalach położniczych przez matki romskie. Jednak zdaniem autorów, wyniki te można odnosić tylko do badanej części kobiet, romskich i nieromskich. Najczęściej romskie kobiety opuszczają szpital na własne ryzyko pierwszego dnia po porodzie, często wręcz w ciągu pierwszych dwóch godzin po porodzie lub tego samego dnia. Choć najwyższą wartością dla Romów jest rodzina, połowa badanych w przeszłości porzuciła nowo narodzone dziecko w szpitalu położniczym, a czternaście badanych (ponad 30%) odpowiedziało w kwestionariuszu, że ma zamiar zrobić to ponownie. Dziewięć kobiet zastanawiało się nad porzuceniem dziecka, ale nie podjęło jeszcze decyzji (wyniki opublikowanych badań). Można w związku z tym wnioskować, że faktyczna liczba romskich kobiet, które porzuciły nowo narodzone dzieci, jest wyższa. Z drugiej strony, najczęściej podawanym powodem porzucenia dziecka przez niemal połowę kobiet był brak zapewnionej opieki dla dzieci, które mają w domu, co może wskazywać na ich podejście skupione na rodzinie. Pozostaje więc pytanie: dlaczego inni członkowie rodziny nie mogą przez parę dni przejąć opieki, skoro Romowie wciąż mieszkają w tak licznych domostwach? Najwięcej romskich kobiet (niemal połowa) podaje, że ich gospodarstwo domowe liczy 4–5 osób, a niemal jedna trzecia – 6 lub więcej. Można zakładać, że romskie kobiety potrzebują więcej czasu, by zbudować z nowo narodzonym dzieckiem tę samą pozytywną więź, jaką mają z rodziną. Romscy mężczyźni nie są przyzwyczajeni do wykonywania obowiązków domowych czy opieki nad dziećmi, ponieważ uważają, że to rola kobiety. Być może to jeden z powodów, dla których kobiety tak spieszą się z powrotem do domu po porodzie – by utrzymać porządek w domu i zapewnić opiekę dzieciom i mężowi".

Nierówności społeczne między rodzącymi kobietami mają wpływ nie tylko na podejście położnych do kobiet w trakcie porodu czy otrzymujących opiekę poporodową na oddziale, ale też na przygotowanie matek do porodu, umożliwienie obecności osoby towarzyszącej przy porodzie czy umożliwienie skorzystania z płatnych

form znieczulenia podczas porodu. Analiza badań wykazała, że wiek i poziom wykształcenia mają wpływ na edukację matek i współpracę z położną, w pewnych przypadkach wpłynęło to również na podejście położnej do rodzącej kobiety. Taki wpływ na podejście położnej, zwykle negatywny, ma również to, czy matka należy do grupy mniejszościowej. Problem sprowadza się do tego, że w pewnych sytuacjach pracownicy służby zdrowia spotykają się z przedstawicielami innych kultur, na przykład lekarze i pielęgniarki należący do większości społeczeństwa oraz pacjenci i członkowie ich rodzin z różnych mniejszościowych grup etnicznych. To powoduje problemy nie tylko na poziomie języka i komunikacji, ale też na poziomie wartości, zwyczajów i rytuałów. Położne zajmujące się opieką poporodową wspominają też o problemach z zachowaniem Romów, zwłaszcza w związku z paleniem, wczesnym przerywaniem ciąży, hospitalizacją czy zbyt częstym przyjmowaniem gości na oddziale. Kultura romska nie uznaje choroby za problem jednostki. Jeśli Rom znajdzie się w szpitalu, odwiedzi go cała dalsza rodzina, często nie w wyznaczonych do tego godzinach, co prowadzi do konfliktów z pracownikami szpitala.

Romskie matki jedzą normalne jedzenie, a pasztety, kiełbasy i salami, wątróbkę, masło lub smalec chętniej niż inne tłuszcze. Piją słodkie napoje gazowane, jedzą frytki, chipsy i produkty delikatesowe, wolą białe pieczywo i bułki niż opcje pełnoziarniste. W sposób oczywisty wskazuje to na inną hierarchię wartości, mentalność i ogólne podejście do życia. Ich nieco inne podejście do kwestii własnego zdrowia wynika też z wpływu tradycji, korzeni historycznych i kulturowych. Nie możemy też zignorować czynników ekonomicznych. Kobiety w ciąży i karmiące piersią jedzą, co tylko chcą, a to z powodu romskiego przesądu, że gdyby im się czegoś odmówiło, dziecko będzie chore lub urodzi się zbyt wcześnie. Z tego powodu nie usuwają z diety alkoholu, zwłaszcza piwa, które ma poprawić ich umiejętność karmienia piersią. Badania przeprowadzone w ostatnich latach nie wykazały jednak różnicy w częstotliwości spożywania alkoholu między Romami a większością społeczeństwa.

W literaturze fachowej czytamy: „Opieka nad romskimi pacjentami jest bardzo trudna, ponieważ nie mają oni zaufania do pracowników medycznych; komunikacja również sprawia trudności, bo jeśli nie zgodzimy się na ich życzenia, reagują agresją, nie są też przyzwyczajeni do grzecznego proszenia o coś czy dziękowania za pomoc. Jako pacjentki Romki są wrażliwe na ból, często reagują emocjonalnie i głośno, nierzadko tylko w celu zwrócenia na siebie uwagi. Postępują zgodnie z naszymi zaleceniami tylko do zniknięcia symptomów. Romskie matki nie mówią do noworodków, bo nie uważają tego za konieczne, natomiast zwracają dużą uwagę na dotyk. Kontakt między członkami rodziny jest haptyczny (oparty na dotyku), ponieważ lubią być blisko siebie i czuć swój fizyczny dotyk."

Strefa intymna jest mniejsza w przypadku Romów niż reszty społeczeństwa.

Stosunek do higieny i charakterystyka ubioru

Przyjmuje się, że 90% Romów w wieku pracowniczym z wykluczonych społecznie miejscowości nie ma stałej pracy. Mowa tu o osobach bezrobotnych długoterminowo. W około 300 istniejących romskich osadach rośnie problem biedy, wznoszone są tam nowe miejsca zamieszkania – zwykle chaty pozbawione udogodnień, bieżącej wody czy elektryczności. Przekłada się to na pogorszenie stanu zdrowia, pogłębiające się problemy (alkoholizm, przestępczość), ale też rosnącą nietolerancję i ksenofobię ze strony większości społeczeństwa.

Wykluczone społecznie miejscowości są również fizycznie odcięte od reszty społeczeństwa, znajdują się na obrzeżach miast. W takich enklawach „dochodzi do skoncentrowania fenomenów patologicznych społecznie, co z kolei umacnia mieszkańców w wykluczeniu". W sytuacji braku działającej kontroli społecznej, patologiczne społecznie, dewiacyjne fenomeny (takie jak przestępczość, prostytucja, uzależnienie od narkotyków lub alkoholu) są w dużym stopniu tolerowane. Oczywistością jest, że życie w wykluczonych miejscowościach ma wpływ na zachowanie mieszkańców, czy nawet decyduje o nim.

W związku z istnieniem miejscowości wykluczonych społecznie niektórzy badacze zaczęli używać określenia „getto" i mówić o gettoizacji Romów. Niektórzy obwiniają o wykluczenie Romów z przestrzeni publicznej większość społeczeństwa, która nie tylko wyraziła na to zgodę, ale też w kolejnych krokach bezpośrednio się do tego przyczyniła.

Romowie zwracali uwagę swoim ubiorem, nosili kolorowe, okazałe stroje, których celem było wyróżnienie i oddzielenie się od reszty społeczeństwa. Obecnie Romowie przyjęli styl ubierania się większości społeczeństwa, a ich tradycyjne stroje kompletnie zniknęły.

Stosunek do zdrowia i profilaktyki

Podczas świadczenia usług zdrowotnych, w tym opieki pielęgniarskiej, należy zwracać uwagę na etniczne i kulturowe wartości i wierzenia pacjenta, mające związek z jego zdrowiem, stylem życia, chorobą czy śmiercią.

„Ogólnie przyjmuje się, że potrzeby zdrowotne Romów mają związek przede wszystkim z ich warunkami i stylem życia. Oba wskazują na niski poziom edukacji, niskie standardy życia, zamieszkania, często zachowania niosące za sobą ryzyko dla zdrowia, większe tendencje do uzależnień od alkoholu i narkotyków, trudności w integracji z resztą społeczeństwa i inne wyznaczniki psychosocjalne. Możemy również spotkać się z mniejszym poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie i niższą motywacją do zwracania na nie uwagi, co również odgrywa ważną rolę".

Zdrowie w romskim rankingu wartości występuje na trzeciej pozycji (po miłości i rodzinie). Jeśli Romowie trafią do szpitala, pracownicy opieki zdrowotnej mogą mieć trudności z opieką nad nimi, ponieważ Romowie nie mają do nich zaufania.

Komunikacja z rodziną pacjenta może również stanowić poważny problem. Dlatego bardzo ważnym krokiem będzie uzyskanie wiedzy, komu z rodziny mamy przekazywać informacje i kto będzie przedstawicielem rodziny w kontakcie z pracownikami szpitala. Jeśli tego nie ustalimy, konsekwencje zdrowotne może ponieść pacjent. Romów charakteryzuje poważny lęk przed bólem i śmiercią, są bardzo emocjonalni i głośno narzekają. Kobiety często się boją i zdarza się, że hospitalizacja jest dla nich trudna do zniesienia.

Podczas choroby Romowie wykazują się słabą wolą, brak im wytrwałości i cierpliwości. Ich więzi rodzinne są mocne, więc bez rodziny czują się bezradni, odczuwają strach czy lęk. Mogą nawet zachowywać się agresywnie i nie być skłonni do współpracy z pracownikami szpitala. Generalnie nie mają zaufania do lekarzy, nie traktują ich porad poważnie. Edukując pacjenta, pracownicy szpitala powinni pomóc mu zrozumieć, czego będzie się od niego wymagać, wybierając poprawną metodę komunikacji, czyli proste słownictwo.

Ich podejście do własnego zdrowia jest bardzo problematyczne. Usprawiedliwianie się – jak choćby poprzez powoływanie się na dużą odległość między ich miejscem zamieszkania a placówką medyczną, brak środków na opłacenie dojazdu, zabiegów, leków czy ubezpieczenia – jest dla nich typowe. Najczęściej odwiedzają swojego lekarza ogólnego, ale nie doceniają i zaniedbują prewencyjne wizyty u specjalistów, jak choćby ginekologów, dentystów, okulistów itd. Matki lekceważą regularne szczepienia i profilaktyczne wizyty u lekarza z dziećmi, ponieważ najistotniejsze jest dla nich to, że dzieci są szczęśliwe i usatysfakcjonowane. Zwracają uwagę na swoje zdrowie tylko wtedy, kiedy pojawi się problem i związane z nim komplikacje.

Charakterystyka diety

Zwyczaje żywieniowe mniejszości romskiej bardzo dobrze opisuje następujący cytat: „Rom może być biedny jak mysz kościelna, ale musi zjeść tyle, ile potrzebuje, nawet kosztem jutrzejszego posiłku.” To podsumowuje ich typowe zwyczaje. Jedzenie nierzadko traktowano jak codzienny rytuał, jednak było też ściśle związane ze statusem rodziny. Jedzenie spożywano wtedy, kiedy było, zwykle raz dziennie. Skład diety był kompletnie zależny od warunków i możliwości środowiska, w którym Romowie akurat przebywali. Jako że ludność romska nie należała w przeszłości do producentów żywności pochodzenia zwierzęcego ani roślinnego, polegali na produkcji reszty społeczeństwa. Byli zatem pasywnymi konsumentami, nie zaopatrywali się na zapas, żyli praktycznie z dnia na dzień.

Obecnie rodziny romskie gotują często, zwłaszcza po otrzymaniu wypłaty, zasiłku czy innych świadczeń. Rodzice starają się dać swoim dzieciom to, czego sami byli pozbawieni.

Zwyczajowo nie rozdziela się jedzenia na to dla dzieci i dla dorosłych, najczęściej je się mięso, kiełbasy i słodycze. Nie jedzą natomiast owoców i warzyw.

Do typowych romskich posiłków należy goja, danie przygotowane z jelit wieprzowych, tłuszczu, mąki lub ziemniaków oraz przypraw. Mączne naleśniki czy lockshe przygotowuje się tradycyjnie z mąki, letniej wody, mleka lub maślanki i soli. Danie to podaje się jako dodatek do pieczonych mięs, ale też wielu innych potraw. Wśród innych tradycyjnych dań występują holubki (nadziewane liście kapusty) czy halushky, podobne do gnocchi. Można je podawać z serem, jajkiem, cebulą, wołowiną, ale też kiszoną kapustą czy kurczakiem. Kluczową część romskiej diety stanowi też makaron, który można przygotować na wiele sposobów. Zwykle dodaje się go do zup lub serwuje na obiad jako główne danie. Zupy zajmują w diecie specjalne miejsce, ponieważ są uważane za niezbędne, obiad bez zupy nie jest kompletny. W tej grupie zupy uważa się często za danie główne, co wyjaśnia, czemu są tak gęste i często podawane z makaronem lub z chlebem. Inne posiłki to na przykład *krupoto* (swego rodzaju risotto z kaszy) przygotowywane z wieprzowiną, kurczakiem lub cielęciną, kaszą jęczmienną i przyprawami, czy też nadziewana kapusta, gulasz ziemniaczany, pierogi z dżemem, racuchy czy *págle* (znane też pod nazwą *opekance*).

Problem zdrowego stylu życia i nadwagi u Romów. Obecna dieta romska jest bardzo zbliżona do typowej kuchni znanej większości społeczeństwa. Ich dieta w większości składa się z tłuszczu, potraw mięsnych i słodyczy. Kładą nacisk na spożywanie mięsa, rzadko włączają do swojego jadłospisu nabiał, owoce i warzywa. Nie zwracają uwagi na prawidłowe nawadnianie się, wolą pić słodkie napoje. Tradycyjne romskie posiłki to też: holubki (nadziewane liście kapusty), pishot, mięsna machanka (tradycyjna zupa romska), strudel w węgierskim stylu, gulasz ziemniaczany, pieczone ziemniaki i wiele innych. Ogólnie przyjęło się, że je się wtedy, kiedy jest co jeść. Wiele romskich rodzin doświadcza przez to tak zwanych chudszych i bogatych dni w ciągu miesiąca. Podstawą diety były kiedyś plony i świeże produkty, o które Romowie mogli prosić, dostawali je lub zdobywali w inny sposób. Lubią mięso i tłuste potrawy, ale większość ich dań składa się z ziemniaków i mącznych naleśników, czyli z najtańszej żywności.

Zwyczaje żywieniowe Romów związane są z ich stylem życia, mającym na nich wpływ nie tylko poprzez organizację życia codziennego. Zwyczaje żywieniowe, jak również wybór jedzenia i regularność, z jaką spożywają posiłki, mogą wpływać na to, jak spędzają swój czas wolny, jak wykorzystują swój potencjał. Pod tym względem waga danej osoby może stanowić pewne ograniczenie, niosące za sobą potencjalne kłopoty i konsekwencje zdrowotne, wśród których można wymienić m.in.: płytki oddech, ból nóg czy pleców, a niektórzy respondenci chorowali na cukrzycę czy nadciśnienie. Wpływ diety na zdrowie może stanowić dla Romów motywator,

zwłaszcza gdy lekarz radzi im trochę schudnąć. Ciekawie obserwowało się tego rodzaju motywację ingerującą w ich styl życia i zwyczaje żywieniowe. Jej wpływ na ich styl życia można było zaobserwować głównie podczas prób zastosowania się do zaleceń, te zmiany udaje się im jednak utrzymać raczej na krótko.

Nadwaga i otyłość mają u Romów związek z ich stylem życia, jako że istnieją zidentyfikowane, modyfikowalne czynniki ryzyka, na które pewien wpływ ma życie w społecznościach i kultura. Jak podaje Davidová i wsp. (2010), Romowie raczej nie przywiązują wagi do profilaktyki i zdrowego trybu życia. Jest to również powodem, dla którego zwracają uwagę na swoje zdrowie tylko wtedy, kiedy wystąpią zauważalne problemy czy niedobory. Na podstawie wcześniejszych informacji możemy stwierdzić, że konkretnymi czynnikami ryzyka dla otyłości i nadwagi u ludności romskiej są: brak aktywności, styl życia, nieodpowiednio ułożona dieta (zwyczaje żywieniowe) oraz w pewnym stopniu czynniki socjoekonomiczne (jak stałe warunki mieszkaniowe czy życie w miejscowościach wykluczonych społecznie).

Stosunek do choroby i śmierci

Romowie na ogół nie lubią szpitali, ponieważ – jak sami mówią – są to siedliska chorób, bakterii i śmierci, ale pozbawieni innych opcji pozwolą zabrać się do szpitala. Romowie życzą sobie, by informacje o ich zdrowiu były przekazane zarówno im, jak i ich rodzinom, by otoczono ich kompleksową opieką, a co za tym idzie – by personel był zaznajomiony z cechami Romów jako grupy etnicznej. Generalnie uznaje się, że członkowie tej grupy mają mniejszą tolerancję na ból. Jeśli odczuwają ból, natychmiast proszą o leki przeciwbólowe lub inne środki uśmierzające. Nawet jeśli ich stan nie jest poważny, głośno dadzą otoczeniu znać o swoim cierpieniu, a rodzina pacjenta zwykle łączy się z nim w bólu.

Romowie umierają znacznie młodziej niż większość populacji, a różnice w tych statystykach są bardzo duże. „Duża część romskiej społeczności widzi zdrowie jako kompletny brak chorób, ich choroby natomiast są postrzegane jako niezdolność i bezradność prowadząca do śmierci. Według ich rankingu, zdrowie wypada dopiero na dziesiątym miejscu, co odróżnia ich znacznie od reszty społeczeństwa, która stawia zdrowie na pierwszym miejscu. Umawiają się do lekarza tylko kiedy wystąpią u nich poważne komplikacje lub przewlekła choroba. Mają specyficzne podejście do lekarzy i personelu medycznego: z jednej strony szanują lekarzy, ponieważ są oni wykształceni i mogą pomóc wyleczyć ich z chorób, tym samym zapobiec śmierci, ale z drugiej strony lekarze przynoszą im złe wieści. Pracownicy opieki zdrowotnej wytykają Romom problemy, przez co ci wydają się postrzegać ich jako problem sam w sobie. Jeśli uznają, że konkretny lekarz wyleczył ich dolegliwość, a jego zalecenia zadziałały, cała rodzina będzie zwracać się do tego lekarza ze swoimi problemami zdrowotnymi. Romowie zwykle słuchają zaleceń leka-

rza tylko do momentu, kiedy bolesne objawy ustąpią, a gdy to się stanie, przestają brać leki i ignorują dalsze porady. Tak lekceważący stosunek odbija się negatywnie na skuteczności leczenia i hospitalizacji, którą potem muszą powtórzyć w przypadku chorób przewlekłych. To bardzo ważne, by wielokrotnie informować pacjenta i jego rodzinę o skutkach dla zdrowia, jakie może przynieść niestosowanie się do zaleceń lekarza.

Postrzeganie bólu przez romskich pacjentów. Romowie bardzo obawiają się bólu i śmierci, nawet jeśli ich stan nie jest poważny. Czech mógłby to uznać za drobiazg, ale żaden ból nie jest błahostką dla Roma. Ma to związek z ich temperamentem i pochodzeniem. Są bardzo emocjonalni, często głośno okazują niezadowolenie. Lęk przed bólem widzimy nawet u dzieci. „Lęk przed karami cielesnymi jest u nich dwa razy większy niż u nieromskich dzieci. Jeśli dojdzie do sytuacji, w której Rom musi być hospitalizowany, jest to postrzegane jako oddzielenie go od rodziny. Rodzina nie jest przyzwyczajona do prywatności, więc nie jest to odbierane jako dziwne czy wstydliwe, jeśli mężczyzna płacze w szpitalu. Jest sam w obcym miejscu, bez rodziny, która go chroni, zmuszony do podporządkowania się obcym rozkazom. Kobiety są zalęknione i bardzo źle znoszą pobyt w szpitalu. Kiedy rodzina odwiedza Roma w placówce medycznej, chory może dać wyraz swojemu cierpieniu. Pozostali łączą się z pacjentem w bólu, cierpiąc razem z nim, ale też go wspierając. Chory omawia decyzje zdrowotne z rodziną. Cała rodzina decyduje wspólnie, bo wiedzą, co jest dla nich najlepsze. Rom czuje się lepiej, kiedy jest otoczony przez rodzinę, a słaby i zagrożony, kiedy zostaje sam. Na to jak Romowie znoszą ból wpływa wiele czynników, chociażby warunki, źródło bólu, czas jego trwania, umiejscowienie, intensywność, jakość i typ bólu, czynniki powodujące i uśmierzające ból, inne symptomy, wpływ na wykonywane czynności, poprzednie doświadczenia pacjenta, jego opinia na temat bólu, zastosowane środki czy emocjonalna odpowiedź na ból. Dla Roma życie stanowi najwyższą wartość. Wszystko, co zagraża życiu, jest odbierane jako negatywne. Jeśli ból ogranicza pacjenta, Rom postrzega go jako zło konieczne, które należy wyeliminować.

Ból związany z ciążą i poczęciem jest dla Romów akceptowalny, ponieważ prowadzi do czegoś ważnego dla nich oraz ich rodziny. Kobiety podczas porodu i związanych z nim komplikacji są wspierane emocjonalnie przez członków rodziny. Dzisiaj romskie matki zwykle rodzą w szpitalach. W tak ważnym momencie dotkliwie odczuwają brak wsparcia i uwagi ze strony rodziny. Dlatego dość typowe jest, że większość członków rodziny oczekuje w pobliżu oddziału położniczego.

Romowie wyrażają swój ból głosem i mimiką (głośne jęki, narzekanie, płacz itd.). Dają całej rodzinie głośno znać o swoim bólu, przez co ta doświadcza bólu wraz z pacjentem. Romowie nie próbują ukrywać bólu przed otoczeniem. Reakcja organizmu na ból objawia się chociażby częstoskurczem, bradykardią, podwyższonym lub

obniżonym ciśnieniem skurczowym, przyspieszonym oddechem, poceniem, podwyższonym napięciem mięśni, bladością, rozszerzonymi źrenicami, przyspieszoną mową, podniesionym głosem lub zbytnią ruchliwością, nudnościami, wymiotami, ciepłą i suchą skórą, omdleniami czy utratą przytomności, zwężonymi źrenicami, powolną monotonną mową i niechęcią do towarzystwa. Inną możliwą reakcją są zmiany w zachowaniu pacjenta, zauważalne w sprawności ruchowej, zmęczeniu, nerwowości, skręcaniu się, nienaturalnej pozycji ciała, jękach i płaczu. Pacjent odczuwa strach, lęk, niepokój, złość, poczucie beznadziei, bezradność, czuje się ukarany, zmęczony, wyczerpany i przybity. Pogrzeby są dla Romów ważną uroczystością. Ich tradycyjne zwyczaje związane ze śmiercią członka rodziny zachowały się przez lata aż do dziś. W odróżnieniu od większości społeczeństwa, często umierają w domu, otoczeni rodziną. Wierzą, że po śmierci dusza zmarłego zmienia się w ducha, a duch ten pozostaje na zewnątrz ciała, razem z innymi duchami przodków, aż do pogrzebu, gdzie wspólnie udają się w zaświaty. Kiedy umiera kobieta, zdejmuje się jej biżuterię i rozpuszcza włosy, aby duch mógł łatwo opuścić ciało. Kiedy umiera mężczyzna, jego żona musi zgodnie z tradycją pozwolić obciąć sobie włosy. Ciało zmarłego pozostaje w domu do dnia pogrzebu. Od śmierci do dnia pogrzebu rodzina pozostaje przy ciele, strzeże go, gra w karty, opowiada historie o zmarłym i pije alkohol. Zanim zaczną pić, wylewają trochę alkoholu na ziemię, co ma świadczyć o pamięci o zmarłym. Zmarłego ubiera się w nowe, odświętne ubrania, jego oczy zamyka się monetami, aby nikogo ze sobą nie zabrał, a usta zamyka się poprzez przewiązanie szalikiem.

Romskie pogrzeby zwykle są duże, wystawne i bardzo drogie, rodziny zmarłych na nich nie oszczędzają. W okresie żałoby kobiety ubierają się na czarno, a mężczyźni mają na sobie przynajmniej czarną taśmę. Żałoba trwa przez rok, w tym okresie krewni zmarłego nie świętują, nie tańczą i nie śpiewają. Po roku rodzina zbiera się nad grobem zmarłego i wznosi za niego toast.

Komunikacja i metody wymiany informacji

W komunikacji werbalnej widoczny jest temperament Romów (płacz, gesty), wykorzystują więc ją, by dać wyraz swoim emocjom. W ramach komunikacji, wewnątrz społeczności romskiej i poza nią, nie dominuje ich własny język, ale obecny jest lokalny dialekt, często związany z dominującym tam językiem. Komunikacja niewerbalna i różnice w postrzeganiu czasów (przeszły-teraźniejszy-przyszły) są istotne.

Chociaż wspólnym językiem jest mowa romska, poszczególne grupy etniczne różnią się używanym dialektem. Około 60 dialektów romskich zostało opisanych w Europie, a w samych Czechach, poza piśmiennym romskim, występuje osiem podgrup dialektów. Słownictwo w danym dialekcie powstaje z oryginalnych słów, zapożyczonych lub nowo utworzonych (neologizmów). Najczęściej spotykanymi

w Czechach dialektami są: słowacki, węgierski, olah, czeski i niemiecki. Słowackim dialektem posługuje się 80% mniejszości, natomiast węgierskim i olah – 10%.

Romska mowa ojczysta stopniowo wychodzi z użycia, co możemy zaobserwować nawet dzisiaj. Pokolenia Romów przed 1945 r. mówiły wyłącznie w języku romskim. Większość populacji Romów w Czechach korzysta z mowy ojczystej pasywnie.

Mimo to społeczeństwo romskie jest zorganizowane, jego podstawę stanowi rodzina. Sposób, w jaki doświadczają czasu i przestrzeni, jest niecodzienny, preferują doświadczenie, internalizację marzeń, odmienny sposób komunikacji w społeczeństwie, specyficzną koncepcję wychowania w rodzinie i negację indywidualizmu. Warto zapamiętać, że u Romów czas nie leczy ran, ponieważ przeszłość nie jest postrzegana z dystansu. Jest stale obecna i wywołuje emocje, niezależnie od tego, ile minęło czasu. Upodobanie doświadczeń sprawia, że kierują uwagę na wydarzenia pozytywne, przynoszące im radość i satysfakcję. Nie zawsze ma to związek z relacjami, mowa także o pieniądzach. Dlatego też wydają je szybko, nie planując nic na przyszłość. Ich zdolność komunikacji społecznej różni się od większości społeczeństwa. Świetnie odczytują mimikę twarzy, gesty, wzrok. Rozpoznają u człowieka hipokryzję przy pierwszym spotkaniu.

Kulturowe osobliwości

Religia

Romowie praktykujący jakąś religię w większości są chrześcijanami. Podaje się, że również hinduizm nie zanikł w społeczności romskiej. Jednakże migracja do innych krajów i upływ czasu przyczyniły się do przyjęcia przez nich religii krajów, w których żyją. Czescy Romowie przyjęli chrześcijaństwo. Romscy wierni doświadczają religii w sposób bardziej intensywny niż reszta społeczeństwa. W ich przypadku mowa o chrześcijaństwie, ale też szeregu przesądów, jak choćby wierze w magiczne znaczenie snów, złe uroki, moc klątw, szczęśliwe amulety (np. poświęcone obrazki, czerwone przedmioty czy złota biżuteria). Młodzi Romowie na terenie Czech są raczej ateistami na skutek rosnącej tendencji do ateizmu w większości społeczeństwa.

Zwyczaje i tradycje

Romowie często urządzają w domach przyjęcia z udziałem dalszej rodziny, podczas których tańczą i śpiewają. Częste są u nich kłótnie, są postrzegani jako bardzo głośni przez swoich sąsiadów.

Tradycyjne uroczystości romskie związane są z chrzcinami lub pogrzebami. Chrzest chroni dziecko przed siłami zła, ale też przed porwaniem lub podmienieniem, pomaga dziecku lepiej spać i lepiej się czuć. Ojciec lub matka chrzestna zo-

bowiązani są wyposażyć dziecko i zapłacić za część uczty, a od tego momentu stają się częścią rodziny – fajty.

Można natrafić na zniszczone przez Romów mieszkania, podaje się też, że akty wandalizmu stanowią dla nich ekspresję sprzeciwu, desperacji, goryczy, ale też niechęci do społeczeństwa i obowiązujących w nim obyczajów. Romowie najczęściej mieszkają w wynajętych mieszkaniach, a przez ich niezdolność do planowania wydatków, często zdarza się, że tracą dach nad głową. Ten problem rozwiązują, wprowadzając się do rodziny. Wiąże się to z problemem przepełnionych mieszkań, a przez to również niskiego poziomu czystości i złych warunków. Z tego powodu Romowie spędzają dużo czasu na powietrzu i wolą pozostawać poza domem. W przeszłości żyli głównie na zewnątrz – tam jedli, kobiety gotowały, prały, zajmowały się rodziną itd. Dziś możemy wciąż natknąć się na tę praktykę w odosobnionych romskich wioskach, np. na terenie wschodniej Słowacji.

Piśmiennictwo

1. Bakalář P. Psychologie Romů. Praha: Votobia; 2004. Cyt. za: Šedivcová D. Romský pacient v českém zdravotnictví. Bachelor's thesis. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2017. URL: theses.cz/id/3u07nk.
2. Babková L. Romské rodičky versus hospitalizace v nemocnici. Bachelor's thesis. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2007. URL: theses.cz/id/m7be25.
3. Bittnerová D, Doubek D, Levínská M. Funkce kulturních modelů ve vzdělávání. Praha: UK; 2011.
4. Cohn W. Cikáni. Praha: SLON; 2009.
5. Comission Comunication: Reducing Health Inequalities in the EU, 2011. [on-line] PUBLIC HEALTH [cit. 19/05/2017]. URL: ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_commun ication_en.
6. Šedivcová, D. Romský pacient v českém zdravotnictví. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. URL: theses.cz/id/3u07nk.
7. Český statistický úřad. Obyvatelstvo podle národnosti a podle mateřského jazyka a pohlaví. [on-line] 2011 [cyt. 1.04.2020]. URL: https://www.czso.cz/documents/10180/25385875/19922315+240001306.pdf.
8. Čutová J. Vnímání a tolerance bolesti v kulturách. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2008. URL: theses.cz/id/2kj3l2.
9. Davidová E, et al. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton; 2010.
10. Davidová E. Cesty Romů. Olomouc: Univerzita Palackého; 1995.
11. Davidová E. Osudy a cesty Romů v letech 1945–1989. W: Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum; 1999.
12. Davidová E. Způsob života a kultura: Změny ve hmotné kultuře Romů – bydlení, strava. W: Černá M, et al. Černobílý život. Praha: Gallery, 2000. Cyt. za: Olišarová V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2015. URL: theses.cz/id/bmytil.

13. Eriksen TH. Antropologie multikulturních společností. Praha: Triton; 2007.

14. Eriksen TH. Sociální a kulturní antropologie. Praha: Portál; 2008.

15. Gabal I, Víšek P. Východiska strategie boje se sociálním vyloučením. [on-line] 05.2010 [cyt. 17.02.2013]. URL: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Strategie_soc_vylouceni.pdf.

16. GAC. Sociologická analýza přechodu romských dětí ze sociálně vyloučeného prostředí ze základních na střední školy. [on-line] 2010 [cyt. 17.02.2013]. URL: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Prechody_RD_ze_ZS_na_SS.pdf.

17. GAC. Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žákyň a žáků základních škol v okolí vyloučených romských lokalit. [on-line] 2009 [cyt. 17.02.2013]. URL: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Vzdelanostni_drahy_a_sance_romskych_deti.pdf.

18. Gulová L. Sociální pedagogika a multikulturní výchova v otázkách. Brno: Masarykova univerzita; 2008.

19. Hajduchová H, Urban D. Sociální determinanty zdraví u romské populace. Kontakt 2014; 16(1): 44–49.

20. Hirt T, Jakoubek M, eds. „Romové" v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Aleš Čeněk; 2006.

21. Hirt T. Svět podle multikulturalismu. W: Hirt T, Jakoubek M, et al. Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit. Plzeň: Aleš Čeněk; 2005.

22. Horváthová J. Historické osudy Romů od jejich odchodu z Indie do 19. století. W: Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum; 1999.

23. Horváthová J. Kapitoly z dějin Romů. Praha: NLN; 2002.

24. Jakoubek M, Budilová L. Mendel poznámek k současnému stavu výzkumu Cikánů/Romů v ČR. Biograf 2008; 45: 89–98.

25. Jakoubek M, Budilová L. Romové a cikáni – neznámí i známí. Voznice: Leda; 2008.

26. Jakoubek M, Hirt T, eds. Romové: kulturologické etudy. Plzeň: Aleš Čeněk; 2004.

27. Jakoubek M, Poduška O. Romské osady v kulturologické perspektivě. Brno: Doplněk; 2003.

28. Jakoubek M. Romové – konec (ne)jednoho mýtu: tractatus culturo(mo)logicus. Praha: BMSS-Start; 2004.

29. Jakoubek M. Multikulturalizmus vs. kultura. W: Hirt T, Jakoubek M, et al. Soudobé spory o multikulturalismus a politiku identit. Plzeň: Aleš Čeněk; 2005.

30. Kajanová A, Dvořáčková O. Jak ovlivňuje udržování tradic život současných romských komunit v České republice a na Slovensku? Kontakt 2013; 15(2): 281–276.

31. Kajanová A, et al. (Ne)rovnosti v romských rodinách. Praha: Nakladatelství Lidové noviny; 2015.

32. Kajanová A. Sociální práce s etnickými a menšinovými skupinami: etnické, marginální a rizikové skupiny. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2009.

33. Kaleja M. Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě: 2012.

34. Kaleja M, Knejp J, eds. Mluvme o Romech: Aven vakeras pal o Roma. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě; 2009.

35. Kašparová I, Ripka Š, Janků K, eds. Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice – Moravské lokality. Brno: Masarykova univerzita; 2009.

36. Kelnarová J, Matějková, E. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. Praha: Grada; 2014.

37. Kolektiv autorů. Romové – tradice a současnost. Brno: Moravské zemské muzeum; 1999.

38. Koptíková J. Specifika ošetřovatelské péče u romských klientů. Bachelor's thesis. Plzeň: Západočeská univerzita; 2012.

39. Koptíková J. Umírání a smrt v romské kultuře. [on-line] 14.11.2013 [cyt.

25.05.2017]. URL: www.umirani.cz/clanky/umirani-a-smrt-v-romske-kulture.

40. Lévi-Strauss C. Antropologie a problémy moderního světa. Praha: Karolinum; 2012.
41. Lévi-Strauss C. Rasa a dějiny. Brno: Atlantis; 1999.
42. Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010. [on-line] 2010 [cyt. 15.05.2017]. URL: www.instituteofhealthequity.org/resourcesreports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review.
43. Maryšková A. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. Sestra 2010; 20(2): 26–27.
44. Miko V. Česko-Romské vztahy. Brno: Tribun EU; 2010.
45. Molnar S. Human Variation, Races, Types, and Ethnic Groups. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
46. Moree D, et al. Než začneme s multikulturní výchovou: od skupinových konceptů k osobnostnímu přístupu. Praha: Člověk v tísni; 2008.
47. Navrátil P. Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky. Praha: Portál; 2003.
48. Nečas C. Romové v České republice včera a dnes. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci; 2002.
49. Nováková D. Romská menšina. W: Tóthová V, et al. Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin. Praha: Triton; 2012: 21–51.
50. Oláhová L. Nejen romská kuchařka. Praha: Fortuna; 2000.
51. Olišarová V. Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2015. URL: theses.cz/id/bmytil/Diserta_n_prce.pdf.
52. Olišarová V, Šedová L, Nováková D. Jídelní zvyklosti romské minority. W: Tóthová V, et al. Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetřovatelství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny; 2015: 53–71.
53. Poláková J. Romská rodina-základní normy chování, principy výchovy, specifika komunikace. [on-line] 2014 [cyt. 22.05.2017]. URL: www.slideshare.net/UISKFFUK/jana-polkov-specifikakomunikace-s-romy-a-knihovny.
54. Preissová Krejčí A, Cichá M, Gulová L. Jinakost, předsudky, multikulturalismus. Olomouc: Univerzita Palackého; 2012.
55. Preissová Krejčí A. Multikulturalismus – ztracené paradigma? Olomouc: Univerzita Palackého; 2014.
56. Preissová Krejčí A. Za hranice multikulturalismu. Olomouc: Univerzita Palackého; 2016.
57. Prokešová M. Romové. Otázky a hledání odpovědí. Ostrava: Repronis; 2010.
58. Prokešová R, Tóthová V, Olišarová V, et al. Východiska a návrh strategie preventivního působené na romskou minoritu v oblasti snižování obezity a nadváhy v Jihočeském kraji. Kontakt 2016; 18(3); 187–195.
59. Pulkrábková K. Rámování reprezentace romských žen v české společnosti. Socioweb 2009; 11: 3–5. [on-line] 11.2009 [cyt. 10.01.2017]. URL: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/176_socioweb_11_09.pdf.
60. Rác I, Šusterová I. Postavenia rómskych žien v rodinách a spoločnosti – (nie)žiaduci sociálnopatologický jav. Sociálná prevencia 2014; 14(2).
61. Reidingerová A. Poskytování kulturně senzitivní ošetřovatelské péče těžce přizpůsobivým Romů. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2009. URL: https://theses.cz/id/d3kkwx.
62. Říčan P. S Romy žít budeme – jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti. Praha: Portál; 2000.
63. Sagar PL. Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration. Springer Publishing Company; 2011.

64. Sikorová L, Závěšická J. Přístup romských a neromských matek k péči o novorozence. Pediatrie pro praxi, 2012, yr. 13, no. 5, p. 342–344.

65. Sopuchová V, Bužgová R. Problematika sociální nerovnosti v porodní asistenci. Ošetřovatelství a porodní asistence 2013; 4(1): 528–536.

66. Sutherland A. Romové – neviditelní Američané. Praha: Romano džaniben; 2014.

67. Šedivcová D. Romský pacient v českém zdravotnictví. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2017. URL: theses.cz/id/3u07nk.

68. Šišková T, ed. Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi. Praha: Portál; 2008.

69. Šišková T, et al. Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století. Praha: Portál; 2001.

70. Šlechtová D, Bürgerová O. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetřovatelské péče. Kontakt 2009; 11(1): 187–192.

71. Šotolová E. Vzdělávání Romů. Praha: Karolinum; 2008.

72. Štěpařová E. Specifika romské rodiny. [online] 2005 [cyt. 22.05.2017]. URL: www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/rasismus/Stranky/%C5%A0t%C 4%9Bpa%C5%99ov%C3%A1,--Ema-Specifika-romsk%C3%A9-rodiny.aspx.

73. Šuleř P, Lázničková I, Hübschmannová M, et al. Romové – O Roma. Tradice a současnost. Brno: Svan; 1999.

74. Tošner, M. Kultura romských osad a analýza sociální situace. W: Jakoubek M, Poduška O. Romské osady v kulturologické perspektivě. Brno: Doplněk; 2003: 41–56.

75. Treppeschová A. Romské ženy a reprodukční zdraví. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích; 2009. URL: theses.cz/id/462kq9.

76. Unucková, M. Žijí mezi námi, historie a současnost Romů. Karviná: Občanské sdružení Romů severní Moravy; 2007.

77. Václavíčková L. Jak je možno předcházet konfliktům s romským pacientem. Zdravotnictví a medicína. Sestra 2015; 6: 24.

78. Wawrzyczková J. Pacient romského etnika z pohledu sester. Pardubice: FZS UPCE; 2008.

2.3. Podsumowanie

Edukacja interkulturalna może skutkować promowaniem refleksji i krytycznego myślenia, jednak może też wzmocnić istniejące stereotypy. To, jaki osiągnie rezultat, zależy od wielu czynników. Jednakże na jeden czynnik mamy znaczący wpływ – wiele zależy od podejścia nauczyciela. Odnosi się to też oczywiście do wielokulturowej opieki pielęgniarskiej. „Sprawując opiekę pielęgniarską nad pacjentami z różnych kultur, powinniśmy być wyposażeni w odpowiednią wiedzę z zakresu pielęgniarstwa multikulturowego/transkulturowego, wrażliwość i zrozumienie oraz wysoką kulturę komunikacji, ponieważ każdy kontakt z pacjentem może albo mu pomóc, albo go skrzywdzić. Dobrą praktyką jest znać szerszy kontekst kulturowy i stosować posiadaną wiedzę w pracy, w tym wiedzę dotyczącą kultury śmierci, związanych z nią zwyczajów i rytuałów. Patrząc na rosnącą z roku na rok liczbę

obcokrajowców mieszkających na terenie Czech, należy założyć, że personel medyczny powinien być wyposażony w praktyczną wiedzę".

Jedność w różnorodności. „To motto zawiera w sobie tolerancję, poszanowanie różnic, pod warunkiem że łączą nas te same podstawowe wartości. Multikulturalizm jako fenomen jest częścią naszej kultury, ale też częścią procesu globalizacji. Idea multikulturalizmu polega na harmonijnym łączeniu się kultur, w tym zwyczajów, zachowań, tradycji, rytuałów. Za cel uznaje się życie członków różnych nacji i narodowości we wzajemnej tolerancji. Historycznie do najszybszego rozwoju dochodziło w cywilizacjach mających kontakt z różnymi kulturami, konkurujących z nimi i zmuszonych do definiowania się obok nich. Kultura w izolacji się nie rozwija. Dzięki interkulturalnym konfrontacjom dochodziło i dochodzi do wymiany wiedzy na temat tradycji, zwyczajów i hierarchii wartości. Każda kultura ma coś do zaoferowania, każda kultura ma też miejsce na przyjęcie tego czegoś do siebie".

Piśmiennictwo

1. Kutnohorská J. Multikulturní ošetřovatelství pro praxi. Praha: Grada; 2013.
2. Moree D. Základy interkulturního soužití. Praha: Portál; 2015.

3. Postępowanie w wybranych jednostkach chorobowych w sytuacjach niestandardowych w pielęgniarstwie i w położnictwie

Postępy w europejskich systemach kształcenia studentów mają swoje następstwa również w nauczaniu na kierunkach medycznych i pokrewnych. Współcześnie w procesie kształcenia zwraca się szczególną uwagę na konieczność posiadania i rozwijania kompetencji społecznych niezmiernie potrzebnych do kontaktu z pacjentem. Zalicza się do nich m.in. zachowania organizacyjne rozumiane jako współpraca w zespole interdyscyplinarnym oraz z pacjentami na każdym etapie diagnozowania i leczenia (w tym z pacjentem przewlekle chorym). Ponadto do spektrum zachowań organizacyjnych zalicza się umiejętności zbierania wywiadu medycznego, a także przekazywania informacji trudnych.

Na każdym etapie udzielania świadczeń medycznych zwykle pojawiają się liczne problemy etyczne. Są one związane przede wszystkim z zapewnieniem każdemu pacjentowi potrzeb jednostkowych – a nie grupowych. Poprzez pojęcie potrzeb jednostkowych rozumie się: poszanowanie godności człowieka, wspieranie autonomii, stałe zapewnienie bezpieczeństwa, uwzględnienie potrzeb w zakresie uwarunkowań organizacyjno-formalnych.

W związku z udzielanymi świadczeniami rodzą się rozmaite dylematy, które muszą podlegać pewnemu rozstrzygnięciu pomiędzy autonomią pacjenta, prawem do samostanowienia a zawodowymi obowiązkami medyka. Przykładem doskonałym jest zjawisko starzenia się społeczeństw, gdzie opieka instytucjonalna nad osobami starszymi jest coraz powszechniejsza.

Praca zawodowa każdego medyka wiąże się z nieustannym narażeniem na występowanie sytuacji trudnych. Do najczęstszych przyczyn ich występowania wymienia się: nieproporcjonalną liczbę obowiązków w stosunku do obsady medycznej, możliwość zakażeń, strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu, brak płynnej współpracy w zespole interdyscyplinarnym. Co najważniejsze – każdy me-

dyk niezależnie od stopnia wykształcenia, stanowiska pracy czy stażu pracy jest świadomy, że realizując czynnie pracę zawodową, staje się odpowiedzialny na wartości najwyższe – za zdrowie i życie człowieka.

Piśmiennictwo

1. Manthorpe J, Iliffe S, Samsi K, et al. Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas. Int J Older People Nurs 2010; 5(3): 235–244.
2. Murphy K, Welford C. Agenda for the future: enhancing autonomy for older people in residential care. Int J Older People Nurs 2012; 7(1): 75–80.
3. Niewiadomska I. Zdrowotne skutki reakcji stresowej w zawodach medycznych. W: Marcinkowski JT, ed. Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Warszawa: PZWL; 2003.
4. Welford C, Murphy K, Rodgers V, et al. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. Int J Older People Nurs 2012; 7(1): 65–69.

3.1. Pacjent w sytuacji niestandardowej

3.1.1. Pacjent lub pacjentka z niepełnosprawnością wzroku, słuchu

3.1.1.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Szacuje się, że co szósty człowiek ma jakiś stopień niedosłuchu. Przyczyn głuchoty, niedosłuchu lub utraty słuchu jest wiele. Najczęstsza związana jest z wiekiem. Ponad 50% osób po 60. roku życia doświadcza niedosłuchu. Słuch można tracić również na skutek narażenia na hałas w pracy czy też głośnego słuchania muzyki.

Niedowidzenie i/lub ślepota:

- Niedowidzenie: Spadek lub poważny ubytek widzenia, którego nie da się skorygować przy pomocy standardowych okularów czy soczewek kontaktowych, uniemożliwiający wykonywanie określonego zadania lub wszelkich zadań.
- Ślepota: Głęboka niezdolność do odróżnienia jasności od ciemności lub całkowity brak widzenia.
- Około 80% przypadków ślepoty na świecie dałoby się uniknąć.

Niedosłuch oraz/lub głuchota:

- Niedosłuch: Spadek wrażliwości słuchu określa się mianem niedosłuchu.
- Głuchota: Głęboka lub całkowita utrata słuchu w obu uszach.
- Ponad 50% przyczyn niedosłuchu da się uniknąć.

Objawy

Wśród oznak problemu mogą się znaleźć:

- potrzeba zwiększania głośności w telewizorze czy radiu,
- trudności w śledzeniu rozmowy,
- niesłyszenie takich dźwięków jak pukanie do drzwi,
- proszenie innych, by mówili głośno, wolno i wyraźnie,
- potrzeba trzymania książek czy gazet blisko twarzy,
- siedzenie blisko telewizora,
- trudności w poruszaniu się po nieznanych miejscach.

3.1.1.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

Indywidualne możliwości i potrzeby osoby głucho-niewidomej powinny zostać ocenione krótko po postawieniu diagnozy. Pozwoli to na stworzenie dostosowanego do indywidualnych potrzeb planu opieki.

Plan opieki będzie miał następujące założenia:

- Należy utrzymać i zmaksymalizować wszelkie zachowane funkcje sensoryczne, które dana osoba posiada, i nauczyć ją alternatywnych metod komunikacji, takich jak alfabet Lorna.
- Pacjentowi należy zapewnić najwyższy możliwy stopień niezależności – na przykład poprzez zalecenie, by nauczyć go posługiwania się długą laską, korzystania z pomocy przewodnika lub osoby będącej przewodnikiem oraz oczami i uszami głucho-niewidomego pacjenta.
- W przypadku małych dzieci należy zadbać o ich potrzeby edukacyjne.

Zalecenia dobrej praktyki pielęgniarskiej:

- Osoby z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku należy traktować z szacunkiem, bez dobierania im godności.
- Nie wolno zapominać o ich potrzebach komunikacji i sprawdzać, czy jako pacjenci zrozumieli informacje, których im udzielono.
- Należy też koniecznie zawrzeć w dokumentach informację o upośledzeniu zmysłów pacjenta i upewnić się, że jest dobrze widoczna w historii choroby.
- Trzeba też czynnie poinformować pacjenta lub pacjentkę o prawie do wsparcia w komunikacji oraz jego dostępności.
- Musimy również wiedzieć, jak wezwać specjalnego tłumacza lub osobę specjalizującą się w komunikacji z takimi pacjentami.
- Osobom, które wymagają wsparcia w komunikacji, należy zaproponować dłuższą wizytę czy konsultację.
- Istotne informacje muszą zostać podane w dostępnej dla pacjenta formie, np. wydrukowane dużą czcionką, łatwe w czytaniu dla osób z zaburzeniami

uczenia się lub w prostym języku angielskim dla tych, dla których nie jest on językiem ojczystym.

- Personel musi również potrafić obsługiwać znajdujący się na oddziale sprzęt wspomagający osoby z zaburzeniami sensorycznymi, jak np. telefony tekstowe czy pętle słuchowe, i wiedzieć, kto odpowiada za konserwację urządzeń.
- Ważna jest też umiejętność wsparcia pacjenta czy pacjentki, jeśli pojawią się wątpliwości odnośnie do używanego sprzętu, np. kwestia poufności w przypadku pętli słuchowych.
- Personel powinien posiadać dziś umiejętność obsługi telefonu tekstowego i wiedzieć, gdzie uzyskać potrzebne numery.
- Jeśli komunikacja jest trudna, należy sprawdzić aparat słuchowy pacjenta. Często wystarczy jedynie wymienić w nim baterię.
- Niezwykle ważna jest również znajomość procedur przeciwpożarowych. Pacjenci z niepełnosprawnością słuchu czy wzroku mogą potrzebować specjalnego ostrzeżenia w przypadku ewakuacji z powodu pożaru.
- Celem poszerzania profesjonalizmu zawodowego, członkowie zespołów interdyscyplinarnych powinni z zainteresowaniem angażować się w opiekę nad pacjentami z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku oraz prosić ich o informację zwrotną. Zaangażowanie osób z zaburzeniami sensorycznymi w tworzenie planu opieki nad nimi pozwala lepiej dostosować się do ich specyficznych potrzeb.
- Na zebraniach zespołu, podczas szkoleń i konsultacji należy upewnić się, że sprzęt dla osób z zaburzeniami sensorycznymi jest rutynowo dostępny.
- Znajomość potrzeb osób z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku jest częścią planu rozwoju osobistego.
- Musimy też być w stanie skierować pacjentów do specjalistycznych organizacji, które mogą zapewnić im dodatkowe wsparcie.

Uczestnicy wskazali kilka przykładów dobrych praktyk:

- Wieszanie plakatów informacyjnych w gabinetach lekarzy POZ.
- Placówki POZ i szpitale powinny z wyprzedzeniem rezerwować tłumaczy.
- Pacjenci z niepełnosprawnością słuchu powinni mieć dostęp do umawiania wizyt i informacji w formie sms-a lub e-maila.
- Często proszą również, aby wyraźna informacja o ich niepełnosprawności znajdowała się w karcie i historii choroby.
- Informacja powinna być dostępna we wszystkich systemach – od stacji pogotowia i gabinetów POZ po szpitale.
- Stacje pogotowia/ratownicy medyczni powinni dzwonić z wyprzedzeniem i upewnić się, czy tłumacz jest dostępny.
- Informacje powinny być dostępne na stronie internetowej.

- W potwierdzeniu wizyty powinna zostać zawarta informacja, że zorganizowano tłumacza.
- Informacje powinny być dostępne w różnych formach.
- Zespół powinien znać potrzeby poszczególnych pacjentów i przekazywać im informacje w odpowiedniej formie.
- Wysyłane listy powinny być pisane dużą czcionką.
- Daty wizyt kontrolnych powinny być ustalane podczas konsultacji, a nie wysyłane pocztą.
- Pomocne byłoby wprowadzenie w listach dotyczących wizyt części z punktami do wybierania, wśród których pacjent mógłby zaznaczyć swoje potrzeby, np. tłumacz języka migowego lub pętla słuchowa.
- Szkolenie na temat potrzeb osób niesłyszących powinno być dostępne dla całego personelu i powinno dotyczyć również nastawienia personelu. Powinno stanowić część kursów przed otrzymaniem prawa do wykonania zawodu oraz po jego otrzymaniu. Jego elementem powinno być zagadnienie, jak należy traktować osobę z niepełnosprawnością słuchu.
- Pracownicy powinni wiedzieć, jak należy komunikować się z osobą dotkniętą niepełnosprawnością słuchu i powinni znać podstawy języka migowego.
- Muszą też potrafić współpracować z tłumaczami (np. unikanie żargonu medycznego przez lekarzy).
- Pomocne byłoby zatrudnienie w szpitalach tłumaczy oraz osób potrafiących komunikować się z pacjentami z niepełnosprawnością słuchu i wzroku.
- Istotne jest przedłużenie czasu odwiedzin u osób z niepełnosprawnością słuchu czy wzroku, by nie czuły się odizolowane.
- Telewizja z napisami byłaby mile widziana.
- Powinien być dostępny szereg różnych sposobów komunikacji i otrzymywania informacji.
- Potrzeby komunikacyjne powinny podlegać regularnej ocenie.
- Poszczególni członkowie zespołów powinni przekazywać sobie ważne informacje dotyczące niepełnosprawności pacjenta oraz jego specjalnych potrzeb.
- Aby takie osoby miały wystarczający czas na przekazanie oraz otrzymanie informacji, należy przedłużyć ich konsultacje.
- W placówkach należy też umieszczać plakaty przypominające pracownikom, że może trafić do nich pacjent z niepełnosprawnością.
- Korzystanie z pagerów czy innych urządzeń elektronicznych może pomóc przy wzywaniu na umówioną konsultację.
- Pacjenci z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku powinni być włączeni w planowanie usług.

- Dzwonki przy wejściu powinny być wyposażone w migające światła.
- Każdy oddział powinien być wyposażony w telefon tekstowy.

Ważna jest tu kwestia urządzeń ułatwiających komunikację osobom z niepełnosprawnością słuchu oraz umożliwiającch im dostęp do usług. Rozsądne byłoby odpowiednie wyposażenie placówki:

- pisemna informacja w dostępnej formie (np, ulotka czy przewodnik),
- urządzenie sporządzające transkrypcję wypowiedzi ustnych,
- nagłośnienie w pętli indukcyjnej (ważna jest tu świadomość kwestii związanych z poufnością),
- przenośna pętla indukcyjna,
- informacje wyświetlone na ekranie komputera / „język migowy na ekranie" poprzez platformę online, na której w czasie rzeczywistym można połączyć się z licencjonowanym tłumaczem języka migowego, otwierają nowe możliwości komunikacji pomiędzy niesłyszącym a pracownikiem opieki zdrowotnej,
- dostępne strony internetowe,
- telefony, wzmacniacze telefoniczne oraz łączniki indukcyjne,
- wyświetlacze teletekstu,
- telefony audiowizualne,
- audiowizualne alarmy przeciwpożarowe,
- pagery,
- przekazywania sms-ów i tekstu,
- płyty CD/filmy video czy DVD z tłumaczeniem na język migowy lub napisami,
- tłumacze języka migowego lub lipspeakerzy.

Osoby z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku mogą potrzebować dodatkowego wyposażenia oraz wsparcia takiego, jak np.:

- wyraźny język angielski,
- duża czcionka,
- Moon (prosta metoda komunikacji przy pomocy dotyku, używana przez osoby z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku),
- Braille,
- wzmacniacze,
- połączenia urządzeń przy upośledzeniach podwójnych.

Jest wiele rozwiązań technologicznych. Najlepsze z nich zostanie wskazane w bezpośredniej rozmowie z pacjentem.

3.1.1.3. Psy asystujące

Psom asystującym wolno przebywać na większości oddziałów szpitalnych. W pewnych okolicznościach personel odmawia im dostępu do stref wysokiego ryzyka, np. takich jak oddział intensywnego nadzoru czy oddział onkologii. Jest to

jednak sytuacja rzadka i muszą wystąpić okoliczności uzasadniające taką decyzję. Psy dla osób z niepełnosprawnością słuchu wyróżniają burgundowe stroje z napisem „pies dla niesłyszących". Dają znać swoim właścicielom o dźwiękach takich jak alarm, dzwonek do drzwi, a w kontekście medycznym o wezwaniu do gabinetu. Pies noszący uprząż w biało-czerwone paski to znak, że jego właściciel jest obarczony niepełnosprawnością słuchu lub wzroku. Widząc takiego psa, personel powinien wiedzieć, że właściciel ma zdiagnozowaną jedną lub podwójną niepełnosprawność (słuchu, wzroku) i że należy odpowiednio się z nim komunikować.

3.1.1.4. Przydatne wskazówki

Wskazówki i czynności polecane do skutecznej komunikacji z osobami z niepełnosprawnością słuchu, wzroku:

- sprawdzenie, czy uwaga danej osoby skupia się na nas,
- próba ustalenia, jaką metodę komunikacji preferuje dana osoba,
- stanie przodem do danej osoby i nieodwracanie się,
- wyraźna mowa,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- trzymanie rąk, długopisów itp z dala od ust,
- normalny ruch warg,
- mówienie z poziomu ucha,
- zapisywanie informacji,
- wykorzystanie literowania słów w języku migowym,
- korzystanie z podręcznika postępowania z osobami z opisywaną niepełnosprawnością,
- w razie niezrozumienia pisanie drukowanymi literami,
- powtórzenie,
- ujęcie informacji w innych słowach,
- wypróbowanie innej metody komunikacji,
- zapisywanie informacji,
- proponowanie innych formatów, takich jak wydruk w dużej skali, czcionka w rozmiarze 18+, biel na czarnym tle, nagranie audio, email, dysk komputerowy.

3.1.1.5. Rokowania dla pacjenta

1. Alternatywne formy porozumiewania się

   Jako że niepełnosprawność słuchu i wzroku może utrudnić komunikację ustną lub pisemną, konieczne mogę być alternatywne formy porozumiewania się. Główne systemy komunikacji wykorzystywane przez osoby z niepełnosprawnością słuchu, wzroku to:

- Wyraźna mowa – wyraźne mówienie jest jednym z najskuteczniejszych sposobów komunikacji z osobami, które nie utraciły wzroku i słuchu całkowicie.
- Manualny alfabet dla niepełnosprawności słuchu, wzroku – dotykowa forma komunikacji, w której wyrazy są literowane na ręce osoby przy użyciu określonych pozycji i ruchów.
- Drukowane litery alfabetu – prosta, dotykowa metoda komunikacji, w której słowa pisze się pojedynczymi, drukowanymi literami na dłoni osoby.
- Kontaktowy język migowy – zaadaptowana wersja brytyjskiego języka migowego (BSL), w której osoba czuje, jakie znaki są wykonywane, trzymając ręce na dłoniach wykonującej je osoby.
- Język migowy w polu widzenia – zaadaptowana wersja brytyjskiego języka migowego, w którym znaki dostosowane są do pokazywania w mniejszej przestrzeni, by wpasować się w pole widzenia, które pozostało pacjentowi.
- Braille – system, który przedstawia litery lub ich grupy przy pomocy serii wypukłych kropek.
- Moon – podobny do Braille'a, jednak wykorzystuje przystosowane litery drukowane, które łatwiej rozpoznać za pomocą dotyku.

2. Wspomaganie wzroku

   U niektórych osób z niepełnosprawnością słuchu, wzroku da się pomóc w lepszym widzeniu przy pomocy udogodnień dla osób o ograniczanych możliwościach widzenia, takich jak okulary, szkła powiększające oraz mocne oświetlenie punktowe. Specjalnie dostosowane urządzenia, takie jak telefony czy klawiatury, również mogą pomóc osobie z niepełnosprawnością wzroku. Wiele bibliotek posiada wybór książek wydrukowanych dużą czcionką lub audiobooków, w których czytane na głos teksty nagrane są na płyty CD. Oferują też abonament na audiobooki, dzięki któremu można zamawiać książki, a później za darmo pobrać. Są też dostarczane do domów.
3. Aparaty słuchowe i implanty

   Niektórym osobom z niepełnosprawnością słuchu, wzroku może pomóc noszenie aparatu słuchowego. Istnieją różne rodzaje aparatów słuchowych, dostosowanych do rozmaitych typów niedowidzenia oraz indywidualnych preferencji. Aparaty słuchowe wykorzystują mikrofony, by zbierać dźwięki z otoczenia i wzmacniać je, a następnie kierować je wprost do przewodu słuchowego zewnętrznego.
4. Wsparcie jeden na jeden

   Każda osoba z niepełnosprawnością słuchu, wzroku uprawniona jest do otrzymania od specjalnie przeszkolonego pracownika wsparcia jeden na jeden, jeśli go potrzebuje.

W zależności od danej sytuacji, może to być:

- Przewodnik – osoba pracująca z pacjentami (których niepełnosprawność słuchu, wzroku pojawiła się na późniejszych etapach życia), wspierająca pacjenta mającego potrzebę życia w niezależności.
- Tłumacz – osoba będąca ogniwem w komunikacji pomiędzy osobą z niepełnosprawnością słuchu, wzroku oraz innymi osobami, poprzez stosowanie preferowanej metody komunikacji.
- Interwenient – osoba pracująca z dziećmi czy dorosłymi, którzy urodzili się z niepełnosprawnością słuchu, wzroku, by pomóc im jak najpełniej doświadczać świata wokół nich i uczestniczyć w życiu.

5. Leczenie chorób współistniejących

   Niektóre wpływające na słuch i wzrok schorzenia mogą być leczone farmakologicznie lub chirurgicznie. Na przykład:

   - Zaćmy mogą często być leczone przez chirurgiczne wszczepienie do oka sztucznej soczewki.
   - Jaskrę często da się leczyć przy pomocy kropli do oczu lub zabiegów laserowych.
   - Retinopatia cukrzycowa we wczesnych stadiach daje się leczyć poprzez zabieg laserowy.
   - Niektóre przyczyny tymczasowego niedosłuchu również można leczyć np. nadmierne nagromadzenie woskowiny czy infekcje ucha środkowego.

6. Grupy wsparcia

   Osoby z niepełnosprawnością słuchu lub członkowie ich rodzin mogą uzyskać wiele informacji i porad, kontaktując się z grupami wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Bodsworth SM, Clare ICH, Simblett SK. Deafblindness and mental health, psychological distress and unmet need among adults with dual sensory impairment. British Journal of Visual Impairment 2011; 29: 6–26.
2. Boeije H. Analysis in qualitative research. London, UK: Sage; 2010.
3. Boers E, Janssen MJ, Minnaert G. The application of dynamic assessment in people communicating at a prelinguistic level: A descriptive review of the literature. Int J Disabil Dev Educ 2013; 60: 119–145.
4. Dammeyer J. Identification of congenital deafblindness. Br J Vis Impair 2012; 30: 101–107.
5. Dammeyer J. Prevalence and aetiology of congenitally deafblind people in Denmark. Int J Audiol 2010; 49: 76–82.

3.1.2. Pacjent z chorobą psychiczną – schizofrenia

3.1.2.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Schizofrenia jest chronicznym zaburzeniem mózgowym, które dotyka różny odsetek ludności poszczególnych krajów. Gdy jest aktywna, wśród objawów mogą znaleźć się: urojenia, halucynacje, trudności z myśleniem oraz koncentracją czy brak motywacji. Jednak jeśli pacjent jest leczony, większość objawów mocno się łagodzi.

Nie jest znana dokładna przyczyna schizofrenii. Jest to jednak prawdziwe schorzenie o podłożu biologicznym, takie jak nowotwory czy cukrzyca. Badania wykazały, że istnieją czynniki, które zdają się zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia choroby, jak na przykład:

- Geny (dziedziczność): Schizofrenia może występować w rodzinach, co oznacza większe prawdopodobieństwo, że rodzic przekaże ją dziecku.
- Chemia mózgu i obwody neuronalne: Organizmy osób ze schizofrenią bywają niezdolne do regulacji poziomu substancji chemicznych w mózgu, nazywanych neuroprzekaźnikami. Kontrolują one pewne szlaki czy obwody mózgowe lub komórki nerwowe wpływające na myślenie oraz zachowanie.
- Nieprawidłowości w mózgu: Badania wykazały, że mózg osoby ze schizofrenią ma zaburzoną budowę. Jednak nie dotyczy to wszystkich osób chorujących na schizofrenię. Może z kolei wystąpić u osób niechorujących na stę chorobę.
- Środowisko: Zdarzenia takie jak infekcje wirusowe, wystawienie na działanie substancji takich jak marihuana lub sytuacje stresowe mogą wywołać schizofrenię u ludzi, u których genetyczne prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia jest podwyższone. Schizofrenia najczęściej pojawia się, gdy organizm przechodzi fizyczne czy hormonalne zmiany, na przykład u nastolatków czy młodych dorosłych.

Objawy

Objawy schizofrenii u mężczyzn najczęściej zaczynają występować w późnym wieku nastoletnim lub niedługo po 20. roku życia. Najczęściej dotyka kobiet po 20. lub 30. roku życia. Okres po wystąpieniu pierwszych objawów, ale przed wystąpieniem psychozy w pełnym wymiarze, nazywa się prodromem. Może trwać przez kilka dni, tygodni czy nawet lat. Może być ciężki do zauważenia, bo nie ma żadnej reguły na temat tego jaki czynnik go wywołuje. Zauważalne zmiany w zachowaniu są subtelne, zwłaszcza u nastolatków. Mogą to być na przykład:

- zmiana wyników w nauce,
- wycofanie społeczne,
- problemy z koncentracją,
- nagłe zmiany nastroju,
- trudności ze snem.

Objawy dzielą się na kilka kategorii:

1. Pozytywne objawy psychotyczne: halucynacje, takie jak słyszenie głosów, urojenia paranoidalne oraz przesadne lub zniekształcone postrzeganie, przekonania czy zachowania.
2. Objawy negatywne: utrata lub obniżenie zdolności planowania, mowy, wyrażania emocji czy odnajdowania przyjemności.
3. Objawy dezorganizacji: zagubienie, zaburzone myślenie i mowa, problemy z logicznym myśleniem, czasami też nietypowe zachowanie i ruchy.
4. Ograniczone zdolności poznawcze: problemy ze skupieniem uwagi, koncentracją, pamięcią, pogorszenie wyników w nauce.

Pozytywne objawy schizofrenii

W tym przypadku słowo „pozytywne" nie oznacza niczego dobrego. Odnosi się do dodanych myśli czy czynności, które nie opierają się na rzeczywistości. Nazywa się je czasem objawami psychotycznymi i mogą wśród nich być:

- Urojenia: fałszywe, pomieszane, często dziwaczne przekonania, przeważnie niemające oparcia w rzeczywistości, których osoba trzyma się nawet po przedstawieniu jej faktycznych informacji. Na przykład osoba mająca urojenia może wierzyć, że inni ludzie słyszą jej myśli, że ktoś jest bogiem lub demonem, że inni ludzie wszczepiają jej myśli do głowy lub knują coś przeciwko niej.
- Halucynacje: dotyczą one nieprawdziwych odczuć. Słyszenie głosów jest najczęściej spotykaną halucynacją wśród pacjentów ze schizofrenią. Głosy mogą komentować ich zachowanie, obrażać ich, dawać rozkazy. Rzadziej zdarza się, że widzą rzeczy których nie ma, czują dziwne zapachy, mają dziwny posmak w ustach lub wydaje im się, że coś ich dotyka, choć w rzeczywistości tak nie jest.
- Katatonia: stan, w którym pacjent przestaje mówić, a jego ciało zastyga na bardzo długi czas w jednej pozycji.

Negatywne objawy schizofrenii

W tym przypadku oznacza to nieobecność lub brak normalnych funkcji umysłowych związanych z myśleniem, zachowaniem i percepcją. Można zauważyć:

- Brak odczuwania przyjemności. Osoba wydaje się nie czerpać już z niczego przyjemności. Lekarz może nazwać ten stan anhedonią.
- Trudności w mówieniu. Pacjent czy pacjentka może niewiele mówić i nie okazywać uczuć. Lekarze określają ten stan jako alogię.
- Spłaszczenie: Osoba ze schizofrenią może sprawiać wrażenie skrajnie znużonej czy przygnębionej. Kiedy mówi, jej głos może być niski, jakby była pozbawiona emocji. Może się nie uśmiechać i nie wyrażać emocji za pomocą mimiki twarzy podczas rozmów czy w odpowiedzi na coś, co dzieje się wokół niej. Lekarz może nazwać ten stan spłaszczeniem afektywnym.

- Wycofanie. Może oznaczać zaprzestanie planowania spotkań z przyjaciółmi i zmienienie się w odludka. Rozmowa z taką osobą może być trudna – jeśli chcemy uzyskać odpowiedź, musimy naprawdę się napracować, by ją wyciągnąć. Lekarze określają ten stan jako apatię.
- Zmagania z podstawowymi czynnościami codziennego życia. Osoby te mogą zaprzestać kąpieli czy dbania o siebie.
- Niekończenie rozpoczętych działań. Osoby ze schizofrenią mają trudności z trzymaniem się harmonogramów oraz kończeniem tego, co zaczęły. Czasami nie potrafią nawet zaczynać. Lekarz może nazwać ten stan awolicją.

Zdezorganizujące objawy schizofrenii

Istnieją pozytywne objawy wskazujące na to, że dana osoba nie myśli jasno lub nie reaguje zgodnie z oczekiwaniami. Wśród przykładów wymienić można następujące:

- mowa składająca się z bezsensownych zdań lub nieistniejących słów, utrudniająca takiej osobie komunikację i rozmowę,
- szybkie przeskoki między tematami, które nie są ze sobą w żaden sposób powiązane,
- powolne poruszanie,
- niezdolność do podejmowania decyzji,
- pisanie obszernych tekstów pozbawionych znaczenia,
- zapominanie lub gubienie rzeczy,
- powtarzanie ruchów czy gestów, jak np, szybki marsz w tę i z powrotem czy w kółko,
- trudności ze zrozumieniem codziennych widoków, dźwięków czy uczuć.

Poznawcze objawy schizofrenii

Osoba ze schizofrenią ma kłopot:

- ze zrozumieniem informacji i wykorzystaniem ich do podjęcia decyzji (lekarz może nazwać to słabą funkcją wykonawczą),
- ze skupieniem czy utrzymaniem uwagi,
- z wykorzystywaniem dopiero co poznanych informacji (pamięć robocza),
- z dostrzeżeniem, że ma któryś z tych problemów.

Negatywne objawy schizofrenii

Słowo „negatywne" nie ma w tym przypadku oznaczać „złe". Podkreśla jedynie nieobecność typowych zachowań u osób, które chorują na schizofrenię. Negatywne objawy obejmują:

- nieokazywanie emocji lub ich ograniczenie,
- wycofanie z aktywności rodzinnych, przyjacielskich, społecznych,
- mniejszą ilość energii,

- rzadsze mówienie,
- brak motywacji,
- utratę przyjemności z życia czy zainteresowania życiem,
- niską dbałość o higienę i własne ciało.

Czynniki ryzyka

Badacze wierzą, że istnieją środowiskowe i genetyczne czynniki stresujące, mogące wywołać nadejście choroby i mające wpływ na jej przebieg. Ponieważ wiele czynników może przyczynić się do zachorowania, naukowcy nie są w stanie określić dokładnej przyczyny w poszczególnych przypadkach.

Ponieważ termin *schizofrenia* odnosi się do wielu różnych zaburzeń, należy spodziewać się różnych czynników zależnie od przypadku.

3.1.2.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

Opieka nad pacjentem czy pacjentką ze schizofrenią obejmuje upewnienie się, czy przepisane leki są przyjmowane zgodnie z zaleceniami. Należy również monitorować niepożądane reakcje pacjenta na leki, jak również zająć się problemem, z którym pacjent trafił na oddział.

- Należy łagodzić stres i ograniczyć do minimum czynniki ryzyka. Zachowujemy środki ostrożności związane z samobójstwem, jeśli mamy powody do obaw i postępujemy zgodnie z zasadami placówki na temat postępowania z potencjalnie niebezpiecznym pacjentem.
- Jak najszybciej należy wznowić przyjmowanie przez pacjenta normalnych leków neuroleptycznych, w celu niedopuszczenia do pogorszenia objawów czy uniknięcia problematycznych zachowań.
- Zaleca się zbudowanie z pacjentem relacji terapeutycznej poprzez wzbudzenie zaufania.
- Nasze zachowanie powinno być spokojne, bez pośpiechu, swoim podejściem powinniśmy pokazać, że akceptujemy pacjenta i nie oceniamy go.
- Zaleca się rozmowę z pacjentem i aktywne słuchanie. Jasno zakomunikowane oczekiwania, w tym wyjaśnienie pacjentowi, na czym będą polegać badania i poproszenie go o pozwolenie na ich przeprowadzenie przed rozpoczęciem pomogą wzbudzić zaufanie.
- Konieczne jest zachowanie porządku w otoczeniu pacjenta, tak by mógł zachować orientację w rzeczywistości. Jeśli pacjent mówi o halucynacjach, nie należy tego podważać.
- Jeśli zachowanie pacjenta zdradza niepokój, nie powinno się odwracać do niego plecami. Należy zachować spokój, mówić łagodnie i pytać pacjenta, czego potrzebuje.

- Wchodząc w kontakt z pacjentem cierpiącym na chorobę psychiczną, powinniśmy mieć na uwadze położenie wszystkich wyjść z pomieszczenia i obecnych w nim przedmiotów.
- W sytuacji zagrożenia należy w miarę możliwości wycofać się i skontaktować z ochroną zgodnie z zasadami placówki.
- Jak najszybciej należy skonsultować się ze specjalistami w dziedzinie psychiatrii. Psychiatra może ocenić stan pacjenta i schemat stosowania leków. Specjalista tej dziedziny może również zadbać o to, by pacjent po wyjściu ze szpitala miał odpowiednią opiekę psychiatryczną.
- W miarę polepszania się stanu pacjenta, kiedy planowany jest jego wypis, należy omówić jego sytuację z pracownikiem opieki społecznej i ocenić, czy pacjent będzie wymagał wsparcia po wyjściu ze szpitala. Jeśli stan pacjenta jest stabilny i nie potrzebuje tlenu lub fizjoterapii, powinien być w stanie wrócić do ośrodka.
- Świadczeniodawca powinien przekazać wyczerpujące informacje na temat przyjmowanych przez pacjenta leków osobom odpowiedzialnym za pacjenta w momencie wypisu.
- Zaleca się zasugerować pacjentowi zorganizowany dzienny program wsparcia w momencie wypisu i przekazać mu, kiedy powinien udać się na badanie kontrolne do lekarza i psychiatry.

Leczenie pozwala wielu osobom cierpiącym na schizofrenię wieść wysoce produktywne, satysfakcjonujące życie. Tak jak w przypadku innych chronicznych dolegliwości, u niektórych pacjentów widzimy znaczną poprawę, podczas gdy inni wciąż doświadczają symptomów i wymagają wsparcia.

- Koordynowana opieka specjalistyczna (KOS): Jest to zespołowe podejście do leczenia schizofrenii po zaobserwowaniu pierwszych objawów. Łączy ze sobą leczenie, terapię, ale też prace społeczne, zatrudnienie oraz interwencje edukacyjne. Rodzina jest włączona w postępowanie na tyle, na ile jest to możliwe. Wczesne leczenie jest kluczowe, by pomóc pacjentowi żyć normalnie.
- Terapia psychospołeczna: Choć leki mogą pomóc zminimalizować objawy schizofrenii, w problemach behawioralnych, natury psychologicznej, społecznej czy problemach z zatrudnieniem mogą pomóc różne typy terapii psychospołecznej. Dzięki terapii pacjenci mogą nauczyć się radzić sobie z objawami, rozpoznawać wczesne symptomy nawrotu czy przygotować plan mający mu zapobiec.

Przykładami terapii psychospołecznej są:

- Rehabilitacja, która skupia się na umiejętnościach społecznych i przygotowaniu do podjęcia zatrudnienia, ma na celu pomoc pacjentom ze schizofrenią w funkcjonowaniu w społecznościach i życiu na tyle niezależnie, na ile jest to możliwe.

- Poznawcza terapia remediacyjna polega na przedstawieniu pacjentowi technik uczenia się, które pomogą zrekompensować problemy z przetwarzaniem informacji. Dzięki ćwiczeniom, korepetycjom i ćwiczeniom komputerowym wzmacnia umiejętności mentalne pacjenta, poprawiając skupienie, pamięć, umiejętność planowania i organizacji.
- Psychoterapia indywidualna może pomóc pacjentowi lepiej zrozumieć chorobę oraz nauczyć się radzić sobie z nią i rozwiązywać problemy.
- Terapia rodzinna może pomóc rodzinie poradzić sobie z faktem, że bliska osoba choruje na schizofrenię, dzięki czemu będą w stanie lepiej jej pomagać.
- Terapia grupowa/Grupy wsparcia, które dają stałe wzajemne wsparcie.
- Hospitalizacja. Wiele osób chorujących na schizofrenię korzysta z leczenia ambulatoryjnego. Jednak hospitalizacja bywa najlepszym wyborem w przypadku pacjentów:
  - z poważnymi objawami,
  - tych, którzy mogą wyrządzić krzywdę sobie lub innym,
  - tych, którzy nie są w stanie zadbać o siebie w domu.
- Terapia elektrowstrząsowa. Podczas tego zabiegu do skóry głowy pacjenta mocuje się elektrody. Gdy pacjent śpi pod znieczuleniem, lekarze rażą jego mózg małym ładunkiem elektrycznym. Terapia trwa zwykle przez kilka tygodni i składa się z się 2–3 sesji tygodniowo. Każde porażenie powoduje kontrolowany napad padaczkowy. Seria zabiegów z czasem prowadzi do poprawy nastroju i zdolności myślenia.
- Badania. Badacze rozważają wykorzystanie metody leczenia znanej jako głęboka stymulacja mózgu (DBS) w celu leczenia schizofrenii. Polega ona na chirurgicznej implantacji elektrod mających stymulować obszary mózgu, o których uważa się, że kontrolują myślenie i postrzeganie. DBS stosuje się w terapii dla cierpiących na chorobę Parkinsona lub drżenie samoistne, ale wciąż jest metodą eksperymentalną w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych.

Ocena pielęgniarska

Rozpoznanie schizofrenii. Należy zwrócić uwagę na obecność typowych symptomów schizofrenii (np. nieprawidłową mowę, zniekształcenie myśli, problemy z wchodzeniem w interakcje międzyludzkie).

Budowa zaufania i porozumienia. Nie należy dokuczać pacjentowi ani żartować z nim. Powinniśmy spodziewać się, że pacjent podda nas szeregowi prób. Należy przedstawić się mu i wyjaśnić, w jakim celu z nim rozmawiamy.

Maksymalizacja poziomu funkcjonowania. Należy ocenić u pacjenta umiejętność wykonywania czynności życia codziennego (ADL).

Ocena objawów pozytywnych. Należy ocenić, czy pacjent doświadcza halucynacji rozkazujących, przyjrzeć się odpowiedziom. Następnie powinniśmy zbadać,

czy pacjent ma rozbity, dobrze bądź źle zorganizowany, uporządkowywany, rozbudowany system przekonań niemających poparcia w rzeczywistości. Należy też ocenić, czy pacjent zachowuje się podejrzliwie w stosunku do wszystkich wokół i ich działań (np. czujność, obwinianie innych o konsekwencje własnych zachowań, kłótliwość lub grożenie).

Ocena objawów negatywnych. Należy ocenić, czy u pacjenta występują negatywne objawy schizofrenii (opisane powyżej).

Ocena historii choroby. Należy sprawdzić, czy pacjentowi przepisano leki, jakie to leki i czy faktycznie je przyjmuje.

Ocena systemu wsparcia. Należy sprawdzić, czy rodzina ma wystarczające informacje i czy rozumie znaczenie przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami.

Diagnozy pielęgniarskie

- Ograniczona mobilność fizyczna związana z nastrojem depresyjnym i niechęcią do ruchu.
- Ograniczone interakcje społeczne związane z problemami ze schematami myślowymi i mową.
- Obniżony rzut serca związany z niedociśnieniem ortostatycznym w efekcie przyjmowania leków.
- Ryzyko samobójstwa w związku z impulsywnością i zmianami w zachowaniu.
- Ryzyko doznania obrażeń w związku z halucynacjami i urojeniami.
- Ryzyko niezbilansowanej diety i nieprzyjmowania wystarczających ilości substancji odżywczych, ponieważ pacjent nie dba o siebie.

Planowanie opieki pielęgniarskiej

- Złagodzenie objawów psychotycznych.
- Zapobieganie nawrotowi ostrych epizodów.
- Spełnianie fizycznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta.
- Pomoc pacjentowi w osiągnięciu optymalnego stanu, gdy funkcjonuje na optymalnym poziomie.
- Poprawa w przestrzeganiu przez pacjenta zaleceń leczenia i planu opieki pielęgniarskiej.

Interwencje pielęgniarskie

- Budowa zaufania i porozumienia. Nie powinniśmy dotykać pacjenta bez uprzedniego poinformowania go, że to zrobimy. Należy przyjąć stałą, akceptującą postawę wobec pacjenta. Dopóki nie jesteśmy pewni, że zdobyliśmy zaufanie pacjenta, najlepiej wchodzić w krótkie, powtarzające się interakcje. Język powinien być jasny i jednoznaczny. Powinniśmy utrzymywać podejście pełne nadziei na możliwą poprawę i przekazywać to pacjentowi.

- Maksymalizacja poziomu funkcjonowania. Należy unikać zachęcania pacjenta do polegania na kimś, wykonując tylko te czynności, którymi pacjent nie może zająć się sam. Powinniśmy nagradzać pozytywne zachowania i pracować z pacjentem w celu rozwinięcia jego poczucia odpowiedzialności w procesie poprawy funkcjonowania.
- Wspieranie umiejętności społecznych. Należy wspierać pacjenta, asystując mu w nauce umiejętności społecznych.
- Zapewnienie bezpieczeństwa. Należy pilnować, by otoczenie pozostało bezpieczne i miało jak najmniej stymulujących elementów.
- Zapewnienie odpowiedniej diety. Należy przyglądać się temu, jak pacjent się odżywia. Jeśli sądzi, że jego jedzenie jest zatrute, możemy, o ile to możliwe, pozwolić mu przygotować własny posiłek lub zaproponować jedzenie w zamkniętych opakowaniach. Należy wedle własnej oceny wdrożyć środki ostrożności na wypadek wyrządzenia przez pacjenta szkody sobie lub innym.
- Dbałość o kontakt z rzeczywistością. Dobrze jest zaangażować pacjenta w zajęcia zorientowane na kontakt rzeczywistością czy z innymi ludźmi (np. warsztaty, szpitalne zajęcia uczące umiejętności społecznych). Należy upewnić się co do znaczenia poszczególnych wyrażeń z prywatnego języka pacjenta czy też używanych przez niego neologizmów.
- Radzenie sobie z halucynacjami poprzez pokazywanie rzeczywistości. Należy dowiedzieć się, jaka jest treść halucynacji. Nie powinno się wchodzić w spory na ich temat. Dobrze jest powiedzieć pacjentowi czy pacjentce, że sami nie widzimy, nie słyszymy, ani nie czujemy tego, co oni, ale wiemy, że dla nich jest to prawdziwe.
- Wspieranie przestrzegania zaleceń i monitorowanie terapii farmakologicznej. Należy podawać przepisane leki i zachęcać pacjenta do przestrzegania zaleceń. Konieczne jest również sprawdzenie, czy pacjent faktycznie przyjął lek. Powinniśmy zwrócić uwagę na objawy sugerujące nadwrażliwość na przyjmowane substancje lub ich toksyczność.
- Zachęcanie do włączenia rodziny. Powinno się włączać rodzinę pacjenta w przebieg leczenia i przekazać członkom rodziny wiedzę na temat rozpoznawania nawrotów (np. nerwowość, bezsenność, obniżony poziom koncentracji). Można zasugerować sposoby radzenia sobie z objawami.

Ewaluacja

- Ocena efektywności przyjmowanych leków (niewystępowanie ostrych epizodów i objawów psychotycznych).
- Ocena stosowania się przez pacjenta do zaleceń (przyjmowanie leków w wyznaczonym czasie, przejawy niezależności podczas zajęć, zaangażowanie rodziny).

- Poziom funkcjonowania pacjenta (umiejętność wchodzenia w interakcje społeczne).
- Stan psychiczny pacjenta (zorientowany na rzeczywistość).

3.1.2.3. Rokowania dla pacjenta

Kiedy objawy schizofrenii są pod kontrolą, różne rodzaje terapii mogą służyć jako dalsza pomoc w trzymaniu choroby w ryzach i poprawieniu poziomu funkcjonowania pacjenta. Terapia i wsparcie mogą pozwolić takim osobom nauczyć się funkcjonowania w grupie, radzenia sobie ze stresem, wczesnego rozpoznawania znaków ostrzegawczych przed nawrotem i przedłużenia okresów remisji. Jako że schizofrenia zwykle pojawia się w okresie wczesnej dorosłości, osoby dotknięte tym zaburzeniem często mogą skorzystać z rehabilitacji w celu rozwinięcia umiejętności, które pomogą im radzić sobie w życiu, ukończenia szkoleń edukacyjnych i zawodowych, utrzymania zatrudnienia. Z pomocą odpowiednio dobranego leczenia większość pacjentów ze schizofrenią jest w stanie wieść produktywne, satysfakcjonujące życie.

Piśmiennictwo

1. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. The British Journal of Psychiatry 2004; 184: 346–351.
2. Andrew A, Knapp M, McCrone PR, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2012.
3. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin T, Carr V, Taylor R, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. American Journal of Psychiatry 2006; 163: 1934–1942.
4. Barnable A, Gaudine A, Bennett L, Meadus R. Having a sibling with schizophrenia: a phenomenological study. Research and Theory for Nursing Practice 2006; 20:247–264.
5. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. The British Journal of Psychiatry 1992; 160: 806–814.

3.1.3. Pacjent z chorobą psychiczną – depresja

3.1.3.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Depresja (zaburzenia depresyjne) to powszechna i poważna choroba, która wpływa negatywnie na samopoczucie, sposób myślenia i działania. Na szczęście możliwe jest jej leczenie. Depresja powoduje uczucie smutku i/lub utratę zaintere-

sowania czynnościami, które kiedyś sprawiały choremu przyjemność. Może prowadzić do rozmaitych problemów emocjonalnych i fizycznych oraz zmniejszać zdolność do funkcjonowania w pracy i w życiu prywatnym.

Objawy depresji różnią się stopniem dotkliwości i obejmują na przykład:

- uczucie smutku lub przygnębienia,
- utratę zainteresowania lub odczuwania przyjemności z czynności, które kiedyś sprawiały radość,
- zmiany apetytu – utratę lub przyrost masy ciała niezależnie od diety,
- problemy ze snem lub za dużo snu,
- utratę energii lub zwiększone zmęczenie,
- zwiększenie bezcelowej aktywności fizycznej (np. załamywanie rąk lub chodzenie w kółko) lub spowolnienie ruchów i mowy (działania obserwowane przez innych),
- poczucie własnej bezwartościowości lub winy,
- trudności z myśleniem, koncentracją lub podejmowaniem decyzji,
- myśli o śmierci lub samobójstwie.

Objawy muszą utrzymywać się co najmniej dwa tygodnie, aby możliwe było zdiagnozowanie depresji. Choroby, których rozwój może przyspieszyć depresja, to np.:

- artretyzm,
- astma,
- choroby sercowo-naczyniowe,
- nowotwory,
- cukrzyca,
- otyłość.

Objawy

Depresja może być czymś więcej niż ciągłym stanem smutku lub poczuciem przygnębienia. Poważna depresja może powodować szereg objawów. Niektóre wpływają na nastrój osoby chorej, a inne na jej ciało. Objawy mogą być ciągłe lub pojawiać się i znikać. Mogą być różnie odczuwane przez mężczyzn, kobiety i dzieci.

Mężczyźni mogą odczuwać objawy związane z:

- nastrojem, jak np. złość, agresywność, drażliwość, lęki lub niepokój,
- samopoczuciem, np. uczucie pustki, smutku lub beznadziei,
- zachowaniem, jak np. utrata zainteresowania, brak odczuwania przyjemności z ulubionych zajęć, szybsze uczucie zmęczenia, myśli samobójcze, nadmierne picie, zażywanie narkotyków lub podejmowanie aktywności wysokiego ryzyka,
- popędem seksualnym, np. zmniejszone pożądanie seksualne lub brak sprawności seksualnej,

- zdolnościami poznawczymi, np. problemy z koncentracją, trudności w wykonywaniu zadań lub opóźnione odpowiedzi podczas rozmów,
- snem, np. bezsenność, niespokojny sen, nadmierna senność lub nieprzesypianie nocy,
- samopoczuciem fizycznym, np. zmęczenie, bóle, ból głowy lub problemy z trawieniem.

Kobiety mogą odczuwać objawy związane z:

- nastrojem, jak np. drażliwość,
- samopoczuciem emocjonalnym, np. uczucie smutku lub pustki, niepokój lub poczucie beznadziei,
- zachowaniem, np. utrata zainteresowania aktywnością, wycofanie się z zaangażowania społecznego lub myśli samobójcze,
- zdolnościami poznawczymi, jak np. wolniejsze myślenie lub mówienie,
- snem, np. trudności w przesypianiu nocy, wczesne budzenie się lub zbyt długi sen,
- samopoczuciem fizycznym, np. zmniejszenie poziomu energii, większe uczucie zmęczenia, zmiany apetytu czy masy ciała, bóle, ból głowy lub bardziej bolesne skurcze.

Dzieci mogą odczuwać objawy związane z:

- nastrojem, np. drażliwość, złość, wahania nastroju lub płacz,
- samopoczuciem emocjonalnym, np. poczucie niekompetencji (np. „Nie umiem nic zrobić dobrze"), rozpacz, płacz lub intensywny smutek,
- zachowaniem, np. wpadanie w kłopoty w szkole lub odmowa pójścia do szkoły, unikanie przyjaciół czy rodzeństwa lub myśli o śmierci czy samobójstwie,
- zdolnościami poznawczymi, jak np. trudności z koncentracją, pogorszenie wyników w szkole lub gorsze oceny,
- snem, np. trudności ze snem lub spanie zbyt długo,
- samopoczuciem fizycznym, np. utrata energii, problemy z trawieniem, zmiany apetytu czy utrata lub przyrost masy ciała.

Depresja różni się od smutku lub żalu/żałoby. Proces żałoby jest naturalny i indywidualny dla każdej osoby. Dzieli niektóre cechy z depresją. Zarówno żałoba jak i depresja mogą wiązać się z intensywnym smutkiem i wycofaniem się z codziennych czynności. Różnią się jednak pod wieloma ważnymi względami:

- W żałobie bolesne uczucia pojawiają się falami, często przemieszane z pozytywnymi wspomnieniami o zmarłym. W ciężkiej depresji nastrój i/lub zainteresowanie (przyjemność) są obniżone przez większą część okresu dwóch tygodni.
- W żałobie samoocena zwykle utrzymuje się na tym samym poziomie. W ciężkiej depresji powszechnym objawem jest poczucie bezwartościowości i wstręt do samego siebie.

- Czasami śmierć bliskiej osoby może wywołać poważną depresję. Utrata pracy lub bycie ofiarą fizycznej napaści albo poważnego wypadku również może być przyczyną depresji. Kiedy żałoba i depresja współistnieją, żal jest bardziej dotkliwy i trwa dłużej. Pomimo tego, że żałoba i depresja mają pewne cechy wspólne, różnią się od siebie. Rozróżnienie ich może pomóc w uzyskaniu potrzebnej pomocy, wsparcia lub leczenia.

Czynniki ryzyka depresji

Depresja może dotknąć każdego – nawet osobę, która wydaje się żyć w idealnych warunkach.

- Biochemia: Różnice w niektórych substancjach chemicznych w mózgu mogą przyczyniać się do wystąpienia objawów depresji.
- Genetyka: Depresja może mieć podłoże genetyczne. Na przykład, jeśli jedno z bliźniąt jednojajowych ma depresję, drugie ma 70% szans na zachorowanie.
- Osobowość: Osoby o niskiej samoocenie, łatwo się stresujące lub ogólnie pesymistyczne wydają się być bardziej podatne na depresję.
- Czynniki środowiskowe: Ciągłe narażenie na przemoc, zaniedbanie, nadużycia lub ubóstwo mogą skutkować większą skłonnością do depresji.

Leczenie

Chemia mózgu może przyczyniać się do depresji danej osoby i może wpływać na przebieg leczenia. Z tego powodu leki przeciwdepresyjne przepisuje się w celu jej modyfikacji. Leki przeciwdepresyjne mogą przynieść pewną poprawę w ciągu pierwszego tygodnia czy dwóch ich stosowania. Pełne korzyści mogą nie być widoczne przez pierwsze dwa do trzech miesięcy. Jeśli po kilku tygodniach poprawa jest niewielka lub nie następuje, psychiatra może zmienić dawkę leku, zastąpić go innym lub dodać kolejny lek przeciwdepresyjny. W leczeniu łagodnej depresji stosuje się czasem psychoterapię lub „terapię rozmową". W przypadku umiarkowanej do ciężkiej depresji często stosuje się psychoterapię w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi. Stwierdzono, że terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest skuteczna w leczeniu depresji. CBT to forma terapii skoncentrowana na chwili obecnej i rozwiązywaniu problemów.

Samopomoc i sposoby radzenia sobie z depresją

Istnieje szereg rzeczy, które chorzy mogą zrobić, aby zmniejszyć objawy depresji. Regularne ćwiczenia pomagają wielu osobom w odczuwaniu pozytywnych uczuć i poprawiają ich nastrój. Regularne wysypianie się, zdrowa dieta i unikanie alkoholu (depresant) mogą również pomóc w zmniejszeniu objawów depresji. Przy odpowiedniej diagnozie i leczeniu większość osób z depresją jest w stanie ją pokonać. W przypadku wystąpienia objawów depresji, pierwszym krokiem jest wizyta

u lekarza rodzinnego lub psychiatry. W rozmowie należy wspomnieć o swoich obawach i poprosić o dokładną ocenę. To początek zaspokajania potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego.

3.1.3.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

Możliwe czynniki świadczące o depresji:
- Wcześniejsze próby przemocy.
- Plan samobójczy (jasna, sprecyzowana metoda samouśmiercenia z uwzględnieniem dostępnych środków).
- Zachowania samobójcze (próby, pomysły, plan i dostępne środki).
- Kiedy depresja zaczyna ustępować, pacjent może odzyskać energię potrzebną do realizacji planu samobójczego.

Pożądane wyniki:
- Pacjent szuka pomocy, gdy doświadcza odruchów autodestrukcyjnych.
- W zachowaniu pacjenta widoczne są oznaki wychodzenia z depresji.
- Pacjent będzie odczuwał satysfakcję z aktywności społecznych i osiąganych celów życiowych.
- Przed wypisaniem ze szpitala pacjent zidentyfikuje co najmniej dwie-trzy osoby, u których może szukać wsparcia i przewodnictwa emocjonalnego, gdy pojawią się myśli autodestrukcyjne.

Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie
Ocena pielęgniarska	
Należy określić poziom niezbędnych środków ostrożności na wypadek próby samobójczej. Czy w przypadku wysokiego ryzyka wymagana jest hospitalizacja? Jeśli natomiast ryzyko jest niskie, to czy pacjent będzie mógł bezpiecznie wrócić do domu pod nadzorem członka rodziny lub bliskiej osoby? Należy wziąć pod uwagę np. to, czy pacjent: · przyznaje się do wcześniejszych prób samobójczych, · nadużywa jakichkolwiek substancji, · nie ma kontaktu z rówieśnikami/przyjaciółmi, · ma przygotowany plan samobójczy.	Pacjent, u którego ryzyko jest wysokie, będzie wymagał stałego nadzoru i bezpiecznego otoczenia.
Należy sprawdzić dostępność niezbędnego zapasu potrzebnych leków.	Zwykle w przypadku pacjenta z myślami samobójczymi powinno się przygotować zapas leków na 3 do 5 dni.

Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie
Interwencje terapeutyczne	
Powinno się zachęcać pacjenta do wyrażania uczuć (gniewu, smutku, poczucia winy) i proponować mu alternatywne sposoby radzenia sobie z uczuciami złości i frustracji.	Pacjent może nauczyć się alternatywnych sposobów radzenia sobie z przytłaczającymi emocjami i zyskać poczucie kontroli nad swoim życiem.
Należy skontaktować się z rodziną i umówić się na poradę kryzysową. Można skontaktować pacjenta z grupami nastawionymi na samopomoc.	Pacjent potrzebuje różnych źródeł wsparcia, które pomogą zmniejszyć jego poczucie bezradności, bezwartościowości i izolacji.
Jeśli pacjent przebywa w szpitalu, powinno się postępować zgodnie z jego protokołem.	W szpitalu, klinice i grupach wsparcia istnieją różne środki zaradcze dla pacjentów z tendencjami samobójczymi.
Można spisać z pacjentem umowę, w której zobowiązuje się zaprzestać prób samobójczych.	Należy wspierać działania podejmowane przez pacjenta w celu radzenia sobie z myślami samobójczymi.

- Pacjent nie wyrządzi żadnej krzywdy sobie ani innym.
- Pacjent w ciągu miesiąca określi osoby i grupy wsparcia, z którymi będzie się kontaktować.
- Pacjent stwierdzi, że chce żyć.
- Pacjent rozpocznie układanie planów na przyszłość.
- W ciągu najbliższych dwóch tygodni pacjent wykaże, że postępuje zgodnie z planem leczenia i przyjmuje wskazane leki.
- Pacjent zademonstruje alternatywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi uczuciami i negatywnymi emocjami.

W związku z tym interwencje pielęgniarskie w depresji powinny być odpowiednio zaplanowane i iść w parze z psychoterapią, jak również leczeniem medycznym. Osoba w depresji może reagować na osobiste straty intensywnym poczuciem obniżonej samooceny lub pewności siebie, postrzegać siebie negatywnie, co powinno być wzięte pod uwagę podczas leczenia.

Ocena powinna obejmować różne aspekty, takie jak:

- Wygląd pacjenta, np. czy ma rozczochrane włosy, czy ubiera się w ciemne kolory. Postawa, np. czy pacjent się garbi. Wyraz twarzy, czy pacjent okazuje emocje, czy jego oczy są zaczerwienione od płaczu, czy marszczy brwi lub widać, że jest zmartwiony. Pacjent może być też zdenerwowany. Powinno się zwrócić uwagę na komunikację niewerbalną, unikanie kontaktu wzrokowego i to, jak długo na ustach pacjenta utrzymuje się uśmiech.

- Należy zwrócić też uwagę na komunikację werbalną pacjenta. Tempo interakcji pielęgniarka-pacjent może być wolne, ponieważ pacjent może nie być zainteresowany rozmową lub nie czuć się zmotywowany do rozmowy z drugą osobą.
- Należy upewnić się, że nie występują dolegliwości fizyczne. Pacjenci z depresją często mówią o problemach fizycznych, np. zaparciach, anoreksji, bólach głowy czy zaburzeniach snu. Te objawy często uznaje się za skutki choroby.
- Warto zwrócić też uwagę na zachowanie pacjenta. Najczęstszym objawem behawioralnym jest pobudzenie. Pacjent może również być wycofany lub izolować się z powodu niskiej samooceny, kompulsywnie się objadać, pić lub mieć problem z innymi nałogami, czasami chorzy mają też skłonność do wdawania się w bójki.
- Należy zebrać informacje na temat odczuć pacjenta. Typowe przy tej chorobie są: wyraźna apatia, brak humoru i drażliwość.

Powinno się określić z pacjentem cele leczenia. Można pomóc mu określić jego mocne strony i cele związane z wyjściem z depresji. Obejmuje to:

- Akceptację i świadomość autopromocji pozytywnej wizji siebie.
- Higienę osobistą.
- Wyrażanie gniewu i winy w odpowiedni sposób.
- Realistyczne rozwiązywanie problemów.
- Wznowienie wcześniejszych zajęć, mogących stanowić ujście nieprzyjemnego nastroju.
- Werbalną ekspresję uczuć.

Pacjentowi potrzebne są następujące interwencje pielęgniarskie:

- Wchodzenie w interakcję z pacjentem powolnym, niskim i stanowczym tonem.
- Zachęcanie pacjenta do werbalizowania uczuć, myśli, zmartwień itp. za pomocą szerokich wypowiedzi lub pytań otwartych.
- Utrzymywanie dystansu terapeutycznego, przy jednoczesnym wykazywaniu otwartej postawy.
- Podczas interakcji z pacjentem nie należy się spieszyć. Zamiast tego zaleca się cierpliwe podejście i okazywanie mu empatii.
- Kiedy pacjent jest w stanie odzyskać energię potrzebną w codziennych czynnościach, powinno się zachęcić go do zadbania o higienę osobistą i przekonać, że dobre samopoczucie często zaczyna się od troski o siebie.
- Gdy pacjent wykazuje drażliwość lub wyraża złość, należy zachować cierpliwość i okazać mu wsparcie. Dobrze jest omówić z nim kwestię winy i pomóc mu zrozumieć, że negatywne podejście czasami jest powodem tego, że inni nas unikają. W ten sposób można również zachęcić pacjenta do ponownego nawiązania relacji z bliskimi.

- Należy przyjmować skargi pacjenta na temat problemów natury fizjologicznej i ponownie omówić z nim techniki modyfikacji zachowania.
- Powinno się znaleźć mocne strony pacjenta i chwalić pozytywne zachowania, co może pomóc mu poczuć się ze sobą lepiej.
- Dobrze jest zadbać też o duchowe potrzeby pacjenta. W razie potrzeby można poprosić o pomoc duchownego lub księdza.
- Zaleca się zainteresowanie tym, jakie zajęcia mogą interesować pacjenta, można z nim o tym porozmawiać. Powinny to być zajęcia produktywne, pozwalające pacjentowi wykorzystać niespożytkowaną energię, np. zajęcia plastyczne. Jednak powinny też być niestymulujące i pozwalać uniknąć wywołania u pacjenta reakcji emocjonalnej.
- Należy zapobiegać próbom samobójczym, pomagając pacjentowi odczuć, że warto żyć. Dobrze jest dać pacjentowi do zrozumienia, że w razie potrzeby może się nam zwierzyć, a podczas rozmowy zwracać uwagę na sygnały mogące świadczyć o tendecjach samobójczych. Pacjentowi powinno się też wyjaśnić, że osoba z myślami samobójczymi nie jest złą osobą, jest to po prostu częścią choroby. Wyrażanie myśli przez pacjenta jest dla nas pomocne i może ułatwić nam dobranie odpowiednich dla niego metod pomocy.

3.1.3.3. Rokowanie dla pacjenta

Depresja to choroba o wysokiej zachorowalności i śmiertelności, ponieważ jest czynnikiem przyczyniającym się do samobójstw, występowania i negatywnych skutków innych chorób, zakłóceń w relacjach międzyludzkich, nadużywania substancji psychoaktywnych i straconego czasu pracy. Przy odpowiednim leczeniu u 70–80% osób z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi można osiągnąć znaczne złagodzenie objawów, chociaż aż 50% pacjentów może początkowo nie reagować na leczenie.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5 ed. 2013.
2. National Institute of Mental Health. Data from 2013 National Survey on Drug Use and Health. URL: www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml.
3. Kessler, RC, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593602.
4. Huelskoetter M, Murray R. Psychiatric Mental Health Nursing: Giving emotional care. C&E Publishing Co.; 1991.

5. Shives LR. Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
6. Wright J, Basco M. Getting Your Life Back: The complete guide to recovery from depression. Free Press; 2002.

3.1.4. Pacjent z chorobą psychiczną – agresja

3.1.4.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Agresję można definiować jako zachowania lub wypowiedzi, których intencją jest wzburzenie lub zranienie drugiej osoby. Niektórzy teoretycy wierzą, że agresja może mieć dla ludzi znaczenie ewolucyjne, ponieważ konkurowali ze sobą o ograniczone zasoby niezbędne do przetrwania. Jednak w uprzemysłowionych społeczeństwach akty agresji (zwłaszcza fizycznej) mogą skutkować ograniczeniem dostępu takiego osobnika do zasobów (np. wyrok skazujący go na pobyt w więzieniu czy nakładający na niego karę grzywny, pozew) i wywołać wiele poważnych problemów dla społeczeństwa.

Agresja zwykle dzieli się na dwie kategorie:

- agresja fizyczna i wrogość,
- agresja emocjonalna i w relacjach.

Agresja fizyczna pojawia się, gdy ktoś podejmuje próbę skrzywdzenia drugiej osoby poprzez uderzenie, uszczypnięcie, ugryzienie, popchnięcie lub wyrządzenie jej innego typu szkody fizycznej. Za przejaw takiej agresji uznaje się również niszczenie mienia. Agresja w relacjach objawia się rozsiewaniem plotek, drażnieniem kogoś lub celowym wykluczaniem kogoś, co skutkuje tym, że druga osoba czuje się źle.

Często uczymy się agresywnych zachowań na wczesnym etapie życia. Niektórzy zachowują się agresywnie pod wpływem narkotyków lub z powodu obecności nieleczonego zaburzenia zdrowia psychicznego.

- Genetyczne: Niektóre dziedziczne zaburzenia zdrowia psychicznego mogą objawiać się agresywnym zachowaniem. Czasem więc historia takich chorób w rodzinie może sprawić, że problemy z agresją będą u kogoś bardziej prawdopodobne.
- Środowiskowe: Nasze środowisko może mieć wpływ na to, czy będziemy zachowywać się w sposób agresywny. Na przykład, jeśli doświadczyliśmy przemocy czy traumatycznych przeżyć, byliśmy świadkami przestępstw lub agresywnych zachowań innych osób, możliwe jest, że również będziemy zachowywać się agresywnie. Wpływ na prawdopodobieństwo agresywnych zachowań ma również to, na ile radzimy sobie ze stresem lub trudnościami.
- Zaburzenia zdrowia psychicznego: Wśród objawów niektórych chorób psychicznych znajdują się zachowania agresywne. Choroby te mogą również

prowadzić do agresji bez odpowiedniego leczenia. Zaburzenia zdrowia psychicznego mogące wywoływać agresję to na przykład:

- choroba Alzheimera,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD),
- zaburzenia ze spektrum autyzmu,
- zaburzenia dwubiegunowe,
- zaburzenia zachowania,
- demencja,
- zaburzenie eksplozywne przerywane (IED),
- zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD),
- zaburzenia osobowości,
- schizofrenia lub inne zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji.

Czynniki ryzyka

- Bycie ofiarą przestępstwa
- Bycie świadkiem przemocy, przestępstw, chaosu lub stresu w młodym wieku.
- Nadużywanie środków odurzających.
- Niska samoocena.
- Brak zdrowych umiejętności radzenia sobie.
- Brak pozytywnych wzorców u dziecka lub nastolatka.
- Zaburzenie psychiczne.
- Przeżyta trauma.

Objawy

Istnieją charakterystyczne objawy agresji. Następujące objawy mogą sugerować, że zachowujemy się w sposób agresywny:

Objawy behawioralne

- Gryzienie innej osoby lub przedmiotu.
- Znęcanie się nad innymi.
- Niszczenie mienia.
- Wykluczanie innych.
- Plotkarstwo.
- Problem z uspokojeniem się po męczącym, agresywnym zachowaniu.
- Uderzenie innej osoby przy pomocy przedmiotu.
- Celowe ignorowanie drugiej osoby.
- Kopanie innej osoby lub przedmiotu.
- Wyzywanie.
- Szczypanie.

- Ciągnięcie za włosy.
- Popychanie innej osoby lub przedmiotu.
- Plucie na inną osobę lub przedmiot.
- Rozpuszczanie plotek na czyjś temat.
- Dokuczanie innej osobie lub grupie osób.
- Krzyki.

Objawy fizyczne

- Przyspieszony oddech.
- Zaciśnięte pięści.
- Zaczerwieniona skóra.
- Podniesiona temperatura ciała.
- Podniesione tętno.
- Pocenie.
- Zgrzytanie zębami.
- Napięte mięśnie.
- Napięciowy ból głowy.

Objawy dotyczące funkcji poznawczych

- Uczucie utraty świadomości pod wpływem gniewu.
- Niezdolność do trzeźwego myślenia.
- Słaba decyzyjność.
- Problemy ze skupieniem.
- Problemy z koncentracją.

Objawy psychospołeczne

- Nagłe zmiany nastroju.
- Gniewny nastrój.
- Uczucie pobudzenia.
- Uczucie irytacji.
- Niski próg tolerancji.

3.1.4.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

Plan opieki pielęgniarskiej – ryzyko zachowań agresywnych

Przemoc można zdefiniować jako użycie siły fizycznej w celu skrzywdzenia drugiej osoby lub zniszczenia mienia, natomiast agresję zwykle definiuje się jako przejaw uczuć gniewu lub zachowanie przemocowe. Osoba agresywna nie zawsze będzie zachowywać się w sposób przemocowy.

Ryzyko agresywnego zachowania

- Cele ogólne:
  - Pacjent potrafi kontrolować zachowania agresywne.
- Cele szczegółowe:
  - Pacjent potrafi stworzyć relację zaufania.
- Spodziewane rezultaty:
  - Pacjent zdaje się wierzyć pielęgniarzowi lub pielęgniarce.
  - Promienna twarz, uśmiech.
  - Chęć zapoznania.
  - Brak kontaktu wzrokowego.
  - Jest skłonny dzielić się uczuciami.
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Stworzenie relacji zaufania.
  - Powitanie przy każdej interakcji.
  - Przedstawienie każdej osoby z imienia, przezwiska i wyjaśnienie, w jakim celu wchodzi z pacjentem w interakcję.
  - Pytanie pacjenta o ulubioną osobę i wołanie jej do pomocy.
  - Okazywanie empatii, uczciwość, dotrzymywanie danych pacjentowi obietnic.
  - Pytanie pacjenta o odczucia i problemy, z jakimi się zmaga.
  - Stworzenie jasnej umowy co do wzajemnych interakcji.
  - Uważne słuchanie pacjenta, gdy wyraża uczucia.

Pacjent potrafi zidentyfikować przyczyny agresywnego zachowania

- Spodziewane rezultaty:
  - Pacjent wymienia przyczyny swojego agresywnego zachowania, np. złość / zły humor (własny lub otoczenia).
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Pomoc pacjentowi w wyrażeniu uczucia złości.
  - Zmotywowanie pacjenta, by powiedział, jaka jest przyczyna urazy czy zdenerwowania.
  - Wysłuchanie pacjenta bez przerywania mu lub zebranie informacji o odczuciach i emocjach wszystkich pacjentów.

Pacjent potrafi określić oznaki zachowania agresywnego

- Spodziewane rezultaty:
  - Pacjent jest w stanie przewidzieć agresywne zachowanie, kiedy pojawią się:
- Objawy fizyczne:
  - zaczerwienione oczy,

    - zaciśnięte dłonie,
    - spięta ekspresja i inne objawy.
- Objawy emocjonalne:
    - uczucie gniewu, żalu,
    - surowe, szorstkie wypowiedzi.
- Objawy społeczne:
    - wrogie nastawienie podczas epizodów agresywnego zachowania.
- Interwencje pielęgniarskie:
    - Pomoc pacjentowi w podzieleniu się oznakami agresywnego zachowania, które miało miejsce.
    - Zmotywowanie pacjenta do zakomunikowania swojego stanu fizycznego (objawy fizyczne), kiedy te zachowania mają miejsce.
    - Zmotywowanie pacjenta do podzielenia się swoim stanem emocjonalnym (objawy emocjonalne) podczas epizodów agresywnego zachowania.
    - Zmotywowanie pacjenta do rozmowy na temat jego relacji z innymi (objawy społeczne) w momencie agresywnego zachowania.

Pacjent jest w stanie określić, w jaki sposób zachował się agresywnie

- Spodziewane rezultaty:
    - Pacjent jest w stanie mówić o zachowaniach z przeszłości.
    - Sposoby wyrażania gniewu, jakie miały miejsce.
    - Uczucia podczas agresji.
- Interwencje pielęgniarskie:
    - Zwykle rozmawia się z pacjentem o zachowaniu agresywnym, które często mu się zdarza.
    - Zmotywowanie pacjenta do rozmowy na temat rodzaju agresywnego zachowania, którego się dopuścił.
    - Zmotywowanie pacjenta do zakomunikowania swoich uczuć po agresywnym epizodzie.
    - Rozmowa o tym, czy akty przemocy mogą rozwiązać problemy, których doświadcza.

Pacjent potrafi określić skutki zachowania agresywnego

- Spodziewane rezultaty:
    - Pacjent tłumaczy, że na skutek jego agresywnych zachowań:
        - Sam pacjent: ma rany, odpycha od siebie bliskich itd.
        - Inne osoby/rodzina: irytacja, strach itd.
        - Otoczenie: popsute, zniszczone przedmioty i mienie.
    - Wzrost efektywności metod rozwiązywania problemów.

- Interwencje pielęgniarskie:
  - Omówienie z pacjentem negatywnych skutków jego zachowań i strat oraz tego, jak do nich doszło – z podziałem na reakcje pacjenta i jego bliskich czy straty w otoczeniu pacjenta.

Pacjent potrafi określić konstruktywne sposoby wyrażania gniewu

- Spodziewane rezultaty:
  - Objaśnienie zdrowych sposobów wyrażania złości.
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Czy pacjent chce się nauczyć nowego, zdrowego sposobu wyrażania gniewu?
  - Przedstawienie pacjentowi alternatywnych sposobów wyrażania gniewu poza zachowaniami agresywnymi.
  - Objaśnienie zdrowych sposobów wyrażania złości.
    - Sposoby fizyczne: głęboki oddech, uderzenie w poduszkę lub materac, sport.
    - Sposoby werbalne: powiedzenie innym, że z jakiegoś powodu odczuwa negatywne emocje.
    - Sposoby społeczne: trening asertywności z udziałem innych osób.
    - Sposoby duchowe: modlitwa, medytacja itd., zgodnie z wierzeniami pacjenta.

Pacjent potrafi pokazać, jak kontrolować zachowania agresywne

- Spodziewane rezultaty:
  - Pacjent pokazuje, jak kontrolować zachowania agresywne.
    - Fizycznie: głęboki oddech, uderzenie w poduszkę lub materac.
    - Werbalnie: wyrażenie uczucia irytacji/zdenerwowania na kogoś bez wyrządzania krzywdy.
    - Duchowo: modlitwa lub medytacja zgodna z religią pacjenta.
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Omówienie z pacjentem powyższych sposobów kontrolowania swoich zachowań, spośród których może wybrać najlepszy dla siebie; zachęcenie pacjenta do wypróbowania innych sposobów wyrażania gniewu.
  - Ćwiczenie tych zachowań poprzez przedstawienie ich poszczególnym pacjentom: demonstracja sposobu, w jaki możemy skorzystać z wybranej metody, wyjaśnienie korzyści (co ma na celu przekonanie ich do powtórzenia przedstawionej metody), wspieranie pacjentów, zwracanie pacjentowi uwagi, gdy popełnia błędy.
  - Zachęcanie pacjentów do korzystania z już przećwiczonych metod, gdy będą odczuwać negatywne emocje.

Pacjent posiada wsparcie rodziny w kontrolowaniu zachowań agresywnych

- Spodziewane rezultaty:
  - Wyjaśnienie, jak należy opiekować się pacjentem wykazującym zachowania agresywne.
  - Rodzina informuje, że opieka nad pacjentem sprawia im przyjemność.
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Omówienie ważnej roli rodziny jako wsparcia dla pacjenta w kwestii agresywnego zachowania.
  - Rozmowa z członkami rodziny na temat pomocy pacjentowi w zwalczeniu jego agresywnych zachowań.
  - Wyjaśnienie rodzinie pacjenta znaczenia, powodów i konsekwencji zachowań agresywnych oraz sposobu opieki nad pacjentami, którzy je wykazują.
  - Demonstracja sposobów opieki nad pacjentami (jak zareagować na agresywne zachowanie).
  - Danie rodzinie ponownej szansy prezentacji.
  - Pochwalenie rodziny po prezentacji.

Pacjent korzysta z odpowiedniego programu terapeutycznego, który został ustalony

- Spodziewane rezultaty:
  - Pacjent tłumaczy i wymienia:
    - Korzyści z przyjmowania leku.
    - Wady nieprzyjmowania leku.
    - Nazwa leku.
    - Kształt i kolor leków.
    - Dawka.
    - Czas przyjęcia.
    - Jak stosować.
    - Odczuwalne efekty.
- Interwencje pielęgniarskie:
  - Wyjaśnienie korzyści z regularnego przyjmowania leku i szkód, jakie wyrządza jego nieprzyjmowanie.
  - Przedstawienie pacjentowi rodzaju leku (nazwa, kolor, w jakiej jest formie), poprawnego dawkowania, godziny, o której należy go przyjmować, sposobu przyjmowania i spodziewanych efektów, które może po nim odczuwać.
  - Porada dla pacjenta: O lek należy prosić i przyjmować o wyznaczonej porze, niespodziewane skutki uboczne przyjmowanych substancji powinno

się zgłosić pracownikowi szpitala. Pacjenta należy chwalić, by zachęcić go do przyjmowania leku. Dobrze jest też zapytać członków rodziny, co sądzą o metodach pracy z pacjentem.

Znalezienie bezpiecznej przestrzeni

Jeśli to możliwe, należy odseparować daną osobę od innych, zabrać ją w miejsce, gdzie będzie czuć się bezpiecznie i gdzie sami będziemy bezpieczni.

Przyjęcie poprawnej pozycji

Należy ustawić się w bezpiecznej pozycji – zwykle między drugą osobą a wyjściem z pomieszczenia, ale nie przy samych drzwiach, tak by ta osoba miała drogę ucieczki. Naszym pierwszym odruchem, jako pielęgniarek, jest zbliżenie się do pacjenta, by zaoferować uspokajający dotyk.

Spokój i szacunek

Nie wolno tracić spokoju ani przestawać okazywać szacunku. Agresywna osoba, która straciła nad sobą kontrolę i nie myśli racjonalnie, zwraca większą uwagę na sygnały niewerbalne niż na to, co do niej mówimy. Nawet jeśli czujemy się zagrożeni i odczuwamy strach, musimy zachować spokój i uważać na gestykulację, wyraz twarzy, ruchy i ton głosu.

Wykorzystanie zasad komunikacji terapeutycznej

Dobre praktyki
• Spokój i kontrolowanie emocji. • Przybranie pasywnej, niegroźnej pozy (np. ręce opuszczone z otwartymi dłońmi zwróconymi w stronę drugiej osoby, ciało pod kątem 45 stopni w kierunku agresora). • Pozwolenie pacjentowi na wyrzucenie z siebie uczuć i przyjęcie ich do wiadomości. • Zadawanie pytań otwartych, by podtrzymywać dialog. • Elastyczność, w granicach rozsądku. • Wykorzystanie przestrzeni do samoobrony (ustawienie się blisko wyjścia, zamiast tłoczenia się blisko pacjenta). • Budowa przestrzeni pracy w sposób zapewniający bezpieczeństwo (np. takie mechanizmy bezpieczeństwa, jak alarmy, ale też usunięcie z pomieszczenia przedmiotów, w których można użyć jako broni). • Zadbanie o to, by pacjentowi nie stała się krzywda.

Złe praktyki

- Rzucanie wyzwania lub grożenie pacjentowi tonem głosu, oczami lub mową ciała.
- Mówienie rzeczy, które wzmagają agresję.
- Krzyczenie, nawet jeśli pacjent krzyczy na nas.
- Odwracanie się tyłem do pacjenta.
- Popędzanie pacjenta.
- Spieranie się z pacjentem.
- Zostawanie przy pacjencie, który się uspokoił.
- Ignorowanie gróźb czy ostrzeżeń przed agresją.
- Tolerowanie przemocy czy agresji.
- Próby odebrania pacjentowi broni lub stawanie do walki z nim w pojedynkę.

3.1.4.3. Rokowania dla pacjenta

Problem agresywnych zachowań w ciągu czyjegoś życia jest bardzo złożony. Nadrzędnym motywem zdają się być zarówno czynniki ryzyka wywołujące i zwiększające predyspozycje danej osoby do agresywnych zachowań, jak i sytuacje wywołujące agresywną reakcję. Skuteczne strategie zapobiegania agresji powinny opierać się na redukcji czynników ryzyka, jak również łagodzeniu agresji wywoływanej przez sytuacje i doświadczenia. Agresywne zachowanie jest wyjątkowe, ponieważ zależnie od grupy wiekowej możemy zaobserwować różnice w przyczynach i objawach. Jest zatem konieczne, by pielęgniarze i pielęgniarki rozumieli różnice związane z wiekiem pacjenta, co pozwoli im skutecznie dopasować i opracować plan zapobiegania tym zachowaniom i interwencji.

Piśmiennictwo

1. Ames DL, Fiske ST. Intentional harms are worse, even when they're not. Psychological Science 2013; 24(9): 1755–1762.
2. Archer J, Coyne SM. An integrated review of indirect, relational, and social aggression. Personality and Social Psychology Review 2005; 9(3): 212–230.
3. Berko A, Erez E. Gender, Palestinian women, and terrorism: Women's liberation or oppression? Studies in Conflict & Terrorism 2007; 30(6): 493–519.
4. Blumenfeld WJ, Cooper RM. LGBT and allied youth responses to cyberbullying: Policy implications. International Journal of Critical Pedagogy 2010; 3(1): 114–133.
5. Bushman BJ, Anderson CA. Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? Psychological Review, 108(1), 273–279.

3.1.5. Pacjent z uzależnieniem – narkotyki lub dopalacze

3.1.5.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Określenie „uzależnienie" przywołuje wiele różnych obrazów i wywołuje silne emocje. Zbyt często skupiamy się jednak na nieodpowiednich aspektach uzależnień, co prowadzi do korzystania z rozwiązań niedopasowanych do tego trudnego problemu.

Definicja uzależnienia

Trzy dekady badań naukowych w połączeniu z doświadczeniami klinicznymi z jeszcze dłuższego okresu nauczyły nas, że rozgraniczanie fizycznych i psychologicznych czynników to chybiona metoda, która jedynie odwraca uwagę od faktycznego problemu.

Po pierwsze, fizyczne uzależnienie nie jest najważniejszym elementem, ponieważ nawet skomplikowane objawy odstawienia substancji w przypadku uzależnienia od heroiny czy alkoholu można kontrolować przy użyciu odpowiednich leków. Zatem nie fizyczne symptomy powinny w tym kontekście martwić nas najbardziej.

Po drugie, co ważniejsze, wiele spośród najbardziej uzależniających niebezpiecznych substancji nie wywołuje poważnych fizycznych objawów w momencie odstawienia. Przykładami takich substancji są chociażby kokaina czy metamfetamina. Obie są silnie uzależniające, ale zaprzestanie przyjmowania ich powoduje niewiele fizycznych symptomów, zwłaszcza w porównaniu z objawami odstawienia alkoholu czy heroiny.

Istota uzleżnienia

Głód narkotykowy i inne zachowania kompulsywne stanowią trzon uzależnienia. Bardzo ciężko jest je kontrolować, znacznie ciężej niż fizyczne uzależnienie. Są głównymi symptomami, na których skupiają się programy leczenia uzależnień. Dla osoby uzależnionej nie istnieje silniejszy motywator niż głód narkotykowy. Głównym jej celem staje się zdobycie i wzięcie narkotyku. Wydaje się, że nic nie jest w stanie wygrać z głodem narkotykowym jako motywatorem. Ludzie popełniają wszelkiego rodzaju przestępstwa czy nawet porzucają własne dzieci, byle tylko zdobyć narkotyki.

Objawy

Wśród objawów i zachowań świadczących o uzależnieniu od narkotyków są:

- Poczucie konieczności regularnego zażywania narkotyku (codziennie lub kilka razy dziennie).

- Odczuwanie intensywnego pragnienia zażywania narkotyku, które zagłusza wszystkie inne myśli.
- Z czasem konieczność zwiększenia dawki by osiągnąć ten sam efekt.
- Przyjmowanie większych dawek substancji niż planowaliśmy przez dłuższy czas.
- Upewnianie się, że posiadamy zapas substancji.
- Wydawanie na nią pieniędzy, mimo że nas na nią nie stać.
- Niespełnianie oczekiwań i niewypełnianie obowiązków związanych z pracą, ograniczanie aktywności społecznych i rekreacyjnych z powodu zażywanej substancji.
- Dalsze zażywanie narkotyku mimo świadomości, że powoduje to problemy w naszym życiu lub fizycznie czy psychicznie nas krzywdzi.
- Uciekanie się do rzeczy, których normalnie byśmy nie zrobili, w celu zdobycia narkotyku, np. kradzież.
- Prowadzenie pojazdu lub podejmowanie się innych ryzykownych aktywności pod wpływem narkotyku.
- Spędzanie dużej ilości czasu na pozyskiwaniu narkotyków, braniu ich czy regeneracji po skutkach ich zażycia.
- Porażki przy próbach odstawienia narkotyku.
- Objawy zespołu abstynencyjnego przy próbach odstawienia narkotyku.

Rozpoznawanie przyjmowania szkodliwych substancji u członków rodziny

Czasami ciężko jest odróżnić normalne wahania nastrojów u nastolatków od zachowań wywołanych przez przyjętą substancję. Wśród zachowań mogących być znakiem, że twoje dziecko lub inny członek rodziny zażywa narkotyki, znajdują się:

- Problemy w szkole lub w pracy – częste nieobecności w szkole lub w pracy, nagły brak zainteresowania sprawami szkolnymi lub związanymi z miejscem zatrudnienia, gorsze wyniki w nauce lub w pracy.
- Fizyczne problemy ze zdrowiem – brak energii i motywacji, nagłe zmiany wagi, zaczerwienione oczy.
- Zaniedbywanie wyglądu – brak zainteresowania strojem, higieną osobistą, swoim wyglądem.
- Zmiany w zachowaniu – przesadne próby zakazania członkom rodziny wstępu do jego pokoju, utrzymywanie w tajemnicy, dokąd wychodzi, wyraźne zmiany w zachowaniu, w relacjach z rodziną i przyjaciółmi.
- Problemy finansowe – nagłe prośby o pieniądze bez podania powodu, znikanie pieniędzy, kradzieże, znikanie przedmiotów z domu, co może oznaczać, że zostały sprzedane w celu zdobycia środków na zakup narkotyków.

Rozpoznawanie objawów przyjmowania szkodliwych substancji lub objawów zatrucia nimi

Oznaki i symptomy niedawnego zażycia narkotyków mogą się różnić zależnie od rodzaju przyjętej substancji.

- Marihuana, haszysz i inne substancje zawierające susz konopii indyjskich
  - Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
    - odczuwanie euforii lub haj,
    - wrażenie podwyższonej percepcji (wzrok, słuch, smak),
    - podniesione ciśnienie oraz tętno,
    - zaczerwienione oczy,
    - suchość w ustach,
    - pogorszenie koordynacji,
    - kłopoty z koncentracją czy pamięcią,
    - opóźnione reakcje,
    - lęk lub myślenie paranoiczne,
    - zapach konopi indyjskich na ubraniu lub zażółcone czubki palców,
    - przesadna ochota na określone produkty żywnościowe o dziwnych porach.
  - Długotrwałe (chroniczne) zażywanie często łączy się z:
    - zauważalnie mniejszą bystrością,
    - gorszymi wynikami w szkole lub w pracy,
    - mniejszą liczbą zainteresowań lub znajomych.
- K2, „Spice" i sole do kąpieli
  - Dwie grupy substancji – syntetyczne kannabinoidy oraz pochodne katynonu – są nielegalne w większości państw. Ich efekty mogą być niebezpieczne i nieprzewidywalne, ponieważ nie przechodzą kontroli jakości i nie wszystkie ich składniki są znane. Syntetycznymi kannabinoidami, nazywanymi też SK lub K2 spryskuje się suszone zioła, które następnie się pali, jednak można też przygotować je w formie herbaty ziołowej. Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
    - odczuwana euforia lub haj,
    - zwyżka nastroju,
    - zmieniona percepcja wzrokowa, słuchowa i smakowa,
    - skrajny lęk lub pobudzenie,
    - paranoja,
    - halucynacje,
    - podniesione tętno i ciśnienie krwi lub zawał serca,
    - wymioty,
    - splątanie.

- Syntetyczne pochodne katynonu, inaczej sole do kąpieli, są substancjami psychoaktywnymi, jak amfetaminy, np. ecstasy (MDMA) czy kokaina. Opakowania są zwykle oznaczane nazwami innych produktów, by utrudnić wykrycie. Pomimo swojej nazwy nie są produktami do kąpieli jak sól epsom. Syntetyczne pochodne katynonu można zjeść, wciągnąć, wdychać lub wstrzykiwać, są też silnie uzależniające. Potrafią wywołać mocny stan odurzenia, mogący prowadzić do zagrożenia zdrowia czy nawet do śmierci. Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
  - euforia,
  - zwiększona towarzyskość,
  - zwiększony poziom energii i pobudzenie,
  - zwiększony popęd seksualny,
  - podniesione tętno i ciśnienie krwi,
  - problemy z trzeźwym myśleniem,
  - utrata kontroli nad mięśniami,
  - paranoja,
  - ataki paniki,
  - halucynacje,
  - delirium,
  - zachowania psychotyczne i agresywne.
- Barbiturany, benzodiazepiny i leki nasenne
  - Barbiturany, benzodiazepiny i leki nasenne są lekami ośrodkowego układu nerwowego przepisywanymi na receptę. Często są zażywane w celu osiągnięcia uczucia relaksacji lub aby się „wyłączyć" i zapomnieć o uczuciu stresu.
  - Barbiturany, na przykład fenobarbital czy sekobarbital (Seconal).
  - Benzodiazepiny, na przykład leki uspokajające, jak diazepam (Valium), alprazolam (Xanax), lorazepam (Ativan), klonazepam (Klonopin) i chlordiazepoksyd (Librium).
  - Leki nasenne, na przykład leki dostępne na receptę, jak zolpidem (Ambien, Intermezzo, inne) i zaleplon (Sonata).
  - Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
    - senność,
    - niewyraźna mowa,
    - brak koordynacji,
    - drażliwość lub zmiany nastroju,
    - problemy z koncentracją i trzeźwym myśleniem,
    - problemy z pamięcią,
    - mimowolne ruchy gałek ocznych,

    - brak zahamowań,
    - spowolniony oddech i obniżone ciśnienie krwi,
    - upadki lub wypadki,
    - zawroty głowy.
- Metamfetamina, kokaina i inne substancje psychoaktywne
    - Stymulanty to amfetamina, metamfetamina, kokaina, metylofenidat (Ritalin, Concerta, inne) oraz dekstroamfetamina (Adderall, Adderall XR, inne). Często korzysta się z nich dla uczucia haju, w celu podniesienia poziomu energii, poprawienia wyników w pracy czy szkole, utraty wagi, kontroli apetytu.
    - Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
        - uczucie euforii i nadmiernej pewności siebie,
        - zwiększenie czujności,
        - wyższy poziom energii i nerwowość,
        - zmiany w zachowaniu lub agresja,
        - przyspieszona, chaotyczna mowa,
        - rozszerzone źrenice,
        - zagubienie, urojenia, halucynacje,
        - irytacja, lęki, paranoja,
        - zmiany tętna, ciśnienia, temperatury ciała,
        - mdłości, wymioty, spadek wagi,
        - słaby osąd,
        - zatkany nos, uszkodzona błona śluzowa nosa (przy wciąganiu substancji),
        - rany jamy ustnej, chore dziąsła, próchnica zębów od palenia substancji,
        - bezsenność,
        - depresja, kiedy substancja przestaje działać.
- Narkotyki klubowe
    - Narkotyki klubowe często pojawiają się w klubach, na koncertach, imprezach. Przykłady to ecstasy lub molly (MDMA), kwas 4-hydroksybutanowy (GHB), flunitrazepam (Rohypnol – marka znana poza USA – znana też jako tabletka gwałtu) i ketamina. Te substancje nie należą do tej samej kategorii, ale mają podobne efekty i idące za nimi zagrożenia, w tym efekty związane z dłuższym zażywaniem.
    - Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
        - halucynacje,
        - paranoja,
        - rozszerzone źrenice,
        - dreszcze i pocenie,

        - mimowolne drżenie (drgawki),
        - zmiany w zachowaniu,
        - skurcze mięśni i zaciskanie szczęk,
        - rozluźnienie mięśni, słaba koordynacja, problemy z poruszaniem się,
        - mniejsze zahamowania,
        - bardziej intensywny lub zmieniony zmysł wzroku, słuchu i smaku,
        - słaby osąd,
        - problemy z pamięcią bądź utrata pamięci,
        - zmniejszony poziom świadomości,
        - przyspieszone lub spowolnione tętno i ciśnienie.
    - Substancje halucynogenne
        - Przyjmowanie substancji halucynogennych może wywołać różne reakcje i symptomy, zależnie od zażywanego narkotyku. Najczęściej spotykane halucynogeny to dietyloamid kwasu lizergowego (LSD) i fencyklidyna (PCP).
        - LSD może powodować:
            - halucynacje,
            - znacznie pogorszone postrzeganie rzeczywistości, np, interpretacja jednego zmysłu jako inny, jak słyszenie kolorów,
            - impulsywne zachowanie,
            - nagłe zmiany nastroju,
            - stałe zmiany w percepcji,
            - przyspieszone bicie serca i wysokie ciśnienie,
            - drgawki,
            - retrospekcje, ponowne doświadczanie halucynacji – nawet wiele lat później.
        - PCP może spowodować:
            - uczucie oddzielenia od własnego ciała i otoczenia,
            - halucynacje,
            - problemy z koordynacja i poruszaniem się,
            - agresywne, gwałtowne zachowania,
            - mimowolne ruchy gałek ocznych,
            - brak uczucia bólu,
            - szybsze bicie serca i wyższe ciśnienie,
            - problemy z myśleniem i pamięcią,
            - problemy z wysłowieniem się,
            - zaburzony osąd,
            - problem ze zniesieniem hałasu,
            - czasami napady padaczkowe lub śpiączka.

- Wziewne środki odurzające
  - Oznaki i symptomy zażywania wziewnych środków odurzających mogą różnić się zależnie od przyjmowanej substancji. Niektóre z najczęściej zażywanych substancji to na przykład: klej, rozpuszczalniki, korektory, płyn z flamastrów, benzyna, środki czystości lub domowe aerozole. Ze względu na toksyczność tych substancji, zażywanie ich może prowadzić do uszkodzenia mózgu lub śmierci.
  - Wśród oznak i objawów niedawnego zażycia mogą być:
    - posiadanie substancji wziewnej bez rozsądnego wytłumaczenia,
    - krótkie uczucie euforii lub upojenia,
    - zmniejszenie zahamowań,
    - bojowość lub skłonność do awantur,
    - zawroty głowy,
    - mdłości lub wymioty,
    - mimowolne ruchy gałek ocznych,
    - wrażenie bycia „pod wpływem", niewyraźna mowa, powolne ruchy, słaba koordynacja,
    - nieregularne bicie serca,
    - drgawki,
    - unoszący się zapach wdychanej substancji,
    - wysypka wokół nosa i ust.
- Opioidy
  - Opioidy są narkotycznymi, przeciwbólowymi wyrobami syntetycznymi wyprodukowanymi z opium. Ten rodzaj substancji to na przykład heroina, morfina, kodeina, metadon czy oksykodon.
  - Wśród oznak i objawów zażywania lub uzależnienia mogą być:
    - zawyżony próg bólu,
    - wzburzenie, ospałość lub uspokojenie polekowe,
    - niewyraźna mowa,
    - problem ze skupieniem uwagi i pamięcią,
    - zwężone źrenice,
    - brak świadomości lub niezauważanie osób i rzeczy wokół,
    - problemy z koordynacją,
    - depresja,
    - splątanie,
    - zaparcia,
    - zatkany nos lub rany koło nosa (przy wciąganiu substancji),
    - ślady po igłach (przy wstrzykiwaniu substancji).
  - Umów się na wizytę u lekarza, jeśli:

- nie jesteś w stanie przestać zażywać substancji,
- wciąż przyjmujesz substancję pomimo powodowanych przez nią szkód,
- zażywanie narkotyków prowadzi do niebezpiecznych zachowań, jak używanie tych samych igieł czy seks bez zabezpieczeń,
- myślisz, że możesz doświadczać symptomów odstawienia po zaprzestaniu zażywania substancji.

Organizacja interwencji

Osoby zmagające się z uzależnieniem zwykle twierdzą, że zażywanie substancji psychoaktywnych nie jest problemem i niechętnie zgłaszają się na leczenie. Interwencja stawia przed bliską nam osobą szansę wprowadzenia zmian, zanim jej sytuacja jeszcze bardziej się pogorszy i może zmotywować ją do szukania pomocy bądź przyjęcia jej. Interwencję należy dokładnie zaplanować, może zostać przeprowadzona przez rodzinę lub bliskich po konsultacji z lekarzem czy innym profesjonalistą, jak na przykład terapeutą wykwalifikowanym w leczeniu uzależnień. Może ją również poprowadzić osoba profesjonalnie zajmująca się interweniowaniem w takich przypadkach. Biorą w niej udział członkowie rodziny, przyjaciele, czasami koledzy z pracy, duchowni bądź inne osoby zaniepokojone stanem osoby uzależnionej.

Przyczyny

Podobnie jak przy innych zaburzeniach zdrowia psychicznego, na rozwój uzależnienia od narkotyków może wpływać wiele czynników. Główne z nich to:

- Środowisko. Czynniki środowiskowe, w tym wierzenia i postawa rodziny oraz wpływ grupy rówieśniczej zachęcającej do zażywania substancji odgrywają istotną rolę przy pierwszych próbach zażywania narkotyków.
- Geny. Kiedy już zacznie się zażywać daną substancję, na rozwój uzależnienia mają wpływ cechy dziedziczne (genetyczne), przy których uzależnienie może rozwijać się z opóźnieniem lub w przyspieszonym tempie.

Zmiany w mózgu

Fizyczne uzależnienie zdaje się następować w momencie, kiedy wielokrotne zażycie substancji zmienia sposób, w jaki nasz mózg odczuwa przyjemność. Substancja uzależniająca powoduje fizyczne zmiany w komórkach nerwowych (neuronach) w mózgu. Neurony wykorzystują do komunikacji związki chemiczne nazywane neuroprzekaźnikami. Te zmiany pozostają w mózgu na długo po zaprzestaniu zażywania substancji.

Czynniki ryzyka

Osoby w każdym wieku, każdej płci i niezależnie od sytuacji materialnej mogą doświadczyć uzależnienia. Istnieją jednak czynniki mające wpływ na prawdopodobieństwo i czas, w jakim dojdzie do uzależnienia:

- Uzależnienia w rodzinie. Prawdopodobieństwo uzależnienia jest wyższe w pewnych rodzinach, co zapewne ma podłoże genetyczne. Jeśli masz krewnych, na przykład rodziców czy rodzeństwo, którzy zmagają się z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków, zwiększa to prawdopodobieństwo, że również doświadczysz uzależnienia.
- Zaburzenie psychiczne. Jeśli u kogoś zdiagnozowano zaburzenie psychiczne, jak np. depresja, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) czy zespół stresu pourazowego, prawdopodobieństwo uzależnienia od narkotyków jest wyższe. Zażywanie substancji może stać się sposobem radzenia sobie z bolesnymi uczuciami, lękami, depresją czy samotnością, co prowadzi do pogorszenia tych problemów.
- Presja otoczenia. Presja wywierana przez otoczenie jest silnym czynnikiem mogącym prowadzić do zażywania i nadużywania substancji, szczególnie wśród młodych ludzi.
- Brak zaangażowania rodziny. Trudne sytuacje rodzinne i brak więzi z rodzicami lub rodzeństwem może zwiększyć ryzyko uzależnienia, podobnie jak brak nadzoru rodzicielskiego.
- Młody wiek. Zażywanie substancji w młodym wieku może wywołać zmiany we wciąż rozwijającym się mózgu i zwiększyć prawdopodobieństwo uzależnienia.

Przyjmowanie silnie uzależniającego narkotyku. Niektóre narkotyki, jak np. stymulanty, kokaina lub opioidy przeciwbólowe, mogą wywołać szybsze uzależnienie niż inne. Palenie lub wstrzykiwanie substancji może zwiększyć prawdopodobieństwo uzależnienia. Przyjmowanie substancji uznawanych za mniej uzależniające, „lekkie", może być pierwszym krokiem na drodze do uzależnienia.

Powikłania

- Metamfetamina, opiaty i kokaina są silnie uzależniające i powodują wiele krótko- i długoterminowych konsekwencji zdrowotnych, w tym zachowania psychotyczne, napady padaczkowe czy nawet śmierć spowodowana przedawkowaniem.
- GHB i flunitrazepam mogą wywoływać senność, zagubienie czy utratę pamięci. Te tak zwane „tabletki gwałtu" ograniczają zdolność stawiania oporu przed niechcianym kontaktem i mogą sprawić, że takie zdarzenie będzie trudno sobie przypomnieć. Przyjmowane w dużych dawkach mogą wywo-

łać napady padaczkowe, śpiączkę lub śmierć. Niebezpieczeństwo zwiększa się, jeśli są przyjmowane z alkoholem.
- Ecstasy lub molly (MDMA) może wywołać odwodnienie, zaburzenia równowagi elektrolitowej, a w konsekwencji napady padaczkowe. Zażywane długoterminowo MDMA może doprowadzić do uszkodzenia mózgu.
- Niebezpieczeństwo związane z narkotykami klubowymi wiąże się z tym, że płyny, tabletki lub proszki dostępne na ulicach często zawierają nieznane substancje, które mogą być silnie szkodliwe, w tym inne nielegalnie wyprodukowane środki bądź leki.

Ze względu na toksyczność wziewnych środków odurzających korzystanie z nich może prowadzić do uszkodzeń mózgu o różnym stopniu niebezpieczeństwa.

Inne konsekwencje wpływające na resztę życia

Zależność od przyjmowanej substancji może prowadzić do wielu niebezpiecznych, szkodliwych komplikacji, jak na przykład:
- Choroby zakaźne. Prawdopodobieństwo zarażenia chorobą zakaźną, jak np. HIV, drogą płciową lub przez korzystanie z tej samej igły jest wyższe w przypadku osób uzależnionych.
- Inne problemy zdrowotne. Uzależnienie może prowadzić do wielu krótko- bądź długoterminowych problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym. Ryzyko jest różne w zależności od przyjmowanej substancji.
- Wypadki. Prawdopodobieństwo, że osoby uzależnione będą prowadzić pojazd lub wykonywać inne niebezpieczne czynności pod wpływem narkotyków, jest podwyższone.
- Samobójstwo. Osoby uzależnione od narkotyków są bardziej zagrożone samobójstwem niż osoby, które nie zmagają się z uzależnieniem.
- Problemy rodzinne. Zmiany w zachowaniu mogą prowadzić do problemów małżeńskich lub konfliktów w rodzinie i sporów o prawa rodzicielskie.
- Kłopoty w pracy. Zażywanie narkotyków może prowadzić do gorszych wyników w pracy, nieobecności i utraty zatrudnienia.
- Trudności w szkole. Narkotyki mogą mieć negatywny wpływ na motywację i wyniki w szkole.
- Problemy z prawem. Problemy natury prawnej są częste w przypadku osób uzależnionych, spowodowane są kupowaniem bądź posiadaniem nielegalnych substancji, kradzieżami w celu zdobycia środków na zakup narkotyków, prowadzeniem pojazdów pod wpływem narkotyków lub alkoholu bądź sporami o prawną opiekę nad dziećmi.

- Kłopoty finansowe. Wydawanie pieniędzy na zakup narkotyków może sprawić, że zabraknie ich na inne potrzeby, co może skończyć się długami i prowadzić do nielegalnych lub nieetycznych zachowań.

Zapobieganie

Najlepszym sposobem uniknięcia uzależnienia od narkotyku jest nieprzyjmowanie go. Jeśli lekarz zapisze ci substancję, od której potencjalnie można się uzależnić, przyjmują ją ostrożnie i zgodnie z zaleceniami.

Zapobieganie stosowania substancji szkodliwych przez dzieci i młodzież

- Komunikacja. Porozmawiaj ze swoimi dziećmi o ryzykach, jakie niesie ze sobą używanie i nadużywanie substancji.
- Słuchanie. Bądź dobrym słuchaczem, kiedy twoje dzieci mówią o presji otoczenia, wpieraj ich starania, by się jej nie poddały.
- Dawane dobrego przykładu. Nie nadużywaj alkoholu i substancji uzależniających. Dzieci rodziców, którzy zażywają narkotyki, są bardziej narażone na uzależnienie.
- Wzmacnianie więzi. Relacje z dziećmi należy pielęgnować. Silna, stabilna więź między rodzicem a twoim dzieckiem redukuje ryzyko, że dziecko zacznie używać substancje uzależniające lub ich nadużywać.

Niedopuszczenie do powrotu do nałogu

- Należy monitorować swoje pragnienia. Może wydawać się, że już pozbyliśmy się uzależnienia i nie musimy unikać narkotyków. Jednak szanse pozostania wolnym od nałogu będą znacznie wyższe, jeśli wciąż będziesz widywać się z terapeutą, chodzić na spotkania grupy wsparcia i przyjmować przepisane leki.
- Unikaj ryzykownych sytuacji. Nie wracaj do miejsc, gdzie kiedyś kupowałeś narkotyki. Trzymaj się z daleka od znajomych, z którymi je zażywałeś.
- Jeśli przyjmiesz substancję ponownie, natychmiast poproś o pomoc. Jeśli zaczniesz znowu zażywać narkotyki, zwróć się do swojego lekarza, terapeuty bądź innej osoby, która udzieli ci natychmiastowej pomocy.

3.1.5.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

Uzależnienie jest zaburzeniem, które można wyleczyć. Badania nad uzależnieniami doprowadziły do opracowania metod pomocy osobom chcącym przestać zażywać narkotyki i powrócić do produktywnego trybu funkcjonowania, znanego także jako ODWYK. Jak w przypadku innych chronicznych chorób, jak np. choroby

serca czy astma, leczenie uzależnień zwykle nie prowadzi do wyleczenia. Jednak z uzależnieniem MOŻNA sobie radzić. Leczenie pozwala ludziom przeciwdziałać destrukcyjnemu wpływowi na ich mózg i zachowanie, odzyskać kontrolę nad życiem. Dodatkowo z pomocą leków osoby uzależnione mogą przejść detoksykację, choć detoks to nie to samo co leczenie i nie można wyleczyć się, przechodząc tylko przez ten etap. Detoksykacja bez dalszego leczenia zwykle prowadzi do powrotu do uzależnienia. Na różnych etapach leczenia pacjenta chcącego przestać zażywać narkotyki, kontynuować leczenie i uniknąć powrotu do nałogu, korzysta się z różnych leków.

- Leczenie objawów odstawienia. Kiedy pacjent po raz pierwszy przestanie zażywać narkotyki, może doświadczyć rozmaitych objawów fizycznych i emocjonalnych, w tym nerwowości, problemów ze snem, ale też depresji, lęków i innych problemów ze zdrowiem psychicznym. Niektóre leki i urządzenia wykorzystywane w leczeniu zmniejszają te objawy, ułatwiając pacjentowi zaprzestanie zażywania substancji.
- Kontynuowanie leczenia. Niektóre leki i aplikacje mobilne używane są w celu stopniowej adaptacji mózgu do nieobecności narkotyku. Leczenie odbywa się powoli, by pomóc uniknąć głodu narkotykowego, wywołuje efekt uspokajający nasze układy narządów. Może też pomóc pacjentowi skupić się na pomocy psychologa lub innych formach terapii związanych z leczeniem uzależnienia.
- Niedopuszczenie do powrotu do nałogu. Nauka pokazała nam, że sygnały stresowe związane z zażywaniem substancji (ludzie, miejsca, nastroje) oraz ponowny kontakt z substancją, to najczęstsze powody, przez które ludzie wracają do nałogu. Naukowcy pracują nad nowymi formami terapii, mającymi ingerować w te procesy, pozwalając pacjentowi pozostać na odwyku.

Popularne leki stosowane w leczeniu uzależnienia od substancji szkodliwych i objawów odstawienia:

- Opioidy
  - Metadon
  - Buprenorfina
  - Naltrekson o przedłużonym działaniu
  - Lofeksydyna
- Nikotyna
  - Terapia zamiennikami nikotyny (dostępne jako plastry, inhalatory, guma)
  - Bupropion
  - Wareniklina

- Alkohol
  - Naltrekson
  - Disulfiram
  - Akamprozat
- Terapia behawioralna pomaga osobom leczącym uzależnienie zmienić swoje podejście i zachowania związane z zażywaniem substancji. Terapia behawioralna może również zwiększyć efektywność leków i pomóc osobom uzależnionym dłużej kontynuować leczenie.
  - Terapia poznawczo-behawioralna pomaga pacjentom rozpoznawać, unikać i radzić sobie z sytuacjami, w których najbardziej prawdopodobne jest, że ponownie zażyją narkotyki.
  - Zasada Premacka używa pozytywnej motywacji, jak przyznawanie nagród lub przywilejów za niezażywanie substancji, udział w sesjach terapeutycznych lub poprawne przyjmowanie leków podczas leczenia.
  - Terapia wzmacniająca motywację korzysta ze strategii pozwalających w pełni wykorzystać gotowość uczestników do zmiany zachowania i rozpoczęcia leczenia.
  - Terapia rodzinna pomaga ludziom (zwłaszcza młodym osobom) z problemami z zażywaniem substancji, jak również ich rodzinom, odnieść się do czynników mających wpływ na wzorce związane z zażywaniem substancji i poprawić funkcjonowanie rodziny jako grupy.
  - Program 12 kroków (TSF) to terapia indywidualna zwykle składająca się z 12 cotygodniowych sesji, mająca przygotować uczestnika do udziału w 12-stopniowym programie wsparcia. Te programy, jak np. Anonimowi Alkoholicy, nie są formą leczenia, ale dają uczestnikom wsparcie społeczne i uzupełniające. TSF działa w zgodzie z zasadami akceptacji, poddania się terapii i aktywnego uczestnictwa w procesie odwyku.

Leczenie musi odnosić się do wszystkich aspektów osoby leczonej.

3.1.5.3. Rokowania dla pacjenta

Zaprzestanie zażywania narkotyków to tylko jeden krok na długiej i skomplikowanej drodze do wyjścia z uzależnienia. W momencie rozpoczęcia leczenia uzależnienie spowodowało już poważne konsekwencje w życiu pacjenta, potencjalnie wyrządziło szkody zdrowotne i wpłynęło na to, jak funkcjonuje w życiu rodzinnym, w pracy i w społecznościach. Ponieważ uzależnienie wpływa na tak wiele aspektów życia pacjenta, leczenie musi odnieść się do jego wszystkich potrzeb, by mogło odnieść sukces.

Piśmiennictwo

1. Blanco C, Alderson D, Ogburn E, et al. Changes in the prevalence of non-medical prescription drug use and drug use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. Drug Alcohol Depend 2007; 90(2–3): 252–260.
2. Treatment Episode Data Set (TEDS) 2003–2013: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [online] 12.2015. URL: http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2013_Treatment_Episode_Data_Set_National/2013_Treatment_Episode_Data_Set_National.pdf.
3. Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [online] 05.2013. URL: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED/DAWN2k11ED.pdf.
4. Jones CM, McAninch JK. Emergency Department Visits and Overdose Deaths From Combined Use of Opioids and Benzodiazepines. Am J Prev Med 2015; 49(4): 493–501.
5. Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths—United States, 2000–2014. Centers for Disease Control and Prevention. [online] 1.01.2016 [cyt. 7.11.2017]. URL: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6450a3.htm.

3.1.6. Pacjent ze schorzeniem genetycznym, np. zespół Downa

3.1.6.1. Charakterystyka – istota, objawy

Zespół Downa to stan, gdy u dziecka rozpoznaje się obecność dodatkowej kopii 21. choromosomu – stąd jego inna nazwa to trisomia 21. Powoduje to opóźnienie w rozwoju fizycznym i psychicznym oraz niepełnosprawność.

Przyczyny wystąpienia zespołu Downa

U dzieci z zespołem Downa jeden z chromosomów nie dzieli się prawidłowo. Dziecko ma trzy kopie lub dodatkową częściową kopię chromosomu 21, zamiast dwóch. W miarę rozwoju mózgu i cech fizycznych dodatkowy chromosom powoduje problemy.

Trisomia 21

Trisomia 21 oznacza, że w każdej komórce znajduje się dodatkowa kopia chromosomu 21. To jest najbardziej powszechna postać zespołu Downa.

Translokacja

W tym typie zespołu Downa dzieci mają tylko dodatkową część chromosomu 21. Ogółem jest 46 chromosomów. Jednak do jednego z nich dołączony jest dodatkowy fragment chromosomu 21. Niektórzy rodzice mają większe szanse na poczę-

cie dziecka z zespołem Downa. Według Centers for Disease and Prevention, matki w wieku 35 lat i starsze rodzą dzieci z zespołem Downa częściej niż młodsze. Prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wzrasta wraz z wiekiem matki.

Inni rodzice, u których dziecka występuje podwyższone ryzyko zespołu Downa, to np.:

- osoby, w których rodzinie wystąpił wcześniej zespół Downa,
- osoby będące nosicielami translokacji genetycznej.

Należy pamiętać, że żaden z tych czynników nie oznacza pewności, że dziecko będzie obarczone zespołem Downa. Jednak patrząc na dane dotyczące dużych populacji, należy stwierdzić, że mogą one zwiększać takie prawdopodobieństwo.

Objawy

Zwykle po narodzinach dzieci z zespołem Downa mają charakterystyczne objawy, w tym:

- płaskie rysy twarzy,
- mała głowa i uszy,
- krótka szyja,
- wypukły język,
- skośne oczy z kącikami skierowanymi w górę,
- nietypowy kształt uszu,
- słabe napięcie mięśni.

Osoby z zespołem Downa zwykle mają pewien stopień niepełnosprawności rozwojowej, ale często jest ona łagodna lub umiarkowana. Opóźnienia w rozwoju umysłowym i społecznym mogą oznaczać:

- impulsywne zachowanie,
- słaby osąd,
- krótki czas koncentracji,
- powolne uczenie się.

Wśród komplikacji często towarzyszących zespołowi Downa mogą znaleźć się:

- wrodzone wady serca,
- ubytek słuchu,
- słaby wzrok,
- zaćma,
- problemy z biodrami, takie jak zwichnięcia,
- białaczka,
- chroniczne zaparcia,
- bezdech senny,
- demencja (problemy z myśleniem i pamięcią),
- niedoczynność tarczycy,

- otyłość,
- późny wzrost zębów, powodujący problemy z żuciem,
- choroba Alzheimera w późniejszym życiu.

Badanie rozpoznające wystąpienie zespołu Downa u płodu

Medycyna zapobiegawcza jest najważniejszą częścią dzisiejszej opieki prenatalnej. Badania przesiewowe w kierunku zespołu Downa są oferowane we wszystkich krajach, które mają dobry system opieki zdrowotnej. Brakuje jednak wiedzy na temat możliwości i ograniczeń dostępnych badań prenatalnych pod kątem zespołu Downa wśród ciężarnych kobiet w Bułgarii. Jeśli kobieta jest powyżej 35. roku życia, a ojciec dziecka ma ponad 40 lat lub jeśli w rodzinie występuje zespół Downa, należy rozważyć poddanie się badaniom.

Pierwszy trymestr

Badanie ultrasonograficzne i badania krwi mogą wykryć zespół Downa u płodu. Występuje w nich jednak wyższy wskaźnik wyników fałszywie pozytywnych niż przy testach wykonanych w późniejszych stadiach ciąży. Jeśli wyniki nie są prawidłowe, lekarz może przeprowadzić kontrolę poprzez amniopunkcję po 15. tygodniu ciąży.

Drugi trymestr

Badanie ultrasonograficzne i test poczwórnego markera (QMS) może pomóc w identyfikacji zespołu Downa oraz innych wad mózgu czy rdzenia kręgowego. Te badania wykonuje się między 15. a 20. tygodniem ciąży. Jeśli wynik którejkolwiek z tych prób nie jest w normie, uznaje się, że pacjentka jest w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia wad wrodzonych.

Dodatkowe badania prenatalne

Lekarz może zlecić dodatkowe badania w celu wykrycia zespołu Downa u dziecka. Może wśród nich być:

- Amniocenteza. Lekarz pobiera próbkę płynu owodniowego, aby zbadać liczbę chromosomów dziecka. Test jest zwykle wykonywany po 15. tygodniu.
- Biopsja kosmówki (CVS). Lekarz pobiera komórki z łożyska, aby zbadać chromosomy płodu. Ten test jest wykonywany między 9. a 14. tygodniem ciąży. Może zwiększyć ryzyko poronienia, jednak według Mayo Clinic wzrasta ono jedynie o mniej niż 1 procent.
- Przezskórne pobieranie próbek krwi pępowinowej (PUBS lub kordocenteza). Lekarz pobiera krew z pępowiny i bada ją pod kątem defektów chromosomalnych. Odbywa się to po 18. tygodniu ciąży. To badanie zwiększa ryzyko poronienia, więc wykonuje się je tylko wtedy, gdy wyniki wszystkich innych testów są niepewne.

Badanie wykonywane po narodzinach dziecka

Po urodzeniu lekarz:

- przeprowadza badanie fizykalne dziecka,
- wykonuje badanie krwi zwane kariotypem, aby potwierdzić zespół Downa.

3.1.6.2. Postępowanie w rozpoznanym zespole Downa

Istnieje wiele różnych programów wsparcia i programów edukacyjnych, które mogą pomóc zarówno chorym, jak i ich rodzinom. Dostępne programy zaczynają się od interwencji w okresie niemowlęcym. W niektórych krajach prawo federalne wręcz wymaga, aby poszczególne stany, rejony, oferowały programy terapeutyczne dla kwalifikujących się rodzin. W ramach tych programów nauczyciele i terapeuci edukacji specjalnej pomogą dziecku zyskać:

- umiejętności sensoryczne,
- umiejętności społeczne,
- umiejętności samopomocy,
- zdolności motoryczne,
- zdolności językowe i poznawcze.

Szkoła jest ważną częścią życia dziecka z zespołem Downa, niezależnie od jego zdolności intelektualnych. Szkoły publiczne i prywatne wspierają osoby z zespołem Downa oraz ich rodziny w klasach zintegrowanych oraz poprzez specjalne możliwości edukacyjne. Nauka w szkole umożliwia cenną socjalizację i pomaga uczniom z zespołem Downa budować ważne umiejętności życiowe.

Specyfika opieki pielęgniarskiej

- Specyfika opieki pielęgniarskiej oraz wszelkich udzielanych świadczeń jest zależna przede wszystkim od stopnia upośledzenia umysłowego osoby chorej.
- Nie wolno zapominać, że umiejętności werbalne pacjenta mogą być opóźnione bardziej niż inne umiejętności fizyczne. Przed rozmową należy sprawdzić słuch i interpretację dźwięków, aby upewnić się, że pacjent słyszy prawidłowo. W celu usprawnienia tego procesu można skorzystać z urządzeń wspomagających. Czasami można użyć tablicy z obrazkami, aby pomóc dziecku wyrazić uczucia i myśli. Dzieci oraz dorośli mogą również uczyć się języka migowego.
- Podczas pracy z osobą z zespołem Downa powinno się obserwować, czy pacjent jest rozdrażniony, nie reaguje na kontakt, czy kontakt wzrokowy podczas karmienia jest anormalny, czy występują problemy z motoryką, obniżona czujność na sygnały głosowe lub trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Jeśli w którymkolwiek z tych obszarów nastąpią zmiany, należy poinformować o nich pielęgniarkę.

- Rodzina może potrzebować pomocy w zapobieganiu innym problemom. Powinno się omówić potrzebę modyfikacji codziennej rutyny, mogącej pomóc w opiece nad pacjentem. Przykładowo, stawy niemowlęcia lub małego dziecka mogą być wiotkie, a dziecko może zwisać w ramionach rodzica. W takiej sytuacji dobrze jest zachęcić rodziców do ciasnego owijania noworodka i trzymania go blisko ciała, z podtrzymaniem głowy i kręgosłupa.
- Należy zwrócić uwagę na problemy z oddychaniem spowodowane obniżonym napięciem mięśniowym. Słabo rozwinięta kość nosowa może być powodem niedostatecznego drenażu, duszności i suchości w ustach. Dziecko może być również narażone na infekcje górnych dróg oddechowych. Należy upewnić się, że rodzice wiedzą, jak prawidłowo opróżniać przewody nosowe, jeśli to konieczne. Można też zasugerować rodzicom płukanie ust dziecka po jedzeniu i siadanie w pozycji pionowej do karmienia.
- Podczas obserwacji powinno się zwrócić uwagę na krztuszenie się lub dławienie. Jedzenie powinno być spożywane powoli, małymi kęsami. Płyny również powinny być spożywane powoli. Dysfagia to częsty problem, występujący ze względu na krótką szyję pacjenta. Może to zwiększyć ryzyko zachłystowego zapalenia płuc. Powinno się pouczyć rodziców lub pacjenta o tym, jak ważne jest poświęcanie czasu na spożywanie posiłków bez pośpiechu. Dodatkowo pacjent z zespołem Downa często ma problemy z motoryką żołądka, takie jak refluks żołądkowy lub zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Należy zwrócić uwagę na niewerbalne oznaki bólu i stosować skalę oceny jego poziomu. Wszystkie przyjmowane pokarmy powinny być notowane.
- Z powodu słabego napięcia mięśniowego motoryka żołądka może być spowolniona, co często powoduje zaparcia. Błonnik powinien być stałym elementem diety, a nawyki żywieniowe dokładnie obserwowane i zapisywane. Pomiary wzrostu i masy ciała powinny być robione regularnie w celu wykluczenia otyłości i wysokiego BMI.
- Pacjent może rosnąć wolniej i rozwijać się w innym tempie niż rówieśnicy. Dobrze jest prowadzić tabelę z wymiarami dziecka, aby stale kontrolować wzrost i wagę.
- Ważna jest również pielęgnacja skóry. Nie wolno zapomnieć o sprawdzeniu, czy na skórze są pęknięcia lub zaczerwienienia. Należy pamiętać, aby w razie potrzeby smarować ją balsamem, a przed wyjściem na dwór używać kremów z filtrem przeciwsłonecznym. Powinno się sprawdzać wyrostki kostne, takie jak pięty i łokcie, pod kątem zaczerwienień lub ran. Fałdy skórne z kolei należy sprawdzać pod kątem wysypki. Skóra powinna być umyta i wysuszona. Jeśli jest to wskazane w planie leczenia, należy zastosować miejscowe kremy ochronne. Jeśli jakiekolwiek obszary wyglądają niepokojąco,

powinno się zgłosić to pielęgniarce w celu zaplanowania dodatkowego leczenia. Zaleca się unikanie produktów perfumowanych lub na bazie alkoholu, ponieważ mogą powodować podrażnienia.

- Ważne są również zajęcia rekreacyjne. Pomagają nie tylko w utrzymaniu napięcia mięśniowego, równowadze i koordynacji, ale także w kontrolowaniu wagi. Ponadto zajęcia grupowe mogą podnieść umiejętności socjalizacyjne. Należy upewnić się, że zajęcia mieszczą się w granicach możliwości dziecka lub osoby dorosłej i nie spowodują nadmiernego obciążenia stawów czy słabych mięśni.
- Ważne jest również przestrzeganie planu żywieniowego. Pacjent powinien spożywać trzy posiłki dziennie, które obejmują potrzebne grupy pokarmowe. Wśród technik samokontroli może znaleźć się dziennik żywności, aby monitorować spożycie kalorii i sodu, jeśli u pacjenta występują choroby serca.
- W pracy z dziećmi i dorosłymi należy sprawdzić higienę jamy ustnej. Pacjent może nie być w stanie skutecznie szczotkować zębów ze względu na obniżone zdolności motoryczne lub upośledzenie funkcji poznawczych, które sprawia, że potrzebne są instrukcje dotyczące skutecznego szczotkowania i nitkowania zębów. Dostępne są również produkty, które mogą pomóc pacjentom w utrzymaniu higieny jamy ustnej. Należy pamiętać o sprawdzeniu planu leczenia pod kątem pomocy lub porozmawiać z pielęgniarką, jeśli zauważymy problemy.
- Problemem może być również bezpieczeństwo. Pacjent może słabo kontrolować szyję lub być ogólnie słaby. Niezbędna jest ochrona szyi i prawidłowe przemieszczanie obłożnie chorych. Można zastosować techniki wzajemnego wsparcia, jak również podnoszenie w dwie osoby, może być też konieczne użycie sprzętu zaprojektowanego do podnoszenia pacjentów. Można również użyć innego sprzętu medycznego, aby zapobiec upadkom. Przykładami są wózki inwalidzkie, krzesła prysznicowe lub chodziki.
- U osób starszych problemem może być zapalenie stawów. Do podparcia szyi mogą być potrzebne specjalne poduszki lub zwinięte ręczniki. Dodatkowo płaski ręcznik może okazać się bardziej pomocny niż poduszka, ponieważ szyja nie będzie nadmiernie wygięta. Kliny mogą również pomóc złagodzić ból pleców i bioder. Należy odnotować każdy ból i powiadomić pielęgniarkę, jeśli występują nowe lub nasilone dolegliwości.
- Ważne jest również zapobieganie chorobie. Powinno się nauczyć pacjenta dokładnego mycia rąk i trzymania się z dala od chorych. Może okazać się, że podczas nauki trzeba rozbić zadania na mniejsze etapy. Należy używać prostych, krótkich zdań, a jeśli to możliwe – poprosić pacjenta, aby powtórzył nam każdy krok.

Ocena położnicza/pielęgnarska

- Ocena fizyczna. Położna lub pielęgniarka powinna przeprowadzić dokładną, metodyczną ocenę noworodka od stóp do głów.
- Wywiad. Położna lub pielęgniarka powinna uzyskać historię ciąży matki, historię urodzeń i wyniki badań genetycznych.

Diagnozy pielęgniarskie

Na podstawie danych z oceny, główne diagnozy pielęgniarskie to:

- Opóźniony wzrost i rozwój związany z ograniczoną zdolnością do realizacji zadań rozwojowych.
- Deficyt samoopieki. W związku z zaburzeniami poznawczymi problemem mogą być kąpiel i higiena, ubieranie się, przyjmowanie pokarmu i toaleta.
- Ograniczona komunikacja werbalna związana z ograniczonymi umiejętnościami receptywnymi lub ekspresyjnymi.
- Ryzyko infekcji związane ze zmniejszonym napięciem mięśniowym i słabym drenażem śluzu.

Planowanie i cele opieki pielęgnarskiej

Główne cele dla dzieci z zespołem Downa to:

- Dziecko będzie posiadało typowe dla grupy wiekowej umiejętności motoryczne, społeczne i/lub ekspresyjne w zakresie swoich możliwości.
- Dziecko będzie wykonywać czynności samoopieki i samokontroli adekwatnie dla wieku.
- Dziecko będzie w stanie ustalić sposób komunikacji, w którym może wyrażać swoje potrzeby.
- Rany dziecka będą goić się w normalnym tempie, bez ropnego wysięku lub rumienia i dziecko nie będzie gorączkowało.

Interwencje pielęgniarskie

- Zapewnienie odpowiedniego żywienia. Należy ocenić zdolność dziecka do przełykania, a następnie udzielić informacji o prawidłowym sposobie podawania pokarmu i odpowiednim odżywianiu.
- Konieczne są częste konsultacje. Powinno się zachęcić rodziców do regularnego sprawdzania słuchu i wzroku dziecka.
- Sprawdzenie, czy rodzice rozumieją, czym jest zespół Downa. Rodziców powinno się edukować na temat zespołu Downa i opieki nad chorym dzieckiem.
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego i motywacji. Członek rodziny pacjenta odpowiedzialny za opiekę potrzebuje porad co do tego, jak radzić sobie w trudnych warunkach. Konieczne jest silne wsparcie i wskazówki od momentu narodzin dziecka.

Ocena

- Dziecko wykazuje typowe dla grupy wiekowej umiejętności motoryczne, społeczne i/lub ekspresyjne w zakresie swoich możliwości.
- Dziecko wykonywało czynności samoopieki i samokontroli odpowiednie do jego wieku.
- Dziecko potrafiło ustalić sposób komunikacji, w którym można wyrażać potrzeby.
- Rany dziecka goją się w normalnym tempie, bez wysięku ropnego lub rumienia czy gorączki.

Wpływ emocjonalny

W niektórych przypadkach, dopóki dziecko się nie urodzi, nie wiadomo, że ma zespół Downa. Poród jest jednocześnie ekscytującym i zazwyczaj trudnym doświadczeniem, ale informacja, że dziecko cierpi na tę chorobę, może być szokiem.

Rodzice, którzy niedawno dowiedzieli się, że ich dziecko jest obarczone wadą genetyczną – zespołem Downa, mogą doświadczać całego szeregu uczuć, takich jak strach, smutek lub zagubienie. Niektórzy odczuwają w tej sytuacji otępienie, podczas gdy u innych niemal natychmiastowo rozwija się wzmożona opiekuńczość w stosunku do dziecka.

Grupy wsparcia

Rodzice dziecka z zespołem Downa powinni pamiętać, że nie są w tej sytuacji sami. Na świecie żyją tysiące osób z tym schorzeniem. Są również osoby, takie jak członkowie ich rodziny, opiekunowie i przyjaciele, mające doświadczenie we wspieraniu i opiece nad chorymi. Pomocna może być rozmowa i dzielenie się doświadczeniami z innymi rodzinami. Mogą one być w stanie udzielić porady i pomóc opanować lęki lub obawy. Osobom, które nie są pewne, jak znaleźć odpowiednie grupy wsparcia, takich informacji powinien udzielić lekarz rodzinny.

Wczesne interwencje

Programy wczesnej interwencji są stworzone specjalnie dla dzieci z niepełnosprawnościami i mających trudności w nauce. Koncentrują się na zapewnieniu wsparcia niemowlętom oraz dzieciom z zespołem Downa – od urodzenia do piątego roku życia. Programy wczesnej interwencji zapewniają opiekę zdrowotną, zajęcia edukacyjne i terapie, takie jak logopedia i fizjoterapia. Obejmują również porady i wsparcie dla rodziny opiekującej się dzieckiem. Wczesna interwencja jest ważna, ponieważ im wcześniej dziecko z zespołem Downa otrzyma niezbędną pomoc i wsparcie, tym bardziej prawdopodobne jest, że będzie niezależne i zdrowe w późniejszym życiu.

Grupa wsparcia

Istnieje wielu różnych pracowników służby zdrowia, którzy pomogą monitorować i leczyć osoby z zespołem Downa.

- Fizjoterapeuta może pomóc pacjentowi czy pacjentce z zespołem Downa zwiększyć zakresy ruchu. Dziecko z zespołem Downa często przechodzi fizjoterapię od najmłodszych lat, ponieważ może np. mieć słabe napięcie mięśniowe. W takiej sytuacji fizjoterapeuta może pomóc mu nauczyć się przewracać, siadać lub chodzić.
- Logopeda. Dzieci z zespołem Downa mogą mieć problemy z nauką mówienia, więc logopeda może pomóc im nauczyć się skuteczniej komunikować.
- Terapeuta zajęciowy może zapewnić osobom z zespołem Downa praktyczne wsparcie, co pomoże im żyć bardziej niezależnie. Może również pomóc im w nauce ważnych umiejętności społecznych.
- Dietetyk. Osobom z zespołem Downa może być trudniej kontrolować wagę. Dietetyk pomoże im opracować plan żywienia dostosowany do ich potrzeb, aby zapewnić zdrową, pożywną i zbilansowaną dietę.
- Lekarz POZ może pomóc uporać się z wszelkimi ogólnymi problemami zdrowotnymi, a także z codziennym postępowaniem z zespołem Downa.
- Pracownik opieki społecznej. Osoby z zespołem Downa mogą potrzebować pomocy w przezwyciężaniu niektórych problemów społecznych, jak np. znalezienie mieszkania czy ubieganie się o świadczenia finansowe. Pracownik opieki społecznej pomoże w tym, umożliwiając im bardziej niezależne życie.
- Audiolog. Osoby z zespołem Downa mogą mieć problemy ze słuchem. Audiolog może pomóc, monitorując słuch, aby jak najszybciej wykryć wszelkie problemy.
- Okulista i ortoptysta to ktoś, kto specjalizuje się w leczeniu chorób oczu. Osoby z zespołem Downa są bardziej narażone na problemy z oczami, takie jak infekcje oka lub zaćma. Ortoptysta często współpracuje z okulistą w celu leczenia chorób oczu, które mogą wiązać się z problemami z poruszaniem się lub zdolnością skupiania wzroku, jak np. zez lub „leniwe oko" (niedowidzenie).
- Pediatra to lekarz specjalizujący się w leczeniu dzieci. Może pomóc w koordynacji różnych typów leczenia zależnie od potrzeb dziecka.
- Kardiolog. U osób z zespołem Downa występuje podwyższone ryzyko wystąpienia chorób serca. Z tego powodu warto przeprowadzać regularne badania. Kardiolog specjalizuje się w leczeniu chorób serca.

Monitorowanie

Zarówno dzieci, jak i dorośli z zespołem Downa powinni regularnie uczęszczać na badania w celu monitorowania swojego stanu zdrowia. Ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, jak np. zaćmy lub problemów ze słuchem, jest w ich przypadku wyższe. Dlatego ważne jest, by pozostawać pod stałą obserwacją, by takie problemy mogły zostać wcześnie wykryte i poddane leczeniu.

Niezależne funkcjonowanie

Jeśli osoby z zespołem Downa otrzymują wsparcie i pomoc, mogą prowadzić niezależne, aktywne życie, choć wiele zależy do stopnia upośledzenia umysłowego osoby chorej. Wiele dzieci z zespołem Downa jest w stanie uczęszczać do zwykłych szkół. Jeśli jednak choroba znacznie wpłynęła na rozwój dziecka, wydaje się, że specjalne metody nauczania mogą być dla niego korzystne. Istnieją szkoły i inne instytucje przystosowane do potrzeb takich osób.

3.1.6.3. Rokowania dla pacjenta

W ciągu ostatnich dziesięcioleci średnia długość życia osoby z zespołem Downa znacznie wzrosła. W latach 60. XX w. niemowlę z zespołem Downa często nie dożywało 10. urodzin. Dzisiaj zakłada się, że osoby te średnio dożywają 50–60 lat.

Ważne informacje na temat zespołu Downa

- Co roku na świat przychodzi około 6000 dzieci z zespołem Downa.
- Ta choroba dotyka co trzecie dziecko w wieku szkolnym w grupie osób ze średnią lub poważną niepełnosprawnością umysłową.
- Częstsze występowanie na całym świecie zespołu Downa wiąże się ze wzrostem średniej długości życia w ciągu ostatnich kilku dekad.
- Charakterystyczne cechy morfologiczne są łatwe do rozpoznania u dzieci powyżej 1. roku życia.
- Zdarza się, że choroba występuje u kilku członków rodziny. Ryzyko wystąpienia zespołu Downa u rodzeństwa pacjenta zależy od wieku matki.
- Stosunek mężczyzn do kobiet jest nieco wyższy (około 1,15 : 1) wśród dzieci z zespołem Downa, ale ten wynik ogranicza się jedynie do noworodków z trisomią 21.
- Zakłada się, że około 50% pacjentek z trisomią 21 jest płodnych. Ta grupa ma 50% szans na urodzenie żywego dziecka z trisomią 21.

Piśmiennictwo

1. Antonarakis SE, Lyle R, Dermitzakis ET, Reymond A, Deutsch S. Chromosome 21 and down syndrome: from genomics to pathophysiology. Nat Rev Genet 2004; 5(10): 725–738.
2. Capone G, Goyal P, Ares W, Lannigan E. Neurobehavioral disorders in children, adolescents, and young adults with Down syndrome. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2006; 142C(3): 158–172.
3. Carter JC, Capone GT, Gray RM, Cox CS, Kaufmann WE. Autistic-spectrum disorders in Down syndrome: further delineation and distinction from other behavioral abnormalities. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2007; 144B(1): 87–94.
4. Chapman RS, Hesketh LJ. Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2000; 6(2): 84–95.
5. Cohen WI. Current dilemmas in Down syndrome clinical care: celiac disease, thyroid disorders, and atlanto-axial instability. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2006; 142C(3): 141–148.

3.1.7. Pacjent z chorobą układu nerwowo-mięśniowego, np. SM

W omawianym rozdziale wybrano stwardnienie rozsiane jako jednostkę chorobową układu nerowo-mięśniowego.

3.1.7.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Stwardnienie rozsiane (SM, łac. *sclerosis multiplex*) to przewlekła choroba obejmująca ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Układ odpornościowy atakuje mielinę, która jest warstwą ochronną wokół włókien nerwowych. Powoduje to stan zapalny i blizny lub zmiany chorobowe. Może to utrudnić mózgowi wysyłanie sygnałów do reszty ciała.

Objawy SM

Pacjenci cierpiący na stwardnienie rozsiane doświadczają wielu różnych objawów. Ze względu na charakter choroby, objawy mogą być bardzo różne w zależności od osoby. Ich nasilenie potrafi zmieniać się z roku na rok, z miesiąca na miesiąc, a nawet z dnia na dzień. Dwa z najczęstszych objawów to zmęczenie i trudności w chodzeniu.

Zmęczenie

Około 80% osób ze stwardnieniem rozsianym skarży się na zmęczenie. Zmęczenie występujące przy SM może być wyniszczające, wpływać na zdolność do pracy i wykonywanie codziennych czynności.

Trudności z chodzeniem

Trudnościz chodzeniem mogą wystąpić w przypadku SM z wielu powodów, takich jak:

- drętwienie nóg lub stóp,
- trudności z utrzymaniem równowagi,
- osłabione mięśnie,
- spastyczność mięśni,
- trudności z widzeniem,
- przytłaczające zmęczenie.

Trudności z chodzeniem mogą również prowadzić do obrażeń spowodowanych upadkiem.

Inne objawy

- Ostry lub przewlekły ból.
- Drżenie.
- Problemy natury poznawczej związane z koncentracją, pamięcią i umiejętnościami rozwiązywania problemów. Stan ten może również prowadzić do zaburzeń mowy.

Objawy SM mogą pojawić się wszystkie na raz, ale zdarza się też, że są na tyle łagodne, że łatwo je przegapić. Trzy z najczęstszych wczesnych objawów SM to:

- Drętwienie i mrowienie, które dotyka rąk, nóg lub jednej strony twarzy. To odczucia podobne do mrowienia cierpnącej stopy. Występują jednak bez wyraźnego powodu.
- Brak równowagi i słabe nogi. Osoba chora może łatwo się potknąć podczas chodzenia lub innej aktywności fizycznej.
- Podwójne czy niewyraźne widzenie lub częściowa utrata wzroku. Mogą to być wczesne objawy SM. Zdarza się też, że chory odczuwa ból oczu.

Co powoduje SM?

U osób chorych na SM uszkodzeniu ulega ochronna warstwa mieliny wokół włókien nerwowych. Uważa się, że uszkodzenie jest wynikiem ataku układu odpornościowego. Naukowcy sądzą, że może istnieć czynnik środowiskowy, taki jak wirus lub toksyna, który wywołuje atak układu odpornościowego. Gdy układ odpornościowy atakuje mielinę, powoduje stan zapalny. Prowadzi to do powstania blizn lub zmian chorobowych. Stan zapalny i tkanka bliznowata zakłócają sygnały przesyłane między mózgiem a innymi częściami ciała.

Jak diagnozuje się SM?

Testy diagnostyczne mogą obejmować:

- Badanie rezonansem magnetycznym. Użycie barwnika kontrastowego z RM pozwala lekarzom wykryć aktywne i nieaktywne zmiany w mózgu i rdzeniu kręgowym.
- Badanie wzrokowych potencjałów wywołanych. Ten test wymaga stymulacji szlaków nerwowych w celu analizy aktywności elektrycznej w mózgu. W przeszłości do diagnozowania stwardnienia rozsianego stosowano również badanie słuchowe pnia mózgu (ABR) i badanie czuciowych potencjałów wywołanych.
- Nakłucie lędźwiowe (punkcja lędźwiowa). Lekarz może użyć nakłucia lędźwiowego w celu wykrycia nieprawidłowości w płynie mózgowo-rdzeniowym. Może to pomóc w wykluczeniu chorób zakaźnych.
- Badania krwi. Lekarze przeprowadzają badania krwi w celu wyeliminowania innych chorób o podobnych objawach.

Leki

Diagnoza SM oznacza, że konieczna będzie wizyta u specjalisty doświadczonego w leczeniu tej choroby. Może on przepisać różnego rodzaju leki przeciwdziałające określonym objawom.

Dieta i ćwiczenia

Dobrze zbilansowana dieta, uboga w puste kalorie, bogata w składniki odżywcze i błonnik pomoże choremu zadbać o ogólny stan zdrowia. Regularne ćwiczenia są ważne dla zdrowia fizycznego i psychicznego, nawet jeśli chory jest osobą z niepełnosprawnościami. Jeśli aktywność fizyczna jest dla pacjenta trudna, być może pływanie lub ćwiczenia w basenie będą dla niego odpowiednią formą ruchu. Istnieją też zajęcia jogi prowadzone specjalnie dla osób ze stwardnieniem rozsianym.

Inne terapie uzupełniające

Badań dotyczących skuteczności terapii uzupełniających jest niewiele, jednak nie oznacza to, że nie są one w jakiś sposób pomocne.

Poniższe metody mogą pomóc obniżyć poziom stresu i zrelaksować się:

- medytacja,
- masaż,
- tai chi,
- akupunktura,
- hipnoterapia,
- muzykoterapia.

Jaką dietę zaleca się osobom chorującym na SM?

Nie wykazano, by dieta miała wpływ na charakter choroby, jednak może pomóc w radzeniu sobie z niektórymi trudnościami. Na przykład jeśli pacjent odczuwa zmęczenie, dieta z wysoką zawartością tłuszczów i węglowodanów prostych nie będzie pomocna.

W takiej sytuacji dieta powinna składać się głownie z:

- rozmaitych owoców i warzyw,
- niskotłuszczowych źródeł białka, np, ryb i drobiu (bez skóry),
- pełnych ziaren oraz innych źródeł błonnika,
- orzechów,
- warzyw strączkowych,
- niskotłuszczowych produktów nabiałowych,
- odpowiedniej ilości wody i innych płynów.

Im lepiej chory się odżywia, tym lepszy będzie jego ogólny stan zdrowia. Dieta wpływa nie tylko na lepsze samopoczucie, stanowi też podstawę przyszłego zdrowia.

Należy ograniczyć lub unikać:

- tłuszczów nasyconych,
- tłuszczów trans,
- czerwonego mięsa,
- żywności i napojów bogatych w cukier,
- pokarmów bogatych w sód,
- żywności wysoko przetworzonej.

Specjalistyczne diety, takie jak dieta ketogeniczna, paleo lub śródziemnomorska, mogą pomóc w niektórych wyzwaniach, przed którymi stają osoby ze stwardnieniem rozsianym. Poleca się czytać etykiety na produktach spożywczych. Pokarmy wysokokaloryczne, ale ubogie w składniki odżywcze, nie pomogą choremu poczuć się lepiej ani utrzymać prawidłowej wagi.

Zarządzanie pielęgniarskie u pacjenta ze stwardnieniem rozsianym

Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie
Należy określić aktualny poziom aktywności i kondycję fizyczną. Zaleca się zbadać stopień upośledzenia czynnościowego w skali 0–4.	Badanie dostarcza informacji potrzebnych do opracowania planu opieki rehabilitacyjnej. Uwaga: Objawy motoryczne rzadziej ulegają poprawie niż objawy czuciowe.
Powinno się zachęcać pacjenta do dbania o siebie na miarę jego możliwości. Nie należy go popędzać.	Takie podejście do chorego wzmacnia niezależność i poczucie kontroli. Może też sprawić, że pacjent poczuje się mniej bezradny.

Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie
Pacjentowi należy asystować w zależności od stopnia niepełnosprawności, jednak powinno się pozwolić mu też na jak największą autonomię.	Aktywne uczestnictwo w samoopiece może złagodzić frustrację związaną z utratą niezależności.
Powinno się zachęcać pacjenta do uczestniczenia w planowaniu harmonogramu opieki.	Jakość życia pacjenta poprawia się, gdy jego pragnienia i upodobania są brane pod uwagę w codziennych czynnościach.
Należy zwracać uwagę na poziom zmęczenia chorego.	Zmęczenie doświadczane przez pacjentów ze stwardnieniem rozsianym może być bardzo wyniszczające i znacząco wpływać na zdolność do uczestniczenia w codziennych czynnościach. Subiektywny charakter zgłaszanego przez pacjenta zmęczenia może być mylnie interpretowany przez pracowników służby zdrowia i rodzinę, co prowadzi do konfliktu i przekonania, że pacjent nimi „manipuluje", gdy w rzeczywistości nie musi tak być.
Dobrze jest zachęcać chorego do planowania zajęć na początku dnia lub w czasie, gdy jego poziom energii jest najwyższy.	Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym poświęcają dużo energii na codzienne czynności, zwiększając ryzyko zmęczenia, które często postępuje w ciągu dnia.
Należy planować zajęcia tak, by pacjent miał na nie wystarczająco dużo czasu i zachować cierpliwość, gdy ruchy chorego są powolne.	Zmniejszone zdolności motoryczne i spastyczność mogą mieć wpływ na zdolność radzenia sobie nawet z prostymi czynnościami.
Powinno się przewidywać potrzeby higieniczne chorego i gdy się pojawiają, spokojnie udzielać mu pomocy w pielęgnacji paznokci, skóry i włosów, utrzymaniu higieny jamy ustnej, goleniu.	Dawanie choremu przykładu może ułatwić mu zaakceptowanie przyziemnych potrzeb, które mogą być dla niego kłopotliwe i obrzydzać bliskie osoby.
Powinno się zapewnić choremu pomocne urządzenia i akcesoria zależnie od jego potrzeb, np. krzesło prysznicowe lub podwyższoną deskę sedesową z podłokietnikami.	Takie rozwiązania pomagają zmniejszyć uczucie zmęczenia i pozwalają choremu uczestniczyć w samoopiece.
Jeśli pacjent nie może się poruszać (przebywa w łóżku lub na krześle), powinno się często zmieniać pozycję, w jakiej jest ułożony. Należy też zadbać o pielęgnację skóry w punktach nacisku, takich jak kości krzyżowe, kostki i łokcie. Zaleca się pomoc w prawidłowym ułożeniu pacjenta i – o ile to możliwe – zachęcanie go do spania na brzuchu.	Taka pozycja zmniejsza nacisk na wrażliwe miejsca i zapobiega uszkodzeniom skóry. Minimalizuje też skurcze zginaczy w kolanach i stawach biodrowych.

Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie
Powinno się regularnie zapewniać choremu masaż i aktywne lub pasywne ćwiczenia zakresu ruchu (ROM). Dobrze jest też zachęcać chorego do używania szyn lub podnóżków według potrzeb.	Zapobiega to problemom związanym z dysfunkcją i nieużywaniem mięśni. Pomaga utrzymać napięcie i siłę mięśni oraz ruchomość stawów, a także zmniejsza ryzyko utraty wapnia z kości.
Pacjenta powinno się zachęcać do rozciągania, ćwiczeń tonujących, stosowania leków, zimnych okładów i szyn, jak również utrzymywania prawidłowego ułożenia ciała.	Pomaga to zmniejszyć spastyczność i jej skutki.
Powinno się zwrócić uwagę na problemy pacjenta z zaspokojeniem potrzeb żywieniowych i przyjmowaniem płynów.	Celem jest spożywanie przez pacjenta odpowiednich pokarmów, ale też wzmacnianie poczucia niezależności lub samooceny pacjenta.
Zaleca się kontakt z fizjoterapeutą i/lub terapeutą zajęciowym.	Ich wiedza będzie przydatna w identyfikacji urządzeń i/lub sprzętu do łagodzenia skurczów mięśni, poprawy funkcjonowania motorycznego, zapobiegania i zmniejszania atrofii i przykurczów mięśni, promowania niezależności i zwiększania poczucia własnej wartości chorego.

Pacjentowi podaje się leki według wymagań:	
Tyzanidyna (Zanaflex), baklofen (Lioresal), karbamazepina (Tegretol)	Nowsze leki stosowane w celu zmniejszania spastyczności, promowania rozluźnienia mięśni i hamowania odruchów na poziomie korzenia nerwu rdzeniowego. Powinno się dążyć do zwiększenia mobilności pacjenta i utrzymania poziomu aktywności. Tyzanidyna (Zanaflex) może mieć działania addytywne z baklofenem (Lioresal), ale należy zachować ostrożność, ponieważ oba leki mają podobne objawy niepożądane. Krótki czas działania leków wymaga starannego dobrania dawki dla pacjenta w celu maksymalizacji efektu terapeutycznego.
Diazepam (Valium), klonazepam (Klonopin), cyklobenzapryna (Flexeril), gabapentyna (Neurontyna), dantrolen (Dantrium)	W celu zmniejszenia spastyczności stosuje się różne leki. Mechanizmy działania nie są dobrze zrozumiane, a reakcje różnią się w zależności od osoby. Dlatego może się zdarzyć, że konieczny będzie okres testów różnych substancji, nim uda się dobrać lek i dawkę zapewniającą największą ulgę w spastyczności mięśni i związanym z nią bólu. Uwaga: Niepożądanymi skutkami mogą być: zwiększone osłabienie mięśni, utrata napięcia mięśniowego i toksyczne uszkodzenie wątroby.
Meklizyna (Antivert), plastry skopolaminy (Transderm-Scop)	Zmniejszają zawroty głowy, dzięki czemu pacjent jest bardziej mobilny.

„Zarządzanie pielęgniarskie u pacjenta ze stwardnieniem rozsianym" Seria wytycznych dotyczących praktyki klinicznej AANN, ARN i IOMSN https://rehabnurse.org/uploads/about/cpgms.pdf

Proces redefinicji kontroli i niezależności

Czasami objawy SM mogą rozwinąć się do tego stopnia, że znacząco przeszkadzają w codziennych czynnościach. Takie zmiany mogą zagrozić pewności siebie chorego i jego poczuciu własnej wartości. Jeśli tak się dzieje, należy pamiętać, że zachowanie kontroli i niezależności w codziennym życiu niekoniecznie oznacza robienie wszystkiego tak, jak wcześniej.

Można pozwolić sobie zacząć robić różne rzeczy inaczej, jak na przykład:

- Uzyskać dostęp do świata technologii wspomagających (AT) – szeregu narzędzi i urządzeń pozwalających oszczędzać energię i pracę, które pozwalają choremu zachować aktywność i produktywność.
- Specjaliści rehabilitacji mogą pomóc w poruszaniu się po świecie AT i zaproponować sposoby modyfikacji otoczenia w domu i pracy, aby zoptymalizować kontrolę i niezależność.
- Kompleksowa technologia rehabilitacyjna (CRT) to produkty niezbędne z medycznego punktu widzenia – takie jak indywidualnie konfigurowane ręczne i elektryczne wózki inwalidzkie oraz systemy siedzenia i pozycjonowania, które umożliwiają osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w tym postępującym SM, zaspokojenie ich potrzeb medycznych i zachowanie niezależności. Niezbędne elementy złożonej technologii rehabilitacyjnej obejmują takie „akcesoria", jak dostosowane poduszki na siedziska, funkcje odchylania przestrzennego oraz systemy podparcia głowy i tułowia.

Depresja i inne zmiany nastroju są powszechne w SM, a żałoba jest normalną reakcją na zmiany i straty, które mogą towarzyszyć zaawansowanemu SM. Budowanie odporności i uzyskanie wsparcia potrzebnego do radzenia sobie z tymi emocjonalnymi wyzwaniami jest niezbędne do utrzymania jakości życia.

Unikanie komplikacji

Osoby z zaawansowanym SM są bardziej narażone na niektóre rodzaje powikłań. Wśród nich są na przykład:

- Osteoporoza – utrata gęstości kości związana z ograniczeniem mobilności i wysiłkiem z obciążeniem, a także leczeniem kortykosteroidami.
- Odleżyny – uszkodzenie skóry spowodowane brakiem mobilności czy długimi godzinami spędzonymi w łóżku lub na wózku inwalidzkim.
- Zachłystowe zapalenie płuc – spowodowane problemami z połykaniem, które prowadzą do przedostawania się cząstek pokarmu do płuc.
- Ciężkie infekcje pęcherza moczowego lub nerek – wynikające z przewlekłej dysfunkcji układu moczowego.

Aby zmniejszyć ryzyko powikłań, należy zaplanować regularne wizyty kontrolne u lekarza prowadzącego stwardnienie rozsiane i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz zgłaszać wszelkie nietypowe gorączki czy zmiany w objawach.

Wyzwania dla opiekunów

W miarę postępu SM opiekunowie w domu czasami nie są już w stanie zapewniać potrzebnej pomocy fizycznej. Relacje rodzinne często poprawiają się, gdy członkowie rodziny nie są już głównymi opiekunami. Gdy znika stres wywołany nieustanną koniecznością obecności wykonującego ciężką pracę fizyczną opiekuna, a osoba z SM nie musi już polegać na członku rodziny, można wrócić do bardziej normalnych relacji rodzinnych. Osoby ze stwardnieniem rozsianym często przenoszą się do domu opieki, gdy ich stan zdrowia gwałtownie się pogarsza, a problemy zdrowotne wymagają profesjonalnej opieki.

3.1.7.2. Rokowania dla pacjenta

Prognozowanie postępu SM u konkretnej osoby jest niemal niemożliwe. Około 10 do 15% osób ze stwardnieniem rozsianym doświadcza jedynie rzadkich rzutów i minimalnej niepełnosprawność przez 10 lat po postawieniu diagnozy. Taki stan nazywa się czasami łagodnym SM. Około połowa osób z SM korzysta z laski lub innej formy pomocy w ciągu 15 lat po otrzymaniu diagnozy. Po 20 latach od diagnozy około 60% chorych nadal leczy się ambulatoryjnie, a mniej niż 15% potrzebuje pomocy w spełnianiu podstawowych potrzeb.

Piśmiennictwo

1. Sheldon JJ, Siddharthan R, Tobias J et-al. MR imaging of multiple sclerosis: comparison with clinical and CT examinations in 74 patients. AJR Am J Roentgenol 1985; 145 (5): 957–64.
2. Richards TL. Proton MR spectroscopy in multiple sclerosis: value in establishing diagnosis, monitoring progression, and evaluating therapy. AJR Am J Roentgenol 1991; 157(5): 1073–1078.
3. Lövblad KO, Anzalone N, Dörfler A, et al. MR imaging in multiple sclerosis: review and recommendations for current practice. AJNR Am J Neuroradiol 2010; 31(6): 983–989.
4. Caracciolo JT, Murtagh RD, Rojiani AM, et al. Pathognomonic MR imaging findings in Balo concentric sclerosis. AJNR Am J Neuroradiol 2001; 22(2): 292–293.
5. Ge Y, Grossman RI, Udupa JK, et al. Brain atrophy in relapsing-remitting multiple sclerosis: fractional volumetric analysis of gray matter and white matter. Radiology 2001; 220(3): 606–610.

3.1.8. Starszy pacjent z chorobą Alzheimera

3.1.8.1. Charakterystyka choroby – istota, objawy

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną demencji wśród osób starszych. Demencja to utrata funkcji poznawczych – myślenia, pamięci oraz rozumowania – oraz zdolności behawioralnych w stopniu, który zaburza życie codzienne i aktywność pacjenta. Demencja ma różne poziomy nasilenia – od najłagodniejszego etapu, kiedy dopiero zaczyna wpływać na funkcjonowanie osoby, do najcięższego, kiedy to osoba musi całkowicie polegać na innych w podstawowych czynnościach życia codziennego.

Choroba Alzheimera nosi nazwę od dr. Aloisa Alzheimera. W 1906 r. dr Alzheimer zauważył zmiany w tkance mózgowej kobiety, która zmarła na niezwykłą chorobę psychiczną. Jej objawy obejmowały utratę pamięci, problemy językowe i nieprzewidywalne zachowanie. Po śmierci pacjentki zbadał jej mózg i znalazł wiele nietypowych grudek (obecnie nazywanych płytkami amyloidowymi) i splątanych wiązek włókien (obecnie nazywanych splotami neurofibrylarnymi lub tau).

Zmiany w mózgu

Początkowo wydaje się, że uszkodzenie ma miejsce w hipokampie i korze śródwęchowej, częściach mózgu niezbędnych do tworzenia wspomnień. Z czasem obumiera coraz więcej neuronów, co wpływa na pozostałe części mózgu, które zaczynają się kurczyć. W końcowej fazie choroby Alzheimera uszkodzenia są rozległe, a tkanka mózgowa znacznie skurczona.

Objawy

Pierwsze objawy choroby Alzheimera różnią się w zależności od osoby. W wielu przypadkach pogorszenie się aspektów poznawczych niezwiązanych z pamięcią, takich jak dobieranie słów, problemy ze wzrokiem/orientacją w przestrzeni oraz zaburzenia rozumowania lub oceny, może sygnalizować bardzo wczesne stadia choroby Alzheimera. Naukowcy badają biomarkery (biologiczne oznaki choroby znalezione w obrazach mózgu, płynie mózgowo-rdzeniowym i krwi), aby wykryć wczesne zmiany w mózgach osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI) oraz u osób o normalnych funkcjach poznawczych, lecz bardziej narażonych na chorobę Alzheimera. Badania wskazują, że takie wczesne wykrywanie jest możliwe. Potrzeba jednak znacznie więcej informacji, nim techniki te będą mogły być rutynowo stosowane w diagnozowaniu choroby Alzheimera, w codziennej praktyce medycznej.

Co powoduje Alzheimera?

U osób z chorobą Alzheimera o wczesnym początku przyczyną może być mutacja genetyczna. Choroba Alzheimera o późnym początku jest wynikiem złożonej serii zmian w mózgu, które zachodzą na przestrzeni dekad. Przyczyny prawdopodobnie obejmują kombinację czynników genetycznych, środowiskowych i związanych ze stylem życia. Znaczenie któregokolwiek z tych czynników w zwiększaniu lub zmniejszaniu ryzyka rozwoju choroby Alzheimera może różnić się w zależności od osoby.

Genetyka

Większość osób z chorobą Alzheimera ma późną postać choroby, której objawy pojawiają się po 60. roku życia. Badania nie wskazały konkretnego genu, który bezpośrednio powoduje chorobę Alzheimera o późnym początku. Jednak posiadanie jednej postaci genu apolipoproteiny E (APOE) zwiększa ryzyko. Gen ten ma kilka form. Jedna z nich, APOE ε4, zwiększa ryzyko rozwoju choroby i wiąże się również z zachorowaniem w młodszym wieku. Jednak obecność formy APOE ε4 genu nie oznacza, że dana osoba zapadnie na chorobę Alzheimera. Z kolei u innych bez APOE ε4 również może rozwinąć się choroba.

Czynniki zdrowotne, środowiskowe i związane ze stylem życia

Badania sugerują, że wiele czynników poza genetyką może odgrywać rolę w rozwoju i przebiegu choroby Alzheimera. Istnieje na przykład duże zainteresowanie związkiem między pogorszeniem funkcji poznawczych a chorobami naczyniowymi, takimi jak choroby serca, udar i wysokie ciśnienie krwi, a także chorobami metabolicznymi, takimi jak cukrzyca i otyłość. Prowadzone badania pomogą nam zrozumieć, czy i w jaki sposób redukowanie czynników ryzyka związanych z tymi schorzeniami może również zmniejszyć ryzyko choroby Alzheimera.

Odżywcza dieta, aktywność fizyczna, zaangażowanie społeczne i zajęcia stymulujące umysł to czynniki, które uznaje się za pomocne w zachowaniu zdrowia w miarę starzenia się. Czynniki te mogą również pomóc w zmniejszeniu ryzyka pogorszenia funkcji poznawczych i choroby Alzheimera. Badania kliniczne sprawdzają niektóre z tych możliwości.

Diagnoza choroby Alzheimera

Aby zdiagnozować chorobę Alzheimera, lekarze mogą:

- Zadać badanej osobie i członkom rodziny lub przyjaciołom pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia, stosowania leków na receptę i bez recepty, diety, wcześniejszych problemów zdrowotnych, zdolności do wykonywania codziennych czynności oraz zmian w zachowaniu i osobowości.
- Przeprowadzić testy pamięci, rozwiązywania problemów, uwagi, liczenia i języka.

- Przeprowadzić standardowe badania medyczne, takie jak badania krwi i moczu, aby zidentyfikować inne możliwe przyczyny problemu.
- Wykonać skany mózgu, takie jak tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), aby wykluczyć inne możliwe przyczyny objawów.
- Testy te można powtarzać, aby dać lekarzom informacje o tym, jak pamięć i inne funkcje poznawcze danej osoby zmieniają się w czasie.
- Osoby z problemami z pamięcią i myśleniem powinny porozmawiać z lekarzem, by dowiedzieć się, czy ich objawy są spowodowane chorobą Alzheimera, czy inną przyczyną, taką jak udar mózgu, guz, choroba Parkinsona, zaburzenia snu, skutki uboczne leków, infekcja lub demencja niezwiązana z chorobą Alzheimera. Niektóre z tych stanów mogą być uleczalne i potencjalnie odwracalne.
- Jeśli diagnoza to choroba Alzheimera, rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie choroby może pomóc w utrzymaniu codziennego funkcjonowania przez pewien czas, nawet jeśli podstawowego procesu chorobowego nie można zatrzymać ani odwrócić. Wczesna diagnoza pomaga również rodzinom w planowaniu przyszłości. Mogą zająć się sprawami finansowymi i prawnymi czy kwestiami bezpieczeństwa, zapoznać się z możliwościami mieszkaniowymi oraz rozwijać sieci wsparcia.
- Ponadto wczesna diagnoza daje pacjentom większe możliwości uczestniczenia w próbach klinicznych, które testują potencjalne metody leczenia choroby Alzheimera, lub w innych badaniach naukowych.

3.1.8.2. Specyfika opieki pielęgniarskiej

- Powinno zadbać się o wysoką jakość komunikacji werbalnej i niewerbalnej z osobą z chorobą Alzheimera.
- Należy zwracać uwagę na zmiany osobowości i zachowania, takie jak chodzenie po terenie ośrodka lub okazywanie smutku, które są powszechne u osób z chorobą Alzheimera.
- Powinno się korzystać ze wskazówek dotyczących opieki, porad na temat radzenia sobie z problemami ze snem u osób z chorobą Alzheimera lub pokrewną demencją.
- Zaleca się zwrócić uwagę na zachowania pojawiające się wraz z zachodem słońca – niepokój lub pobudzenie późnym popołudniem i wczesnym wieczorem u osoby z chorobą Alzheimera.
- Należy zachować spokój i być przygotowanym na sytuacje, w których osoba z chorobą Alzheimera doświadcza halucynacji, urojeń lub paranoi.

- Dobrze jest dowiedzieć się, jakie zmiany można wprowadzić w domu, aby zniechęcić osobę z chorobą Alzheimera do przemieszczania się bez opieki.
- Powinno się przechowywać swoje rzeczy w bezpiecznym miejscu, jednocześnie pozwalając osobie z chorobą Alzheimera przeszukiwać szuflady i inne schowki.
- Należy zapoznać się z możliwymi przyczynami pobudzenia i agresji związanymi z chorobą Alzheimera i dowiedzieć się, jak reagować na niepokojące zachowania.
- Przydatna będzie też wiedza na temat radzenia sobie ze zmianami w związku w miarę postępu choroby Alzheimera lub innej demencji.
- Obejmuje to też zmiany w kwestiach intymności, seksualności i seksu.
- Po zdiagnozowaniu choroby Alzheimera zaleca się skorzystanie z tych wskazówek, aby pomóc rodzinie i przyjaciołom uzyskać wiedzę o chorobie oraz o tym, jak wchodzić w interakcje z osobą chorą.
- Należy pomóc dzieciom, nastolatkom i wnukom w zrozumieniu choroby Alzheimera, można też zaproponować pomysły na wspólne spędzanie czasu.
- Problemy finansowe mogą być wczesnym objawem choroby Alzheimera. Dobrze jest zapoznać się ze znakami ostrzegawczymi i dowiedzieć się, co członek rodziny może zrobić, aby zapobiec nadużyciom finansowym.
- Przydatna będzie również wiedza o tym, kiedy i jak zacząć przygotowywać plany prawne i finansowe dla osoby z chorobą Alzheimera. Należy upewnić się, że dyspozycja pacjenta, testament i inne warunki zostały określone.
- Można również uzyskać wskazówki dotyczące bezpieczeństwa w domu dla osoby z chorobą Alzheimera lub pokrewną demencją. Oznacza to też zdobycie wiedzy o domowych środkach bezpieczeństwa, potencjalnych zagrożeniach, urazach i zapobieganiu upadkom i nie tylko.
- Przydatne będą też wskazówki dotyczące zabezpieczenia domu, aby zapewnić bezpieczeństwo osobie z chorobą Alzheimera we wszystkich pomieszczeniach, w tym w łazience, salonie, sypialni i kuchni.
- Należy być przygotowanym na pomoc osobie z chorobą Alzheimera podczas klęsk żywiołowych. Dobrze jest wcześniej dowiedzieć się, jakie materiały należy mieć pod ręką i co zrobić, jeśli konieczne jest wyjście z domu.
- Dobrze jest zapoznać się z oznakami niebezpieczeństwa, po wystąpieniu których osoba z chorobą Alzheimera powinna ograniczyć lub przestać prowadzić samochód i zastanowić się, jak ostrożnie omówić ten problem.
- Zdrowa żywność, taka jak owoce i warzywa, może pomóc osobom z chorobą Alzheimera.

- Należy upewnić się, że osoby z chorobą Alzheimera bezpiecznie przyjmują leki. Pudełko na leki z podziałem na dni i inne tego typu przypomnienia mogą zmniejszyć zamieszanie.
- Powinno się uzyskać porady dotyczące bezpieczeństwa podczas pomocy osobie z chorobą Alzheimera we wzięciu kąpieli lub prysznica, dbaniu o zęby i paznokcie, zakładaniu ubrań itp.
- Dobrze jest zaangażować osoby z chorobą Alzheimera i pokrewnymi demencjami w codzienne czynności i wycieczki, w tym w pracę w ogrodzie, wyjścia do restauracji i podróże.
- Należy jednak zachować równowagę między intensywnymi zajęciami wakacyjnymi a codzienną opieką nad osobą z chorobą Alzheimera.
- W przypadku przeprowadzki dobrze jest zebrać informacje na temat różnych obiektów, pytań, które należy zadać i sposobów ułatwienia tego procesu.
- Podczas opieki nad osobą z chorobą Alzheimera należy zwrócić uwagę na często występujące problemy zdrowotne, takie jak gorączka, zapalenie płuc, odwodnienie, nietrzymanie moczu czy upadki.
- Wizyta w szpitalu może być stresująca dla osoby z chorobą Alzheimera lub inną demencją. Dobrze jest dowiedzieć się wcześniej, czego należy się spodziewać i jak przygotować się do wizyty na pogotowiu lub w szpitalu.
- Zaleca się czytanie publikacji wyjaśniających, jak zapewnić komuś komfort, jak dbać o skórę i stopy, pomagać w jedzeniu i unikać odleżyn.
- Pomocne będzie również zapoznanie się ze sposobami włączania w pomoc osobie chorej rodziny, przyjaciół i innych osób. Należy pamiętać także o własnym zdrowiu fizycznym, psychicznym i duchowym.
- Zaleca się podwyższenie własnych umiejętności komunikacyjnych, zapoznając się z publikacjami dla opiekunów osób chorych. Pomoże to w radzeniu sobie z wieczornymi zachowaniami chorego i innymi sytuacjami.
- Dobrze jest też zapoznać się z materiałami na temat radzenia sobie z objawami lęku, stresu i innych emocji wynikających z opieki nad osobą z chorobą Alzheimera.
- Należy też pomóc dzieciom i nastolatkom w radzeniu sobie z uczuciami związanymi z chorobą członka rodziny. Istnieją pomocne książki, artykuły i strony internetowe dla dzieci w każdym wieku.

3.1.8.3. Rokowania dla pacjenta

Choroba Alzheimera postępuje z czasem i ostatecznie kończy się śmiercią. Osoby z chorobą Alzheimera żyją średnio od czterech do ośmiu lat od uzyskania diagnozy. Jednak niektórzy pacjenci mogą żyć nawet przez 20 lat od tego momentu. Przebieg choroby różni się w zależności od osoby. Choroba Alzheimera jest chorobą neuro-

degeneracyjną, co oznacza, że objawy stopniowo się nasilają, z czasem prowadząc do coraz większego stopnia zależności od innych.

Etapy przebiegu choroby są następujące:

- Łagodne upośledzenie funkcji poznawczych. Na tym etapie pacjent ma problemy z pamięcią, ale może zachować niezależność i nie potrzebuje pomocy innych osób.
- Demencja. Pacjent na tym etapie zaczyna mieć trudności z samodzielnym wykonywaniem czynności. Może to być łagodna demencja, jeśli ma problemy tylko ze skomplikowanymi zadaniami, lub ciężka forma demencji, jeśli nie może już wykonywać żadnych zadań i utracił zdolność mówienia i chodzenia.

Poważne komplikacje

- Zmiany w zachowaniu. Pacjenci z chorobą Alzheimera, zwłaszcza w umiarkowanych lub średnio zaawansowanych stadiach, mogą wykazywać wyraźne zmiany behawioralne, co objawia się drażliwością, agresją lub zagubieniem, którym mogą towarzyszyć urojenia i/lub omamy. Chociaż objawy te rozwijają się stopniowo, czasami mogą pojawić się nagle w ciągu kilku godzin lub dni. Epizody te są często spowodowane zmianami w rutynie pacjenta lub innymi problemami medycznymi, jednak mogą być łagodne i czasami trudne do zidentyfikowania.
- Infekcje dróg oddechowych lub dróg moczowych. W zaawansowanych stadiach choroby często można zaobserwować infekcje dróg oddechowych i nietrzymanie moczu. Pacjenci mogą również mieć trudności z prawidłowym przełykaniem pokarmu.

Przewlekłe powikłania

Alzheimer jest chorobą przewlekłą i postępującą. Możliwe przewlekłe komplikacje związane z chorobą różnią się w zależności od stadium, w jakim znajduje się pacjent. We wczesnych stadiach pacjenci często prezentują zaburzenia nastroju, które mogą być objawem samej choroby, ale też reakcją na zauważone u siebie problemy poznawcze lub na samą diagnozę, zwłaszcza jeśli jest ona postawiona na wczesnym etapie.

Obecnie w związku z globalną pandemią Sars-Cov-2 należy mieć świadomość szerokiego spektrum konsekwencji wirusa na zdrowie i życie człowieka. Z powszechnie dostępnych badań wynika, że wirus ten wpływa na zaburzenia pamięci, powoduje inne trudności funkcjonowania psychicznego i umysłowego.

Piśmiennictwo

1. Nicodemus NE, Becerra S, Kuhn TP, Packham HR, Duncan J, et al. Focused transcranial ultrasound for treatment of neurodegenerative dementia. Alzheimers Dement (NY) 2019; 5: 374–381.
2. Karakatsani ME, Kugelman T, Ji R, Murillo M, Wang S, et al. Unilateral Focused Ultrasound-Induced Blood-Brain Barrier Opening Reduces Phosphorylated Tau from The rTg4510 Mouse Model. Theranostics 2019; 9(18): 5396–5411.
3. Meng Y, MacIntosh BJ, Shirzadi Z, Kiss A, Bethune A, et al. Resting state functional connectivity changes after MR-guided focused ultrasound mediated blood-brain barrier opening in patients with Alzheimer's disease. Neuroimage 2019; 200: 275–280.
4. Poon CT, Shah K, Lin C, Tse R, Kim KK, et al. Time course of focused ultrasound effects on β-amyloid plaque pathology in the TgCRND8 mouse model of Alzheimer's disease. Sci Rep 2018; 8(1): 14061.
5. Hsu PH, Lin YT, Chung YH, Lin KJ, Yang LY, et al. Focused Ultrasound-Induced Blood-Brain Barrier Opening Enhances GSK-3 Inhibitor Delivery for Amyloid-Beta Plaque Reduction. Sci Rep 2018; 8(1): 12882.

3.2. Poród w warunkach domowych

Poród w terenie może zdarzyć się w różnych sytuacjach. Wśród nich znajdują się:
- przedwczesny poród,
- przyspieszony poród w terminie,
- planowany poród w domu.

Etapy i fazy porodu:
- I. etap porodu – otwarcie, czas rozwarcia, u nieródek trwa od 8 do 10 godzin, u wieloródek 6–7 godzin. Ten etap dzieli się na fazy:
  - wczesną – stopniowo rosnąca częstotliwość skurczów w tempie jeden na pięć minut,
  - aktywną – szyjka macicy rozszerza się do 4–7 cm, rozszerzanie się szyjki postępuje, skurcze nasilają częstotliwość, następują co około 3 minuty, czas trwania skurczu wynosi 45 sekund,
  - przemijającą – rozszerzenie szyjki macicy do około 8–10 cm, silne skurcze następujące co 2–3 minuty, czas trwania skurczu 90 sekund,
- II. etap porodu (parcie) – średni czas trwania u nieródek to 50 minut, u wieloródek 20 minut, szyjka macicy całkowicie rozszerzona do 10 cm,
- III. etap porodu – trwa od 5 do 10 minut, maksymalnie do 60 minut, jeśli nie występuje krwawienie, macica jest mocno cofnięta,
- IV. etap porodu – dwie godziny po porodzie macica powinna być wycofana na wysokość między pępkiem a spojeniem łonowym, należy monitorować krwawienie.

3.2.1. Przedwczesny poród

Przedwczesne porody można podzielić na:

- jatrogenne – przedwczesny poród, przerwanie ciąży z powodu płodu lub komplikacji płodowych lub związanych z płodem i matką,
- samoistny poród przedwczesny, który dzieli się na poród z zachowanymi błonami płodowymi i przedwczesne pęknięcie błon płodowych.

Ryzyko samoistnego porodu przedwczesnego jest związane z prawidłową lub nieprawidłową aktywnością mięśnia macicy przed 37. tygodniem. Przedwczesny poród może mieć przebieg objawowy z aktywnością macicy lub pęknięciem błon płodowych lub bezobjawowy przebieg skrócenia szyjki macicy.

Problemy kobiet ciężarnych przy porodzie przedwczesnym:

- ból w podbrzuszu i okolicy lędźwiowej,
- zwiększone upławy,
- regularne skurcze macicy,
- ucisk w miednicy – uczucie, że dziecko napiera,
- skurcze brzucha, biegunka,
- krwawienie,
- znaczne pęknięcie błon.

3.2.2. Poród w terminie lub poród nagły

Wśród położników nagły poród ma jasną definicję. Jest to poród spontaniczny, który trwa krócej niż dwie godziny. Często od odejścia płynu owodniowego do narodzin dziecka mija tylko kilkadziesiąt minut, co uniemożliwia dotarcie do szpitala na czas. Dlatego zamiast rodzić w drodze, lepiej natychmiast wezwać karetkę i pozostać na miejscu.

Opieka nad matką:

- zapewnienie ręczników, tkanin i nożyczek, w miarę możliwości umycie rąk i założenie rękawiczek, zadbanie o intymność matki,
- matka jest ułożona w pozycji półsiedzącej lub leżącej ze zgiętymi kończynami dolnymi i kolanami rozstawionymi lub w pozycji alternatywnej,
- słowna instrukcja dla matki: „…przy każdym skurczu weź głęboki oddech i wstrzymaj go, zamknij oczy i mocno przyj…” Podczas pierwszego etapu porodu matka nie powinna przeć. Jest to niebezpieczne i może spowodować obrażenia przede wszystkim szyjki macicy. Podczas skurczów w pierwszej fazie wykonywanie delikatnych, szybkich oddechów pomaga wytrzymać ból. Można je porównać do zdmuchiwania z siebie piórka. Pomiędzy skurczami powinno się zachować spokojny, równy oddech.

- Jeśli poród przebiega bez komplikacji, najczęściej odbywa się z minimalną pomocą z zewnątrz. Nie wolno ciągnąć rodzącego się dziecka na siłę. Po urodzeniu główki płodu należy poczekać na rotację zewnętrzną; podczas kolejnego skurczu stopniowo wyłaniają się ramiona dziecka. W przypadku, gdy pępowina jest owinięta wokół szyi dziecka, powinno się włożyć palec pod pępowinę i delikatnie ściągnąć ją przez głowę. Noworodkom należy zapewnić „miękkie lądowanie". Możemy trzymać je na przedramieniu, twarz powinna być poniżej ciała, aby jego drogi oddechowe mogły opróżnić się z resztek płynu owodniowego i śluzu.

Uwaga!

Dziecko jest mokre i śliskie, należy uważać, by go nie upuścić!

- Noworodka należy natychmiast wytrzeć; wycieranie nie powinno być zbyt delikatne, zwłaszcza z tyłu i na podeszwach stópek. W ten sposób stymuluje się go również do rozpoczęcia oddychania i adaptacji do nowych warunków życia. Jeśli dziecko nie zacznie oddychać w ciągu kilku chwil po urodzeniu, należy natychmiast rozpocząć resuscytację. Przed przystąpieniem do resuscytacji należy przeciąć pępowinę i zabezpieczyć ją przed utratą krwi. Noworodki natychmiast muszą być dokładnie owinięte łącznie z głową, aby uniknąć obniżenia temperatury ciała. Owinięte dziecko należy jak najszybciej położyć na ciele matki.
- Noworodek jest połączony z matką pępowiną, która pulsuje jeszcze przez kilka minut po porodzie. Przecięcie pępowiny nie jest pilne. Po ustaniu pulsacji pępowinę podwiązuje się w dwóch miejscach dostępnym materiałem, np. sznurówką, gumką. Gdy pępowina przestanie tętnić, podwiązuje się ją od około kulkunastu do 20 cm od brzuszka dziecka w dwóch miejscach oddalonych od siebie o około dziesięć centymetrów. Miejsca te muszą być maksymalnie zaciśnięte, ponieważ inaczej może dojść do wykrwawienia.
- Przeprowadzane są zabiegi postnatalne: osuszenie noworodka, ocena bicia serca i oddechu w 1., 5., 10. minucie po urodzeniu (w skali Apgar), kolor, koloryt skóry, reakcja na podrażnienia.
- Monitorowane są funkcje życiowe – oddech, puls, świadomość matki.
- Skurcze macicy są stymulowane przez ucisk dna macicy w przypadku nadmiernego krwawienia z dróg rodnych!

Funkcje życiowe są monitorowane, aby móc w porę zareagować na potencjalne pogorszenie stanu któregokolwiek z pacjentów. Ucisk dna macicy stymuluje skurcze macicy i skurcze naczyń krwionośnych, przyczyniając się w ten sposób do zatrzymania krwotoku poporodowego.

Pamiętaj:

- Nigdy nie próbuj na siłę wyciągać łożyska, np. ciągnąc za pępowinę itp.!
- Nigdy nie wytaczaj główki płodu na siłę!
- Pamiętaj, że noworodek bardzo szybko traci ciepło – od razu po urodzeniu zabezpiecz jego ciało i potylicę nawet foliowym workiem, zostawiając odsłoniętą twarzyczkę dziecka! Folia znakomicie utrzymuje temperaturę. Dodatkowo możesz owinąć dziecko w kocyk lub ręcznik.
- Pępowina powinna być mocno zaciśnięta, by uniknąć nadmiernej utraty krwi – zaciśnij mocny węzeł. Nie bój się – użycie siły przy wykonaniu węzła nie sprawia dolegliwości bólowych ani noworodkowi, ani jego matce.
- Nieplanowany poród w warunkach pozaszpitalnych jest ogromnym stresem dla rodzącej – zachowaj spokój, wesprzyj ją swoją obecnością, okaż chęć pomocy.
- Zostań z rodzącą lub matką z noworodkiem do czasu przyjazdu karetki – powiedz zespołowi medycznemu, co się działo dotychczas. Powiedz wszystko – nawet, jeśli coś wprawiłocię w szczególne zakłopotanie.

Piśmiennictwo

6. Leifer G. Introduction to Obstetric and Paediatric Nursing [Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství]. Prague: Grada; 2004.
7. Procházka M, Pilka R. Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. Olomouc: AED-Olomouc s.r.o.; 2016.
8. Hájek Z, Čech E, Maršál K. Porodnictví. Prague: Grada; 2014.
9. Jenczura A, Kotlarz B, Naworska B. Samodzielność zawodowa położnej. Alternatywne miejsca porodu (poród domowy, poród tzw. uliczny). W: Naworska B, Kotlarz B, ed. Poród: Przebieg, zasady prowadzenia i kompetencje położnicze. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; 2015: 130–150.

3.3. Rzucawka ciążowa

Rzucawkę definiuje się jako stan spazmatyczny podczas ciąży, porodu i przez 10 dni po porodzie, spełniający co najmniej dwa z następujących kryteriów rozpoznanych w ciągu 24 godzin od napadu:

- Nadciśnienie ≥ 140/90
- Białkomocz > 300 mg / 24 godziny lub albumina / kreatynina w stosunku > 30 mg / mmol

- Małopłytkowość <100x10^9/l
- Wzrost poziomu AST w surowicy > 1,5 µkat/l

Rzucawka występuje jako powikłanie nieleczonego lub niewłaściwie leczonego ciężkiego nadciśnienia lub ciężkiego stanu przedrzucawkowego. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w krajach rozwiniętych udało się znacznie zmniejszyć występowanie rzucawki, chociaż częstość występowania stanu przedrzucawkowego nie uległa zmianie. Ten sukces opiera się na wysokiej jakości szeroko dostępnej opieki prenatalnej i jest dowodem na to, że rzucawka jest chorobą, której można zapobiegać. Dlatego częstość występowania rzucawki jest jednym z podstawowych wskaźników jakości opieki okołoporodowej. Większość napadów występuje po 28. tygodniu ciąży. Prawie połowa przypadków występuje przed porodem, 10–20% podczas porodu, a ponad jedna trzecia pojawia się po porodzie, zwykle w ciągu 48 godzin.

Napad rzucawki dzieli się zazwyczaj na cztery etapy:

1. Prodromy
2. Faza drgawek tonicznych
3. Faza drgawek klonicznych
4. Utrata przytomności.

Faza prodromalna charakteryzuje się objawami identycznymi z objawami ciężkiego stanu przedrzucawkowego, tj. bólami głowy w okolicy czołowej lub potylicznej, zaburzeniami widzenia, światłowstrętem, bólami nadbrzusza, hiperrefleksją. Czasami można zaobserwować lekkie drgania mięśni mimicznych lub cofanie się gałek ocznych. Ten etap zwykle trwa bardzo krótko i szybko przechodzi w fazę drgawek tonicznych. Drgawki zwykle rozpoczynają się drganiem mięśni żuchwy, następnie występują skurcze mięśni klatki piersiowej i przepony (prowadzące do bezdechu), mięśni szyi i pleców, które unieruchamiają kręgosłup w opistotonusie, ale także mięśni kończyn dolnych i górnych (pozycja bokserska kończyn górnych, zaciśnięte pięści). Po kilku sekundach pojawiają się drgawki kloniczne trwające kilka minut. Objawiają się nieskoordynowanym drganiem ciała, zwłaszcza kończyn. Typowe ruchy ramion i rąk są porównywane do „perkusisty tambora". Można również zaobserwować rzężący oddech i sinicę. Na tym etapie istnieje groźba zachłyśnięcia, niewydolności serca i odklejenia łożyska. W ostatniej fazie pacjentka zapada w głęboką śpiączkę (rozszerzenie źrenic i głęboki, regularny oddech). Po tym następuje amnezja. Upośledzona świadomość może trwać kilka godzin.

Jeśli nie jest odpowiednio leczona, rzucawka może prowadzić do kumulacji napadów (drgawki nawracające) i spowodować zagrażający życiu stan rzucawkowy. Termin eclampsia sinus eclampsia odnosi się do postaci choroby, w której nie występuje stadium drgawek i kobieta od razu zapada w śpiączkę. Powikłania choroby różnią się od tych w stanie przedrzucawkowym.

Postępowanie terapeutyczne polega na podtrzymywaniu funkcji życiowych i tłumieniu drgawek, gdyż po ustabilizowaniu stanu matki wskazane jest przerwanie

ciąży/poród przez cesarskie cięcie; wyjątkowo, podczas porodu lub w drugiej fazie porodu, może być konieczna operacja ekstrakcji pochwy. Podstawą interwencji farmakologicznej jest terapia przeciwdrgawkowa zapobiegająca nawrotowi fazy drgawek. Najskuteczniejsze działanie przeciwdrgawkowe obserwuje się w przypadku dożylnego podania siarczanu magnezu ($MgSO_4$), gdzie początkową dawką jest porcja 4–6 g powoli podawana dożylnie (5–10 minut), a następnie ciągły wlew dawki 1 g $MgSO_4$ na godzinę przez okres 24–48 godzin. Leczenie to często łączy się z podaniem środków uspokajających (wielokrotnie podawanych dożylnie w bolusie 5–10 mg diazepamu). Po ataku rzucawki i przerwaniu ciąży wskazana jest dalsza opieka na OIT/ARO zgodnie z warunkami oddziału, nastawiona na intensywne monitorowanie parametrów życiowych, terapię przeciwdrgawkową i hipotensyjną. Procedury terapeutyczne (w tym testy laboratoryjne) nie różnią się od leczenia ciężkiego stanu przedrzucawkowego lub zespołu HELLP.

Każdy stan konwulsyjny lub upośledzenie świadomości jest wskazaniem do badania neurologicznego. Jeżeli zaburzenie utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, należy wziąć pod uwagę inne możliwe przyczyny (krwotok śródczaszkowy, guz mózgu, obrzęk mózgu, przyczyny metaboliczne itp.) i wykonać dalsze badania laboratoryjne lub skorzystać z metod obrazowania (CT, MRI, EEG).

Kluczową rolę w rozwoju stanu przedrzucawkowego odgrywa tkanka łożyska lub nieprawidłowy rozwój naczyń łożyska. Mówimy o nieprawidłowej odbudowie tętnic spiralnych. Podczas ciąży fizjologicznej komórki cytotrofoblastyczne penetrują doczesną i wywołują konwersję tętnic spiralnych o wysokiej oporności w szeroko otwarte tętnice niskooporowe, zapewniając dostateczny dopływ krwi matczynej dla płodu i łożyska. Proces ten zachodzi po pierwszym trymestrze ciąży, w 18.–20. tygodniu. W stanie przedrzucawkowym nie dochodzi do przebudowy tętnic spiralnych, dlatego pozostają one wąskie i zachowują wysoką odporność, co prowadzi do zmniejszenia ukrwienia łożyska oraz jego niedotlenienia i niedokrwienia. Niedotlenione łożysko wytwarza szereg substancji czynnych biologicznie, które po przedostaniu się do układu krążenia matki powodują uogólnione zaburzenie śródbłonka matczynego (wyściółki naczyń krwionośnych u matki) – tzw. dysfunkcję śródbłonka. Uszkodzenie śródbłonka objawia się zajęciem wielu narządów (OUN, wątroba, płuca, nerki, krew), wyciekiem płynu z naczyń krwionośnych do przestrzeni śródmiąższowej i do trzeciej przestrzeni, co powoduje charakterystyczny obrzęk (twarz i dłonie), wodobrzusze, a w ciężkich przypadkach obrzęk płuc i obrzęk mózgu. Nadciśnienie prawdopodobnie występuje w wyniku skurczów naczyniowych i jest to zwykle pierwszy widoczny symptom. Dysfunkcjonalne łożysko ma również negatywny wpływ na rozwój płodu, może spowodować spowolnienie lub nawet zatrzymanie wzrostu, tak zwane wewnątrzmaciczne opóźnienie wzrostu. Rozwój i postępowanie choroby wpływa na ilość czynników immunologicznych, genetycznych i zapalnych. Ryzyko nieprawidłowego łożyskowania jest

również zwiększone przez poważne komplikacje zdrowotne związane z niewydolnością naczyniową, takie jak istniejące uprzednio nadciśnienie, cukrzyca, toczeń rumieniowaty układowy, choroby nerek itp.

Opisane powyżej zmiany patofizjologiczne charakteryzują przede wszystkim wczesną postać stanu przedrzucawkowego, pojawiającą się przed 34. tygodniem ciąży. Ciężkie zaburzenie jednostki płodowo-łożyskowej powoduje opóźnienie wzrostu wewnątrzmacicznego (mała masa urodzeniowa). W większości przypadków ciężki przebieg choroby wymaga szybkiego przerwania ciąży, często bardzo wcześnie przed terminem. Dlatego wczesny stan przedrzucawkowy wiąże się z wysoką zachorowalnością i śmiertelnością noworodków i matek.

Postać późna stanu przedrzucawkowego z początkiem po 34. tygodniu ciąży występuje raczej na podłożu przewlekłej choroby matki. Zaburzenie jednostki płodowo-łożyskowej jest mniej poważne i rokowania są dobre zarówno dla matki, jak i płodu, który zachowuje fizjologiczny wzrost i ma prawidłową masę urodzeniową.

Narażone grupy kobiet:

- nieródki,
- wiek <18 lat i >35 lat,
- rodzinna historia stanu przedrzucawkowego,
- osobista historia stanu przedrzucawkowego lub nadciśnienia ciążowego,
- ciąża mnoga,
- wysoki wskaźnik BMI, powyżej 35,
- istniejące/przewlekłe nadciśnienie,
- wcześniejsza diagnoza cukrzycy insulinoniezależnej,
- choroba nerek,
- choroba naczyniowa,
- rozsiany toczeń rumieniowaty,
- zespół antyfosfolipidowy,
- mutacje trombofilowe.

Wczesne rozpoznanie choroby pozwala na świadczenie szczególnie dobrze dopasowanej opieki prenatalnej. Podczas każdej kontroli poradnictwa prenatalnego poszukuje się w szczególności potencjalnych czynników ryzyka i na podstawie danych z historii dokonuje się oceny stopnia ryzyka rozwoju choroby. Mierzy się ciśnienie krwi, bada mocz pod kątem białka, a przyrost masy ciała, w tym powstawanie obrzęków, jest regularnie sprawdzany. Monitorowany jest rozwój i wzrost płodu.

Zależnie od stopnia zaawansowania stan przedrzucawkowy jest klasyfikowany jako:

- łagodny: ciśnienie tętnicze od 140/90 do 159/109 mmHg, bez objawów ciężkiego stanu przedrzucawkowego;
- ciężki: wartości BP ≥ 160/110, skąpomocz <400 ml/24 godz., objawy zespołu HELLP (bóle w nadbrzuszu, bóle w prawym podżebrzu, małopłytkowość

< 100x109/l i/lub wzrost aktywności enzymów wątrobowych: AspAT, ALT), obrzęk płuc, oznaki postępującej niewydolności nerek, wystąpienie wcześniej niepojawiających się bólów głowy, zaburzenia widzenia, nudności i wymioty.

Stan przedrzucawkowy charakteryzuje się zatrzymaniem płynów w organizmie z nagłym przyrostem masy ciała i rozwojem obrzęku, zwłaszcza twarzy, szyi i dłoni. W bardzo ciężkich przypadkach może rozwinąć się puchlina, wodobrzusze, zapalenie osierdzia lub płynotłuszczowy obrzęk płuc lub mózgu. Obecność odizolowanego obrzęku kończyn dolnych u kobiet z prawidłowym ciśnieniem tętniczym należy do fizjologicznych objawów III trymestru. Za czynnik ryzyka uważa się przyrost masy ciała o ponad 20% lub o ponad 1 kg na tydzień.

Należy zwrócić uwagę na następujące objawy:

- Ból głowy zlokalizowany w okolicy czołowej i za oczami powstaje w wyniku skurczu naczyń krwionośnych w mózgu i powoduje niebezpieczeństwo napadu rzucawkowego oraz krwotoku mózgowego.
- Zaburzenia widzenia objawiają się wystąpieniem mroczków (utrata pola widzenia), niewyraźnego widzenia, podwójnego widzenia, światłowstrętu (wrażliwość na światło), na skutek nadciśnienia może wystąpić krwawienie w siatkówce z jej odwarstwieniem, a także krwotok do ciała szklistego i bardzo rzadko ślepota korowa.
- Ból w nadbrzuszu lub ból w prawym podżebrzu powoduje napięcie obudowy wątroby z powodu krwotoku podtorebkowego. Oprócz białkomoczu bada się morfologię krwi i parametry biochemiczne.

Powikłania stanu przedrzucawkowego można podzielić na:

- związane z chorobą wielonarządową rodzica:
  - rzucawka (patrz rozdział o stanach drgawkowych),
  - krwotok śródczaszkowy,
  - obrzęk siatkówki,
  - obrzęk płuc,
  - niewydolność nerek,
  - niewydolność serca,
  - zespół HELLP,
  - DIC,
- płodowe, związane z upośledzoną jednostką płodowo-łożyskową:
  - oderwanie łożyska,
  - ograniczenie wzrostu wewnątrzmacicznego,
  - poród przedwczesny (jatrogenny),
  - wewnątrzmaciczna śmierć płodu.

Podstawowym sposobem leczenia stanu przedrzucawkowego jest przerwanie ciąży. Jeśli konieczne jest przerwanie ciąży przed 34. + 6 tygodniem ciąży, płód również musi być leczony. Staramy się zapobiegać powikłaniom ciąży u matki i przedłużać ciążę poprzez interwencje farmakologiczne. Istnieją różne podejścia do leczenia łagodnego i ciężkiego stanu przedrzucawkowego.

W łagodnym stanie przedrzucawkowym terapię hipotensyjną stosuje się już przy ciśnieniu 140/90 mmHg. Ciśnienie krwi powinno być utrzymywane na poziomie 140/90 mmHg.

W łagodnym stanie przedrzucawkowym można monitorować ciężarne kobiety w trybie ambulatoryjnym, oczywiście zawsze biorąc pod uwagę ich stan kliniczny i wyniki badań laboratoryjnych.

W ciężkim stanie przedrzucawkowym kobiety w ciąży są hospitalizowane na OIT.

Opieka położnicza i pielęgniarska przed operacyjnym zakończeniem porodu

- Zabezpieczenie przynajmniej jednej dobrej linii żylnej.
- Pomiar parametrów życiowych BP, P, EKG, SpO_2.
- Kontrola krwawienia z pochwy i skurczów macicy.
- Rejestracja kardiotokografu.
- Pobieranie próbek na morfologię krwi, badanie czynników krzepnięcia i dopasowanie krzyżowe.
- Monitorowanie świadomości, nudności, zaburzeń widzenia, bólów głowy, bólów w nadbrzuszu.
- Monitorowanie poziomu płynów.
- Szkolenie i edukacja matek przed chirurgicznym przerwaniem ciąży.
- Zapobieganie chorobie zakrzepowo-zatorowej.

Opieka pooperacyjna po porodzie operacyjnym

- Monitorowanie funkcji życiowych.
- Monitorowanie kurczliwości macicy i stanu krwawienia, pomiar utraty krwi.
- Sprawdzenie parametrów życiowych: BP, P, EKG, SpO_2.
- Monitorowanie świadomości, nudności, bólu głowy i bólu w nadbrzuszu.
- Monitorowanie diurezy, poziomu płynów i drenów ściekowych.
- Pobieranie próbek materiału biologicznego.
- Chirurgia terapeutyczna.
- Opatrunki aseptyczne, ocena wejść nieinwazyjnych i inwazyjnych.
- Edukacja na temat przyjmowania płynów i wczesnej rehabilitacji w łóżku.
- Współpraca interdyscyplinarna.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej.

Piśmiennictwo

1. Šimetka O, et al. HELLP syndrom. Prague: Maxdorf; 2013.
2. Vlk R. Preeklampsie. Prague: Maxdorf; 2015.

3.4. Padaczka w ciąży

3.4.1. Charakterystyka padaczki

Padaczka jest najczęstszą chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Wiąże się to z typowymi dla tej choroby napadami padaczkowymi. Choroba ta towarzyszy nam od początków ludzkości. Opisał ją już Hipokrates. Nazwa pochodzi od greckiego słowa „epilambein" czyli pochłonąć, upaść.

Padaczka nie jest chorobą jednoczynnikową. Istnieje grupa tzw. idiopatycznych, czyli pierwotnych typów padaczki, w których nie stwierdza się zmian w mózgu ani innych narządach, a istotną rolę odgrywa dziedziczność.

Padaczka objawowa (wtórna) może rozwinąć się po urazie mózgu, np. jeszcze w macicy, około urodzenia, po urazie, stanie zapalnym lub krwawieniu. Przyczyną uszkodzenia mózgu mogą być również choroby metaboliczne i zwyrodnieniowe.

Napady padaczkowe są stanami przejściowymi i krótkotrwałymi, zwykle trwającymi od kilku sekund do kilku minut.

Ich objawy są bardzo zróżnicowane i mogą obejmować:

- zmianę świadomości,
- objawy fizyczne – drganie lub wyprost kończyn, skręty głowy, tułowia i oczu,
- przewracanie się lub bardziej złożone stereotypy nieefektywnego działania,
- nietypowe doznania – wzrokowe, węchowe, słuchowe, mrowienie w kończynach itp.,
- zmiany w układzie wegetatywnym, takie jak zaczerwienienie lub pocenie się.

Ważną rolę odgrywa przyczyna napadów, ich charakter, częstotliwość i czas trwania, wiek pacjenta, całkowity czas trwania choroby oraz wiele innych czynników. Długie uogólnione napady z drgawkami lub nagromadzenie takich napadów to tak zwany stan padaczkowy. Jest on poważny i stanowi zagrożenie życia.

3.4.2. Aktualny podział napadów padaczkowych dokonany przez Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową

Napady częściowe (częściowe, ogniskowe)

Napady częściowe (ogniskowe) rozpoczynają się w ograniczonym obszarze mózgu, a ich objawy zależą od ich lokalizacji w tym obszarze (tj. strefy padaczki). Ten rodzaj napadu występuje najczęściej u dorosłych, a najczęstszym miejscem pochodzenia są płaty skroniowe. Część pacjentów zauważa znaki ostrzegawcze lub tak zwaną aurę przed atakiem. W rzeczywistości jest to już napad ograniczony do niewielkiej części mózgu, który niekoniecznie musi się dalej rozprzestrzeniać, a większy napad może w ogóle się nie rozwinąć. Aura pojawia się często jako dyskomfort w jamie brzusznej lub górnej części brzucha i postępuje wyżej, a także odczuwanie uczuć już przeżytych lub widzianych, uczucie wyobcowania, halucynacje węchowe itp. Jeśli napad szerzy się dalej, rozwija się w objawy tzw. złożonego napadu częściowego, w którym świadomość jest już ograniczona (częściowo lub całkowicie), pacjent wykonuje automatyczne i bezcelowe ruchy (lizanie, połykanie, żucie, manipulowanie otaczającymi przedmiotami, poprawianie ubrań) i może poruszać się bez celu, a nawet wykonywać bardziej złożone czynności, które rozpoczął przed napadem. Może mówić, najczęściej wyraża się niespójnie lub bezsensownie. Czasami aktywność fizyczna jest jednak minimalna, a pacjent się zatrzymuje. Po napadzie nierzadko występuje uczucie zagubienia, a także pobudzenie lub agresja. Pacjent zwykle nie pamięta napadu. Ten napad może się rozprzestrzeniać wtórnie i przekształcić w napad „pełnoprawny", uogólniony. Napady częściowe z innych płatów zwykle pozwalają na zachowanie świadomości i objawiają się na przykład drganiami lub skurczami po jednej stronie ciała, a nawet tylko w konkretnej grupie mięśni, skąd mogą przemieszczać się dalej.

Napady uogólnione

Aktywność padaczkowa wpływa na całą korę mózgową obu półkul. Z tego powodu pacjenci natychmiast tracą przytomność. W wieku dorosłym napadom uogólnionym najczęściej towarzyszą drgawki. Na początku pacjent często krzyczy, gryzie język i upada. Sztywnieje, nie oddycha, a skóra staje się niebieska. Stopniowo przechodzi do trzeszczącego oddechu, ślinienia się i symetrycznego drgania wszystkich kończyn. Pod koniec napadu często moczy się i pozostaje osłabiony i nieprzytomny (lub w głębokim śnie). Napady uogólnione mogą przebiegać bez drgawek (jest to typowe w dzieciństwie) i mogą się charakteryzować nawet krótkotrwałą fiksacją oczu lub „przestojem".

Napady uogólnione obejmujące skurcze to:

- napady miokloniczne, które charakteryzują się krótkimi i powtarzającymi się drganiami poszczególnych grup mięśni. Objawiają się szybkimi mimowolnymi drganiami głowy, kończyn lub całego ciała;
- napady toniczno-kloniczne – są najczęstszym rodzajem napadów padaczkowych i zawsze towarzyszy im utrata przytomności; napad pojawia się nagle, rozpoczyna się od gwałtownych konwulsji tonicznych (zgięcie ciała do tyłu w kształt łuku) i upadku. Całe ciało może drgać w gwałtownych skurczach, oddychanie jest nieregularne, często występuje oddawanie moczu. Odzyskiwanie świadomości następuje stopniowo, podobnie jak ustępowanie drgawek. Po ataku pojawiła się amnezja i dezorientacja.

Większość napadów ma charakter krótkotrwały i ustępuje samoistnie. Pierwsza pomoc w przypadku napadu padaczkowego:

- zaleca się zachować spokój,
- nie należy próbować powstrzymać skurczów,
- dobrze jest usunąć niebezpieczne przedmioty z otoczenia pacjenta,
- podłożyć miękką podkładkę pod głowę pacjenta,
- poluzować ich ubrania,
- po ustąpieniu drgawek ułożyć pacjenta w pozycji wyjściowej,
- należy monitorować długość napadu i rodzaj skurczów,
- obserwować powrót przytomności i zapewnić dodatkowe leczenie.

3.4.3. Padaczka u kobiet w ciąży

Padaczka występuje u 1% populacji kobiet w wieku rozrodczym. Odpowiednie leczenie terapią przeciwdrgawkową pozwala kobiecie prowadzić pełne, normalne życie, w tym seksualne. Pozwala to pacjentkom zajść w ciążę. Należy zaplanować ciążę, w tym wstępnie ustalić terapię, aby pacjentka pozostała w stabilnym stanie, bez wystąpienia napadów. Jednak płodność kobiet z padaczką jest mniej obniżona niż u zdrowych kobiet. Leki przeciwpadaczkowe i napady drgawek mogą mieć negatywny wpływ na rozwój płodu. U kobiet z padaczką częstsze są również powikłania podczas porodu oraz w okresie okołoporodowym. Ryzyko zgonu jest 10 razy większe niż u reszty populacji, częściej dochodzi też do krwawienia z pochwy i porodu przedwczesnego. U 50% kobiet z padaczką częstość napadów nie zmienia się w czasie ciąży. Jednak 30% ciężarnych kobiet z padaczką zauważa wzrost liczby ataków. Przyczyny tego wzrostu nie są jeszcze całkowicie znane.

Wpływ na nie mogą mieć zmiany metaboliczne u matki:

- przyrost masy ciała,
- retencja płynów i sodu,
- hipomagnezemia.

Zmiany te mogą mieć wpływ na obniżenie poziomu leków przeciwpadaczkowych stosowanych przez pacjentkę. Kobiety, u których występuje wzrost częstości napadów padaczkowych, mają obniżony poziom leków przeciwpadaczkowych we krwi. Nie zaleca się jednak zwiększania dawek leków przeciwpadaczkowych, ponieważ zwiększają one działanie teratogenne na płód. Z tych powodów często konieczna jest przejście na leki przeciwpadaczkowe o minimalnym działaniu teratogennym. Zaleca się również kobietom regularne badanie poziomu leków przeciwpadaczkowych w surowicy krwi oraz badanie elektroencefalogramem (EEG).

Działanie teratogenne leków przeciwpadaczkowych zwiększa ryzyko wad wrodzonych nawet do 28%. W ostatnich latach w dostępnej literaturze opisano wady cewy nerwowej u płodów matek, które stosowały kwas walproinowy, podobnie jak teratogenne działanie gruczolakoraka.

Ogólnie rzecz biorąc, oczywiste jest, że leki przeciwpadaczkowe mogą mieć działanie teratogenne na płód, a konkretnie na:

- powstawanie rozszczepionych wad cewy nerwowej,
- niedokrwistość w ciąży.

Zalecenia dla ciężarnych kobiet z padaczką

- Jak najszybciej zaplanować ciążę.
- Przygotować plan ciąży, jak również okresu stabilizacji zdrowia.
- Przed planowaną ciążą zaleca się omówienie wszystkiego z neurologiem, udokumentowanie rodzajów napadów padaczkowych i ich przyczyn.
- Kompensacja poprzez odpowiednią terapię z najniższą możliwą skuteczną dawką leków przeciwpadaczkowych (należy wyeliminować ciężkie napady drgawek).
- Przed planowaną ciążą zaleca się rozmowę z ginekologiem.
- Przyjmować kwas foliowy przez całą ciążę.
- Przyjmować witaminę D i witaminę B przez całą ciążę.
- Regularnie chodzić na badania do neurologa, monitorować poziom leków przeciwpadaczkowych w surowicy krwi.
- Monitorować wszystkie napady.
- Konieczne będzie dostosowanie stylu życia – wysypianie się i odpoczynek, eliminacja alkoholu, nikotyny.
- Ograniczenie sytuacji stresowych.

Kobieta w ciąży musi zostać poinformowana o potencjalnym niekorzystnym wpływie leków przeciwpadaczkowych i napadów padaczkowych na zdrowie dziecka.

Ponadto przed ciążą oraz w jej trakcie należy monitorować czynniki ryzyka, takie jak:

- kacheksja,

- otyłość,
- niedobór witaminy B12,
- palenie,
- spożycie alkoholu.

W ramach opieki prenatalnej kobiety ciężarne z padaczką zgłaszają się do Międzynarodowego Rejestru Leków Przeciwpadaczkowych i Ciąży (EURAP), który zrzesza kraje Europy, Ameryki Łacińskiej, Azji i Afryki. Obecnie w jego skład wchodzi 45 krajów. Celem tego rejestru jest ocena ryzyka i wad rozwojowych związanych ze stosowaniem leków przeciwpadaczkowych oraz ryzyka i częstości występowania napadów.

Zagrożenia dla ciężarnych kobiet z padaczką:

- Zwiększone ryzyko stanu przedrzucawkowego, odklejenia łożyska.
- Zwiększone ryzyko infekcji, porodów indukowanych lub cesarskich.
- Ryzyko martwego urodzenia.
- W przypadku porodu przedwczesnego istnieje ryzyko zakażenia noworodka i powikłań związanych z asfiksją i zakażeniem.

3.4.4. Poród u kobiet z padaczką

Przed porodem pacjentka powinna zostać zbadana przez neurologa, który określa ogólny stan neurologiczny, w tym rodzaj padaczki, napadów padaczkowych i przyjmowanych leków. Raport jest następnie udostępniany położnikowi i neonatologowi. Neurolog składa również oświadczenie co do przebiegu porodu i ewentualnej indukcji (kiedy zajdzie potrzeba zastosowania prostaglandyn), podania znieczulenia i analgezji podczas porodu (czy może nastąpić naturalnie), musi również wziąć pod uwagę przyjmowane leki, ocenić, czy są dopuszczalne w okresie laktacji. Cesarskie cięcie staje się konieczne tylko wtedy, gdy pacjentka jest zagrożona uogólnionymi napadami i stanem padaczkowym. U kobiet z padaczką przedłużona wentylacja nie jest pożądana, ponieważ może wywołać napad padaczkowy. Leki przeciwpadaczkowe należy podawać w sposób ciągły. Aby zapobiec napadom, pacjentka powinna odpoczywać. Ryzyko napadów podczas porodu jest stosunkowo niskie, około 1%. Potencjalny napad może zostać przerwany poprzez dożylne podanie diazepamu. Podczas porodu powinien być obecny neurolog. U pacjentek z większym ryzykiem silnego napadu stosuje się cesarskie cięcie, ponieważ napad padaczkowy podczas porodu spowodowałby, że przestałaby współpracować, a dziecko mogłoby udusić się w kanale rodnym. Większość kobiet z padaczką może jednak rodzić w sposób naturalny.

3.4.5. Karmienie piersią u kobiet z padaczką

Karmienie piersią z padaczką nie jest całkowicie przeciwwskazane. Zależy to przede wszystkim od dwóch czynników. Pierwszy to rodzaj przyjmowanych leków przeciwpadaczkowych i ich dawkowanie. Leki przeciwpadaczkowe przenikają do mleka matki w różnych ilościach. Leki uważane za bezpieczne podczas karmienia piersią obejmują karbamazepinę, lewetyracetam, fenytoinę, walproinian i lamotryginę, a za raczej ryzykowne uważa się etosuksymid i fenobarbital.

Rodzaje leków przeciwpadaczkowych:

- pierwszej generacji,
- drugiej generacji,
- trzeciej generacji.

Lewetyracetam trzeciej generacji i lamotrygina są uważane za najbardziej odpowiednie do stosowania w ciąży i przy karmieniu piersią.

Wysokie dawki leku stwarzają ryzyko osłabienia dziecka. Dzieci zasypiają podczas karmienia piersią, czując się usatysfakcjonowane i wkrótce potem budzą się głodne. W okresie laktacji należy przeprowadzać regularne badania dziecka, sprawdzać poziom leków przeciwpadaczkowych we krwi dziecka oraz w mleku matki.

3.4.6. Ryzyko drgawek w okresie poporodowym

- Brak snu.
- Brak odpoczynku.
- Celowe stopniowe zmniejszanie dawki leków przeciwpadaczkowych z powodu karmienia piersią.

3.4.7. Edukacja matki

- Należy dbać o bezpieczeństwo dziecka, kąpiel, przewijanie, możliwość przygniecenia i uduszenia dziecko podczas snu.
- Podczas spacerów czy wizyt u lekarza konieczna jest obecność osoby towarzyszącej.
- Zaleca się regularne stosowanie leków przeciwpadaczkowych.

UWAGA!

- Edukacja matki i jej rodziny jest konieczna!
- Bezpieczeństwo matki i dziecka jest na pierwszym miejscu!

- Należy zapytać pacjentkę o przebieg dotychczasowych napadów padaczkowych (dokładny wywiad).
- Należy zapytać o występowanie aury – jako ostrzeżenia przed zbliżającym się atakiem.
- Jeśli sprawujesz opiekę nad pacjentką z padaczką w wywiadzie – upewnij się, że leki stosowane w przypadku ataku są obecne na oddziale/bloku porodowym, a ich termin ważności jest aktualny.
- Możesz lek ścisłego rozchodu wstawić do najbliższej szafy z lekami – w przypadku ataku zyskasz na czasie!
- Nie opuszczaj pacjentki podczas ataku i po nim. Zapewnij jej wsparcie fizyczne i psychiczne.

Piśmiennictwo

1. Kollár B, Tomo I, Šiarnik P, Krížová L, Čarnická Z, et al. Antiepileptická liečba v gravidite z pohľadu teratogenity. Neurológia pre prax 2012; 7(2): 57–60.
2. Marusič P, Brazdil M, et al. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií. EpiStop; 2013.
3. Patočková M, Machová A. Těhotenství, porod a šestinedělí v souvislosti s epilepsií z pohledu porodní asistentky. Neurológia pre prax 2017; 18(1): 44–48.
4. Ruth DJ, Barnett J. Epilepsy in Pregnancy. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2013; 27(3): 217–224.
5. Vachek J, Tesař V, Zakiyanov V, Maxová K. Farmakoterapie v těhotenství a při kojení. 2. ed. Prague: Maxdorf. Modern pharmacotherapy; 2016.
6. Zárubová J. Co je nového na téma "žena a epilepsie"? Neurológia pre prax 2014; 15(6): 300–304.
7. Zárubová J. Epilepsie a těhotenství. Modern gynekologie a porodnictví 2016; 24(2): 172–178.

3.5. Zespół HELLP

Zespół HELLP (hemoliza, podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych, małopłytkowość) należy do najpoważniejszych powikłań w okresie ciąży. Zalicza się do najpoważniejszych stanów krytycznych i dotyka około 0,5–0,9% wszystkich ciężarnych kobiet. Zwykle rozwija się między 27. a 37. tygodniem samodzielnie lub, najczęściej, na początku ciężkiego stanu przedrzucawkowego (80–90% przypadków). Jest schorzeniem uogólnionym, zajmującym wiele narządów. Śmiertelność matek wynosi około 4%. Występuje zarówno w połączeniu z klasycznymi objawami stanu przedrzucawkowego, do których należą nadciśnienie i białkomocz,

obrzęki oraz zatrzymanie płynów, lub bez tych objawów, za to z bólem głowy, zaburzeniami widzenia, bólem w nadbrzuszu, nudnościami i obrzękami. Typowe objawy laboratoryjne to tzw. tria – hemoliza, podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych i małopłytkowość.

Charakteryzuje się typowym wynikiem laboratoryjnym, od którego pochodzi jego nazwa:

- hemoliza,
- podwyższone enzymy wątrobowe (podwyższenie wyniku testu czynności wątroby),
- mała liczba płytek krwi (trombocytopenia).

Hemoliza jest spowodowana częściowym zniszczeniem, tzw. fragmentacją krwinek czerwonych. Jest to mechaniczne uszkodzenie czerwonych krwinek, spowodowane przede wszystkim przeszkodami w mikrokrążeniu. Odgrywa ważną rolę w lokalnym skurczu naczyń. Uszkodzone erytrocyty wytwarzają nieregularne komórki – schistocyty. Zniszczenie erytrocytów prowadzi do wzrostu dehydrogenazy mleczanowej (LHD) i spadku hemoglobiny. W konsekwencji, poziom haptoglobiny spada, a poziom bilirubiny niezwiązanej wzrasta.

Podwyższenie enzymów wątrobowych – objawia się uszkodzeniem komórek wątroby lub zaburzeniem ich czynności. Podstawowe badanie laboratoryjne opiera się na podwyższeniu poziomu transaminaz, szczególnie AST i ALT, które są obecne w hepatocytach i uwalniane po uszkodzeniu komórek wątroby.

Podobnie jak w przypadku stanu przedrzucawkowego, kluczową rolę odgrywa funkcjonalne zaburzenie łożyska, a następnie rozwój dysfunkcji śródbłonka matki. Hemoliza powoduje zniszczenie krwinek czerwonych, gdy przechodzą one przez uszkodzoną wyściółkę naczyń krwionośnych. We krwi obwodowej obecne są schistocyty (uszkodzone erytrocyty) i inne wskaźniki hemolizy – podwyższone LHD i obniżony poziom haptoglobiny. Zaburzenia czynności wątroby prowadzą do podwyższenia ALT, AST, występuje małopłytkowość < 150×10^9/l.

Małopłytkowość – stan, w którym następuje zmniejszenie liczby płytek poniżej 150×10^9/l.

Na podstawie wyników laboratoryjnych zespół HELLP dzieli się na trzy klasy zgodnie z najczęściej stosowaną klasyfikacją Mississippi. Klasyfikacja ta została opracowana przez naukowców z amerykańskiego Uniwersytetu w Mississippi, którzy oparli ją na retrospektywnej analizie ponad 500 przypadków zespołu HELLP, w tym wyników dotyczących matek i okresu okołoporodowego. Schemat klasyfikacji został zaproponowany na podstawie poziomu LHD (dehydrogenazy mleczanowej) w surowicy i poziomu płytek krwi. Wartości te powinny odzwierciedlać zaawansowanie i progresję zespołu HELLP.

Kryteria diagnostyczne dla poszczególnych klas w ramach klasyfikacji Missisipi:

- I klasa – największe ryzyko dla matki i płodu – znaczny spadek liczby trombocytów poniżej 50×10^9/l,
- II klasa – zakres liczby trombocytów $50–100\times10^9$/l,
- III klasa – zakres liczby trombocytów $100–150\times10^9$/l.

Przebieg kliniczny choroby jest na ogół bardzo szybki i trudny do przewidzenia. Na pierwszym planie objawowym dominuje ból głowy, ból w nadbrzuszu lub ból w prawym podżebrzu oraz zaburzenia widzenia. Często spotykanymi współistniejącymi czynnikami są nadciśnienie, białkomocz i obrzęk (objawy stanu przedrzucawkowego). Choroba może jednak również rozwijać się bardzo powoli z cechami charakterystycznymi dla rozpoczynających się chorób wirusowych (grypopodobnych) – zmęczenie, osłabienie, senność, bóle stawów.

Powikłania:

- DIC (zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego): krwawienie komplikujące zabieg chirurgiczny i okres pooperacyjny, powstawanie krwiaków w przestrzeni podpowięziowej i krwotok śródbrzuszny.
- Powikłania neurologiczne: obrzęk mózgu, czasowa ślepota, krwawienie śródmózgowe.
- Krwiak podtorebkowy i pęknięcie wątroby.
- Obrzęk płuc, rozwijający się szczególnie w okresie poporodowym z powodu nieodpowiedniego uzupełniania poziomu płynów.
- Ostra niewydolność nerek.
- Oderwanie łożyska.
- Zauważalnie gorsze wyniki okołoporodowe – wysoka częstość opóźnienia wzrostu płodu, wcześniactwo z powodu jatrogennego porodu przedwczesnego, większa częstość zgonów okołoporodowych.

Kobiety w ciąży z podejrzeniem zespołu HELLP zawsze poddaje się hospitalizacji. Intensywnie monitorowane jest ciśnienie krwi oraz stan kliniczny matki i płodu.

Badania laboratoryjne:

- morfologia krwi, w tym schistocyty, w tym:
- jonograf,
- ALT (transaminaza alaninowa), AST (transaminaza asparaginianowa), GMT (gamma-glutamylotransferaza), ALP (fosfataza alkaliczna), bilirubina, LHD (dehydrogenaza mleczanowa), kwas moczowy, haptoglobina, białkomocz,
- albumina i białka,
- testy krzepnięcia.

Badanie laboratoryjne należy powtarzać w odstępach 8-godzinnych.

Podobnie jak w przypadku stanu przedrzucawkowego, leczenie przyczynowe polega na przerwaniu ciąży w możliwie najkrótszym czasie od rozpoznania. W ciąży poniżej 35 tygodnia ciąży oraz w dobrym stanie klinicznym matki można rozważyć

podanie kortykosteroidów w celu zwiększenia szansy na przeżycie dziecka przez wzmocnienie jego płuc.

Sposób prowadzenia porodu zależy od stanu klinicznego matki i płodu:

- poród pochwowy jest łagodniejszy, ale wymaga czasu,
- cesarskie cięcie – wariant szybszy.

Terapię należy skonsultować z hematologiem. W przypadku spadku trombocytów poniżej 50x10 ^{9} /l zaleca się podanie koncentratu płytek krwi. Opieka pooperacyjna i poporodowa nad pacjentką z zespołem HELLP powinna zawsze odbywać się na OIT/ARO.

Intensywna obserwacja:

- parametry życiowe – BP, P, SpO_2, oddech, EKG, diureza,
- krwawienie z macicy, laparotomia,
- osad z drenów,
- perystaltyka jelit,
- oznaki ryzyka krwotoku śródbrzusznego.

Na rozwój ciężkiej koagulopatii może wskazywać krwawienie z błon śluzowych lub wybroczyny skórne. Zapobieganie utracie krwi z macicy zapewnia się poprzez podanie leków pobudzających skurcze.

Główne filary terapii podtrzymującej i substytucyjnej:

- współpraca interdyscyplinarna (położnik, anestezjolog/specjalista w zakresie intensywnej opieki),
- terapia przeciwdrgawkowa,
- terapia hipotensyjna,
- konsekwentne leczenie równowagi płynów,
- regulacja koagulacji,
- terapia kortykoidami.

3.5.1. Opieka nad kobietami z zespołem HELLP

Wymagania stawiane położnym pracującym na sali porodowej i oddziale intensywnej terapii podkreślają zwłaszcza znajomość objawów stanu przedrzucawkowego, nadciśnienia tętniczego i erudycji zespołu HELLP, umiejętność szybkiego podejmowania decyzji, znajomość aparatury, leków oraz umiejętność pracy w zespole.

Opieka położnicza i pielęgniarska dzieli się na opiekę w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym.

Okres przedoperacyjny jest bardzo krótki, ale należy dokładnie zebrać historię pacjenta. Położna bez zwłoki wykonuje swoje obowiązki, wywiązuje się ze swoich kompetencji i wykonuje zlecenia lekarskie.

Lekarz położnik powinien natychmiast upewnić się, że:
- co najmniej dwie dobre linie żylne są zabezpieczone,
- krwawienie z pochwy i skurcze macicy są monitorowane,
- kardiotokograf jest rejestrowany,
- pobierane są próbki krwi na morfologię krwi, badanie czynników krzepnięcia i próby krzyżowe,
- mierzone są funkcje fizjologiczne, w tym kognicja i ewakuacja,
- szkolenie i edukacja matek na okoliczność chirurgicznego przerwania ciąży
- zapobieganie chorobie zakrzepowo-zatorowej,
- przed przerwaniem ciąży pobierana jest próbka krwi do badania (w przypadku zespołu HELLP).

Opieka pooperacyjna na OIT obejmuje stabilizację hemodynamiczną pacjentki.
Po przybyciu na OIOM położna natychmiast upewnia się, że:
- pacjentka jest podłączona do monitora parametrów życiowych,
- kurczliwość macicy i poziom krwawienia są monitorowane, utrata krwi jest mierzona, rejestrowana i zgłaszana lekarzowi,
- monitorowane są parametry życiowe: BP, P, EKG, SpO_2,
- monitorowana jest świadomość, stan psychiczny i nastrój,
- diureza i nieczystości są monitorowane, a bilans płynów utrzymywany,
- monitorowane są obrzęki, bóle głowy i nadbrzusza, zaburzenia widzenia, nudności i wymioty,
- w przypadku znieczulenia podpajęczynówkowego matki monitorowane jest odwijanie bloku podpajęczynówkowego,
- próbki kontrolne materiału biologicznego pobierane są według wskazań gabinetu lekarskiego,
- recepty terapeutyczne (roztwory do infuzji, uterotoniki, miniheparynizacja i specyfika leczenia choroby podstawowej) są wydawane,
- w zależności od stanu klinicznego, utraty krwi, wyników badania morfologicznego i parametrów krzepnięcia, lekarzom udzielana jest pomoc, a pacjentce podawane są preparaty krwiopochodne (koncentrat krwinek czerwonych, świeżo mrożone osocze, fibrynogen),
- następuje aseptyczne zakładanie opatrunków, ocena wkładów nieinwazyjnych i inwazyjnych,
- zapewniona jest edukacja na temat reżimu picia i wczesnej rehabilitacji w łóżku,
- współpraca z położnikami, lekarzami, specjalistami, innymi pracownikami służby zdrowia i członkami rodziny,
- przygotowanie i towarzyszenie matce przy innych niezbędnych badaniach,
- dokładne prowadzenie dokumentacji pielęgnacyjnej.

Objawy często obejmują zaburzenia świadomości, a czasami pierwotna choroba również objawia się jedynie utratą przytomności. Diagnostyka różnicowa utraty przytomności obejmuje szeroki zakres patologii:

- niewydolność oddechowa: niedrożność dróg oddechowych, anafilaksja, niewydolność oddechowa, uraz,
- niewydolność krążenia: wstrząs krwotoczny, zespół ucisku aortalno-kawalniczego, arytmia, zatrzymanie akcji serca (wrodzone wady serca lub choroby nabyte, takie jak wady zastawek lub kardiomiopatia), wstrząs septyczny, zator płynu owodniowego, uraz,
- niewydolność OUN wykryta podczas pierwszej patomorfologii,
- przyczyny metaboliczne: hipo/hiperglikemia, hipo/hiperkalcemia, hipermagnezemia, hiponatremia (zwykle pochodzenia jatrogennego), zaburzenia tarczycy, niewydolność wątroby.

Pamiętaj!

W przypadku kobiety w ciąży z zespołem HELLP podejście do pacjentki musi być kompleksowe i wymaga interdyscyplinarnej współpracy – położnika, specjalisty w zakresie intensywnej opieki, neurologa, internisty. Priorytetem w procesie leczenia jest podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych matki:

- zapewnienie drożności dróg oddechowych,
- wystarczające dotlenienie,
- stabilizacja krążenia,
- zapobieganie bezdechowi,
- farmakologiczne tłumienie aktywności spazmatycznej.

Piśmiennictwo

1. Doležal A, et al. Porodnické operace. Prague: Grada; 2007.
2. Doporučené postupy [online]. URL: http://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy.
3. Ferko A, et al. Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly. Praha: Grada; 2002.
4. Hajek Z, et al. Rizikové a patologické těhotenství. Prague: Grada; 2004.
5. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Prague: Karolinum; 2011.
6. Moderní gynekologie a porodnictví 2008; 17(1): 131.
7. Moderní gynekologie a porodnictví 2010; 19(1): 98.
8. Moderní gynekologie a porodnictví 2012; 21(3): 126.
9. Moderní gynekologie a porodnictví 2013; 22(2): 54.
10. Moderní gynekologie a porodnictví 2016; 24(2): 98.
11. Moderní gynekologie a porodnictví 2019; 25(4): 58.
12. Pařízek A, et al. Kritické stavy v porodnictví. Prague: Galén; 2012.
13. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315(8): 801–810.

14. Šimetka O, et al. HELLP syndrom. Prague: Maxdorf; 2013.
15. Vlk R. Preeklampsie. Prague: Maxdorf; 2015.

3.6. Krwotok poporodowy

Termin „krwotok poporodowy" dotyczy utraty krwi przekraczającej objętość 500 ml przy porodzie samoistnym i 1000 ml podczas cesarskiego cięcia. Krwotoki poporodowe dzieli się w zależności od momentu, w którym następują:

- pierwotne – krwawienie występuje w ciągu 24 godzin od urodzenia,
- wtórne – krwawienie występuje ponad 24 godziny po urodzeniu, w okresie połogu.

Przyczyny pierwotnego krwotoku poporodowego są inne niż przyczyny wtórnego krwotoku poporodowego. Przyczyny pierwotnego krwotoku poporodowego to tzw. cztery T:

- ton, atonia – zaburzenia napięcia macicy,
- trauma – uraz porodowy,
- tkanka – patologia łożyska,
- trombina – koagulopatia.

Przyczynami wtórnego krwotoku poporodowego są:

- infekcja macicy,
- zatrzymanie części łożyska,
- nieprawidłowa inwolucja w miejscu łożyska.

Zagrażające życiu krwawienie okołoporodowe można zdefiniować jako:

- utrata jednej pełnej objętości krwi krążącej w ciągu 24 godzin,
- utrata 50% objętości krwi w ciągu 3 godzin,
- utrata krwi narastająca w tempie 150 ml/min.

3.6.1. Atonia mięśnia macicy

Niepowodzenie retrakcji (wycofania) mięśnia macicy jest przyczyną 80% wszystkich przypadków pierwotnego krwotoku poporodowego. Objawia się hipotonią macicy i atonią.

Czynniki ryzyka obejmują:

- nadmierne wzdęcie macicy spowodowane wielowodziem lub ciążą mnogą,
- nagły lub przedłużający się poród,
- patologiczna zawartość macicy – pozostałości łożyska, błony płodowe, skrzepy krwi,

- nieostrożne obchodzenie się z macicą – po gwałtownej ewakuacji płodu, manipulacji wewnątrzmacicznej,
- zaburzenia mięśniówki macicy hipoplazja, miomatoza,
- wieloparzystość,
- makrosomia płodu,
- nadmierne stosowanie oksytocyny podczas porodu – powoduje tachyfilaksję,
- krwotok poporodowy w wywiadzie,
- operacja macicy w wywiadzie,
- zakażenie wewnątrzmaciczne.

3.6.2. Atonia macicy a hipotonia

Stan, w którym nie dochodzi do retrakcji macicy po porodzie i zanika funkcja opaski uciskowej mięśniówki macicy nazywany jest atonią macicy. Stanowi przyczynę 80% wszystkich przypadków krwotoku okołoporodowego i jest najczęstszym wskazaniem do histerektomii poporodowej. Objawia się silnym krwawieniem z macicy po wydaleniu łożyska, macica jest miękka, konsystencją przypomina pastę, jest wypełniona skrzepami, dno macicy znajduje się przez dotyk nad pępkiem, a po ściśnięciu dochodzi do wydalenia dodatkowej krwi lub koagulatów.

W położnictwie utrata krwi charakteryzuje się:

- często gwałtowną, nagłą utratą krwi w dużych ilościach,
- trudno oszacować utratę krwi,
- resuscytację w ciąży utrudnia zespół ucisku aortalno-kawalniczego (zmiana w perfuzji jednostki maciczno-łożyskowej) i zespół przedziału brzusznego,
- podwyższone ryzyko wstrząsu krwotocznego,
- możliwość krwawienia zaotrzewnowego do miednicy mniejszej.

3.6.3. Trauma

- Uraz przy porodzie – do najczęstszych urazów miękkiego kanału rodnego należy nacięcie krocza. Następnie następuje pęknięcie krocza i rozdarcie zewnętrznych żeńskich narządów płciowych. Rzadko dochodzi przez to do poważnych krwawień, a prawidłowa diagnoza urazów i ich leczenie operacyjne mogą mieć duży wpływ na jakość życia kobiety. Dotyczy to zwłaszcza ran krocza, które w zależności od zakresu można podzielić na cztery stopnie. Rozerwanie krocza III i IV stopnia wiąże się już z uszkodzeniem zwieracza odbytu. Niewłaściwe rozpoznanie i leczenie prowadzą do długotrwałych konsekwencji w postaci nietrzymania gazów jelitowych i kału. Poród po-

chwowy powoduje również ryzyko rozwoju problemów z trzymaniem moczu i urazów mięśni dna miednicy, w szczególności mięśnia dźwigacza odbytu.

- Wśród rzadszych urazów znajdują się krwiaki przypochwowe – nagromadzenie krwi między ścianą pochwy a ścianą miednicy w wyniku przerwania naczyń krwionośnych w tej okolicy. Utrata krwi może sięgnąć nawet 1000 ml z objawami klinicznymi, najczęściej w IV okresie porodu, często nawet po zakończeniu głównego leczenia chirurgicznego. Rodząca matka jest blada, wyczerpana, skarży się na silny ból w kroczu i bolesny ucisk na odbytnicę, nie występuje u niej natomiast zewnętrzne krwawienie z genitaliów. Badanie palpacyjne ujawni sztywne bolesne wybrzuszenie na ścianach pochwy i odbytnicy. Terapia polega na nacięciu ścian pochwy lub rozpuszczeniu poprzedniego szwu pod znieczuleniem ogólnym, opróżnieniu krwiaka i dokładnym przeglądzie całej przestrzeni przypochwowej w celu znalezienia źródła krwawienia i zbadania go. Jeśli nie można znaleźć źródła, stan ten leczy się drenażem z ostrożną tamponadą pochwy i monitorowaniem stanu pacjentki.
- Uszkodzenie tętnic macicznych spowodowane rozerwaniem szyjki macicy lub pęknięciem macicy prowadzi do ciężkiego krwawienia do przymacicza z powstaniem krwiaka miednicy. Jest to ukryte krwawienie zaotrzewnowe, które ujawnia się w postaci wstrząsu krwotocznego. Powikłanie to należy wziąć pod uwagę w przypadku braku krwawienia z pochwy i jednoczesnym krwawieniu do jamy brzusznej. Kobieta rodząca często wykazuje silne bóle miednicy i podbrzusza, a macica zwykle sięga do przeciwległej strony krwiaka. Ważną rolę w diagnostyce odgrywa USG, CT lub MRI. Krwiaki miednicy mogą osiągać ogromne rozmiary i rozprzestrzeniać się w okolicy podnerkowej. Interwencja chirurgiczna polega na laparotomii i otwarciu otrzewnej miednicy oraz identyfikacji źródła krwawienia, co oczywiście wymaga odpowiedniej wiedzy chirurgicznej. Dobry efekt hemostatyczny można również osiągnąć poprzez podwiązanie tętnic podbrzusznych. Jeśli miejsce pracy na to pozwala, można wykorzystać metodę jaką jest angiograficzna selektywna embolizacja przezcewnikowa.

3.6.4. Tkanka

Zaburzenia w procesie oddzielenia łożyska powodują około 5% krwotoków poporodowych.

Przyczyny to:

- pozostałości po porodzie,
- wprowadzenie łożyska w miejsce o niedoskonałej decydualizacji – np. w dolny odcinek macicy, powyżej mięśniaków, do blizny po cesarskim cięciu, endometrium po wielokrotnym łyżeczkowaniu.

3.6.5. Trombina

Koagulopatia jest przyczyną około 2–4% wszystkich przypadków krwotoku okołoporodowego zagrażającego życiu, często w połączeniu z innymi przyczynami.

Rozróżniamy koagulopatię:

- genetyczna (dziedziczna) koagulopatia (rzadsza):
  - niedobory płytek krwi (choroba von Willebranda),
  - niedobory czynników krzepnięcia (hemofilia A i B, rzadko inne niedobory, np. fibrynogenu),
- koagulopatia nabyta (w czasie ciąży lub porodu) występująca jako część okołoporodowego krwawienia stanowiącego zagrożenie życia:
  - DIC (zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego),
  - Zespół HELLP,
  - terapia przeciwzakrzepowa (heparyna, warfaryna).

W przypadkach koagulopatii dziedzicznej kobiety przed ciążą i porodem są pod obserwacją hematologa, który określa leczenie i profilaktykę krwawień w okresie wysokiego ryzyka – operacje, poród, ciąża itp. Leczenie polega na dostarczeniu brakujących czynników krzepnięcia i innych środków zapobiegających krwawieniu.

Nabyte koagulopatie obejmują zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC), który jest najpoważniejszą wtórną niewydolnością hemostazy w ciąży i zwiększa ryzyko zgonu matki.

- Pierwszy etap prowadzi do aktywacji trombiny (zakrzepów krwi), szczególnie w płucach, nerkach, przewodzie pokarmowym i skórze. Będzie objawiać się ostrą niewydolnością oddechową (duszność, sinica), skąpomoczem lub bezmoczem, zaburzeniami świadomości, zaburzeniami czynności wątroby, plamicą skórną, wybroczynami.
- W drugiej fazie następuje konsumpcja czynników krzepnięcia i trombocytów, w wyniku czego dochodzi do krwawienia przy widocznym braku krzepnięcia krwi i rozwoju wstrząsu krwotocznego – bladość, tachykardia, niedociśnienie, zaburzenia świadomości, bezmocz.

Ta sytuacja może spowodować:

- oderwanie łożyska,
- zator płynem owodniowym,
- obumarcie płodu,
- chorobę zakrzepowo-zatorową,
- stan przedrzucawkowy i rzucawkę,
- zespół HELLP,
- ciężką infekcję i sepsę,
- uraz tkanek (pęknięcie macicy lub stłuczenie śródoperacyjne)
- ręczne usunięcie łożyska, instrumentalna lub ręczna rewizja jamy macicy.

W przypadku podejrzenia rozwoju rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) badanie przyłóżkowe z trombiną można wykonać bezpośrednio na sali porodowej: 2 ml krwi żylnej pobiera się do probówki z liofilizowaną trombiną i ogrzewa się ją w dłoni. W przypadku wystarczającego poziomu fibrynogenu krew natychmiast koaguluje, w przeciwnym razie krew nie krzepnie i wskazane jest podawanie fibrynogenu.

Laboratoryjna morfologia krwi DIC (morfologia krwi i badanie krzepnięcia):

- małopłytkowość,
- hipofibrynogenemia,
- spadek antytrombiny III,
- wysokie stężenie D-dimeru,
- zwiększony poziom FDP,
- przedłużenie aPTT,
- wydłużenie PT (INR > 4).

Ponieważ hemostaza zmienia się gwałtownie podczas DIC, badania laboratoryjne muszą być przeprowadzane regularnie.

Uwaga!

Podstawą terapii rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego jest identyfikacja i eliminacja jego przyczyn.

3.6.6. Kompleksowe podejście w leczeniu krwawienia okołoporodowego

Leczenie krwawień okołoporodowych zagrażających życiu wymaga skoordynowanego, wielodyscyplinarnego podejścia (położnik, anestezjolog, hematolog, transfuzjolog). Każdy oddział ginekologiczno-położniczy powinien mieć opracowany plan postępowania kryzysowego w przypadku krwawienia okołoporodowego zagrażającego życiu.

Podstawowy cel postępowania diagnostyczno-terapeutycznego:

- wczesna identyfikacja krwawienia i jego przyczyn,
- natychmiastowe rozpoczęcie zabiegów w celu wyeliminowania przyczyny krwawienia,
- wczesna identyfikacja hipoperfuzji tkankowej i jej terminowa korekta,
- wczesna identyfikacja koagulopatii i jej leczenie.

Interwencje mające na celu skuteczne zarządzanie procesem leczenia muszą być agresywne i odbywać się szybko. Źródło krwawienia można łatwo zidentyfikować podczas badania matki przy użyciu lusterek, oburęcznego badania palpacyjnego oraz badania USG.

Opieka położnicza i pielęgniarska nad kobietą

- Monitorowanie funkcji fizjologicznych BP, P, BT, SpO_2, oddechu, diurezy.
- Dwa wejścia żylne przez kaniulę o dużej średnicy są otwarte w celu szybkiego zastosowania środków leczniczych.
- Krwawienie z pochwy jest monitorowane.
- Podawane są krystaloidy oraz koloidy jeśli zajdzie taka potrzeba.
- Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych – morfologia, koagulacja, fibrynogen, biochemia, w tym równowaga kwasowo-zasadowa, grupa krwi.
- Udostępnienie mrożonego osocza, koncentratu krwinek czerwonych, koncentratu fibrynogenu.
- Moczowy cewnik Foleya zostaje wprowadzony w celu monitorowania diurezy.
- Dostarczany jest tlen.

Celem interwencji przy źródle krwawienia jest docelowe skurczowe ciśnienie krwi 80–90 mmHg. W przypadku utraty przytomności drogi oddechowe zabezpiecza się przez intubację i rozpoczyna się mechaniczną wentylację płuc.

W przypadku niewdrożenia lub nieprawidłowego wdrożenia standardowych procedur wskazane jest wykonanie poporodowej histerektomii. Intensywna opieka i monitorowanie funkcji życiowych są kontynuowane po zabiegu.

Opieka pooperacyjna

Opieka pooperacyjna na OIT obejmuje stabilizację hemodynamiczną pacjenta:

- pacjent jest podłączony do monitora parametrów życiowych,
- monitorowana jest atonia macicy, wysokość dna macicy i stan krwawienia; utrata krwi jest mierzona, rejestrowana i zgłaszana lekarzowi,
- monitorowane są parametry życiowe: BP, P, EKG, SpO_2,
- monitoruje się świadomość,
- diureza i nieczystości są monitorowane, a bilans płynów utrzymywany,
- w przypadku znieczulenia podpajęczynówkowego matki monitorowane jest odwijanie bloku podpajęczynówkowego,
- próbki kontrolne materiału biologicznego pobierane są według wskazań gabinetu lekarskiego,
- chirurgia terapeutyczna (roztwory infuzyjne, miniheparynizacja macicy lub specyficzne leczenie choroby podstawowej, która mogła spowodować powikłania, jak np. choroba nadciśnieniowa),
- w zależności od stanu klinicznego, utraty krwi, wyników badań morfologii i parametrów krzepnięcia, lekarzom udzielana jest pomoc, a pacjentce podawane są preparaty krwiopochodne (koncentrat krwinek czerwonych, świeżo mrożone osocze, fibrynogen),
- aseptyczne zakładanie opatrunków, ocena wkładów nieinwazyjnych i inwazyjnych,

- zapewniona jest edukacja na temat harmonogramu picia i wczesnej rehabilitacji w łóżku,
- współpraca z położnikami, lekarzami, specjalistami, innymi pracownikami służby zdrowia i członkami rodziny,
- przygotowanie i towarzyszenie matce podczas innych niezbędnych badań,
- dokładne prowadzenie dokumentacji pielęgnacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Doležal A, et al. Porodnické operace. Prague: Grada; 2007.
2. Doporučené postupy [online]. URL: http://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy.
3. Hajek Z, et al. Rizikové a patologické těhotenství. Prague: Grada; 2004.
4. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Prague: Karolinum; 2011.
5. Moderní gynekologie a porodnictví 2008; 17(1): 131.
6. Moderní gynekologie a porodnictví 2010; 19(1): 98.
7. Moderní gynekologie a porodnictví 2012; 21(3): 126.
8. Moderní gynekologie a porodnictví 2013; 22(2): 54.
9. Moderní gynekologie a porodnictví 2016; 24(2): 98.
10. Moderní gynekologie a porodnictví 2019; 25(4): 58.
11. Pařízek A, et al. Kritické stavy v porodnictví. Prague: Galén; 2012.
12. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315(8): 801–810.

3.7. Zaawansowany poród siłami natury u pacjentki z niepenosprawnością słuchu

Problem niepełnosprawności w opiece położniczej jest wielowymiarowy, głównie z powodu utrudnionego procesu komunikacji mającego szczególne znaczenie w naglącej sytuacji położniczej. Powszechność szeroko pojętego zjawiska niepełnosprawności sprawiła, że rok 2003 mianowany został jako rok osób z niepełnosprawnościami.

Pojęcie niepełnosprawności jest niezwykle szerokie. Reasumując, można powiedzieć, że niepełnosprawność oznacza taki stan człowieka, w którym dostrzega się pewien zakres ograniczeń względem codziennego funkcjonowania. Wspomniane ograniczenia dotyczą kilku sfer: fizycznej, psychicznej, umysłowej lub kilku łącznie. Niepełnosprawność odnosi się także do wad wrodzonych, anatomicznych, a także utraty części ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku. Różnorodność tych dysfunkcji klasyfikuje czas ich trwania: wada wrodzona, nabyta, trwała lub tymczasowa, ustabilizowana lub o charakterze progresywnym.

Europejski Kongres na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością zatwierdził tezy Deklaracji Madryckiej stanowiącej szereg zmian w opiece i wzajemnym współżyciu społeczeństwa względem osób z niepełnosprawnością. Spośród najważniejszych wymienia się:

- pełną akceptację osób dotkniętych niepełnosprawnością jako obywateli i konsumentów o równych prawach,
- postrzeganie osób z niepełnosprawnością jako osób w pełni samodzielnych i niezależnych względem podejmowanych przez nich decyzji,
- dostrzeganie talentów oraz uzdolnień personalnych osób z niepełnosprawnością – tworzenie form wspierających ich i aktywizujących,
- wdrożenie polityki kraju wobec osób z niepełnosprawnością: tworzenie programów wspierających, tworzenie warunków sprzyjających tym osobom oraz ich opiekunom, włączanie osób z niepełnosprawnością do życia codziennego.

Pod pojęciem niepełnosprawności sensorycznej rozumie się pacjenta niewidomego oraz niesłyszącego. Ten rodzaj niepełnosprawności jest trudny pod względem udzielania świadczeń zdrowotnych. W opiece nad pacjentem należy mieć na uwadze, że utrata słuchu może być wadą wrodzoną, ale także wadą nabytą. Istnieje kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt opisanych przyczyn utraty słuchu, poczynając od zaburzeń przekazywania dźwięków do ucha wewnętrznego, ekspozycji na nadmierny, długotrwały hałas, uszkodzeń słuchu, zjawiska otosklerozy czy spotykanego powszechnie zapalenia ucha środkowego.

Biorąc pod uwagę niepełnosprawność słuchu, należy wspomnieć o dwóch istotnych rodzajach zależności (niezwykle ważnych w opiece nad pacjentem!):

1. zależność obiektywna – gdzie możliwe jest rozpoczęcie i utrzymywanie procesu komunikacji z uwagi na wykorzystanie współczesnej technologii i tym samym dostępności fachowego sprzętu wspomagającego narząd słuchu.,
2. zależność emocjonalna – gdzie niemożliwy jest słowny proces komunikacji, a udział osób trzecich (opiekun, towarzysz pacjenta) jest konieczny do podjęcia wszelkich działań medycznych.

Zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwuje się coraz większy wskaźnik ciężarnych kobiet z niepełnosprawnością słuchu. Zjawisko to staje się coraz bardziej powszechne z uwagi na liczne ruchy organów państwowych wobec osób z niepełnosprawnością, które skutecznie zachęcają społeczeństwo do poszanowania godności każdego człowieka, nawołując do tolerancji oraz akceptacji, zmniejszając tym samym zjawisko wykluczenia. Siła rozpędu utworzonych programów dla osób z niepełnosprawnością jest na tyle znaczna, że zauważa się wzrost aktywności życiowej w tej grupie społeczeństwa, chęć do zakładania rodziny i podejmowania pracy zawodowej poza gospodarstwem domowym. Zasadniczym celem wszystkich programów rządowych jest kwestia przełamywania barier w społeczeństwie.

3.7.1. Proces komunikacji z pacjentką z niepełnosprawnością słuchu w warunkach sali porodowej

Najbardziej skutecznym i zarazem kompleksowym działaniem dążącym do dialogu z pacjentką jest zabezpieczenie odpowiedniej formy komunikacji znanej pacjentce, np. wykorzystanie języka migowego. Zasadniczo bez znajomości tego języka lub braku dostępności wyspecjalizowanego tłumacza języka migowego pojawia się problem we wzajemnej komunikacji. Istnieją natomiast inne rozwiązania – zwane półśrodkami o charakterze doraźnym. Należy pamiętać, że w kontakcie z pacjentem z niepełnosprawnością słuchu pożądane są wszystkie działania personelu mające na celu wzajemne przekazywanie komunikatów czy chociażby próby tej komunikacji. Cierpliwość i chęć zrozumienia potrzeb pacjentki stanowią podstawę procesu komunikacyjnego.

Pacjentki słyszące słabo oczekują otrzymywania komunikatów dźwiękowych wraz z odczytywaniem mowy z ruchu ust. Dlatego stanie naprzeciw pacjentki jest koniecznym warunkiem komunikacji. Czytanie z mowy ust jest czynnością złożoną i trudną, często przecenianą przez osoby zdrowe, pozbawione ubytku słuchowego. Istnieje wiele czynników znacznie ograniczających skuteczność czytania z ruchu warg, dlatego należy zwrócić uwagę na jakość oświetlenia twarzy medyka, postawę jego ciała (czy stoi lub porusza się), odległość, jaka dzieli medyka i pacjentkę. Kluczową rolę mają także: osobnicze cechy charakterystyczne twarzy czy np. zarost męski (w tym wąsy), które utrudniają odbiór komunikatu. Barierą niemożliwą do pokonania okazuje się zakrycie twarzy maseczką ochronną stanowiącą niezbędny element ochronny medyków podczas przyjmowania porodu (a także podczas stanów pandemicznych). Z tego względu zaleca się stosowanie przyłbic, które umożliwiają odczytywanie mowy z ruchu ust, wspomagają odbiór komunikatu z mimiki twarzy medyka.

Jeżeli komunikacja słowna jest możliwa, wszystkie słowa zespołu medycznego powinny być mówione wolniej niż zwykle, wyraźniej i nieco głośniej. Należy niwelować zachowania nerwowe, nadmierną gestykulację, w tym krzyk i wysokie tony w wypowiedziach. Pożądane są zdania krótkie i zwięzłe po to, by dać czas odbiorcy na przetworzenie otrzymanego komunikatu. Ważne jest, by słowa wypowiadane były w sposób bardzo wyraźny. Istnieje ryzyko, że odbiorca komunikatu (pacjentka) usłyszy słowo zniekształcone niż to zamierzone, np.: noc–moc, dzień–cień. Wiele błędów komunikacyjnych wynika w tym przypadku z braku wyraźnej mowy personelu medycznego.

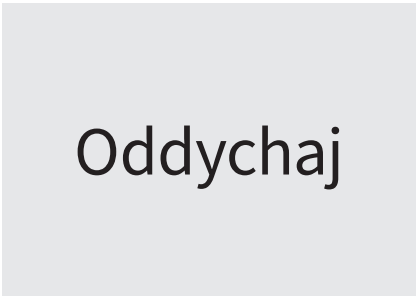
Dotyk skierowany do pacjentki jest zazwyczaj akceptowalny przez nią samą, aczkolwiek zdarza się, że bezpośrednie dotknięcie dłoni pacjentki może naruszyć jej sferę intymności, dlatego w przypadku potrzeby zwrócenia uwagi pacjentki (na przykład w momencie, kiedy patrzy w przeciwną stronę), bezpieczne jest dotknięcie jej w ramię.

Pacjentki z niepełnosprawnością słuchu, chcąc przekazać nam pilny, ważny komunikat, mogą zwrócić na siebie uwagę poprzez: pomachanie ręką, lekkie uderzenie dłonią w stolik, krzesło, tupnięcie w podłogę czy poprzez uderzenie dźwięczne np. długopisem w kubek. Te same zachowania mogą stosować medycy pod warunkiem, by wybrana forma komunikacji nie była agresywna, przesadzona – teatralna, co mogłoby zaburzyć poczucie akceptacji i bezpieczeństwa pacjentki.

Kolejnym sposobem wspierającym barierę komunikacji jest forma obrazkowa – rysunek, napisanie słowa. Wybierając taką formę, należy mieć na uwadze, że niestety część osób z niepełnosprawnością słuchu słabo czyta, w związku z czym najlepszym rozwiązaniem może okazać się wybranie formy obrazu czy szkicu.

Wiele placówek medycznych w Polsce współpracuje z tłumaczami języka migowego na wypadek zaistnienia potrzeby komunikacji z osobą z niepełnosprawnością słuchu. To idealne rozwiązanie zarówno dla pacjentki, jak i personelu medycznego. Niemniej jednak brak takiego rozwiązania nie może wpływać na pozostawienie pacjentki (tym bardziej pacjentki rodzącej) samej sobie. W sytuacji braku tłumacza liczy się asertywność medyków, kreatywność oraz kierowanie się wartością poszanowania godności człowieka, niezależnie od wyznania, wyglądu, czy tym bardziej ograniczeń zdrowotnych. Dobrym zabezpieczeniem sal porodowych może okazać się wcześniej opracowany i przygotowany zestaw obrazków związanych z porodem na wypadek przyjęcia ciężarnej z niepełnosprawnością słuchu. Taki zestaw byłby bardzo przydatny na przykład z uwagi na tryb przyjęcia pacjentki czy wystąpienie zagrożenia okołoporodowego. Obrazki powinny być czytelne, wyraźne, jednoznaczne, pozbawione elementów mało istotnych, mogących zaburzyć przekaz.

Proponowane formy obrazkowe wykorzystywane na sali porodowej u pacjentki z niepełnosprawnością sensoryczną słuchu

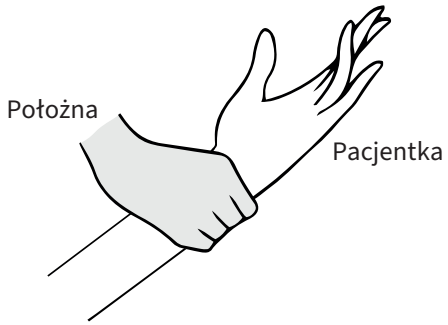


Pokazanie pacjentce kartki z wyraźnym napisem „Oddychaj” może okazać się najskuteczniejszą metodą komunikacji, szczególnie w zaawansowanym okresie porodu.

Podobnie jak w przypadku poprzedniej ryciny, pokazanie pacjentce kartki z napisem „Przyj!" może skutecznie wpłynąć na proces komunikacji w zaawansowanym II okresie porodu. Czasem sam kolor kartki – po wcześniejszym ustaleniu jego znaczenia – jest wystarczającym środkiem komunikacji (ostra barwa może być rozumiana jako podjęcie działania w tym momencie).

Rysunek otwartej dłoni może być symbolem relaksu, rozluźnienia, wyrównywania oddechu.

Rycina z zaciśniętą pięścią może być symbolem wykorzystania swojej siły – co jest niezwykle istotne przy parciu w II okresie porodu. Ponownie – wyraźna, ostra barwa ryciny może skłonić do rozpoczęcia akcji, powzięcia konkretnego działania.



Podobnie jak w przypadku wcześniejszej ryciny – zaciśnięcie dłoni położnej (lub osoby asystującej) wokół nadgarstka rodzącej podczas skurczu macicy może być znakiem do podjęcia czynności parcia.

Zaprezentowane ryciny stanowią autorską propozycję. Ich wygląd, rozmiar oraz wybór symboli zależą od kreatywności zespołu medycznego. Na świecie nie ma wystandaryzowanych obrazów przystosowanych do pracy z pacjentką z niepełnosprawnością słuchu w warunkach sali porodowej.

Zalecenia dotyczące postępowania zespołu medycznego na sali porodowej wobec pacjentki z niepełnosprawnością słuchu

Pamiętaj!

Niepełnosprawność sensoryczna słuchu jest o tyle prostsza od niepełnosprawności wzroku, że wiele można pacjentce pokazać, zademonstrować. To czas i miejsce dla twojej kreatywności, twojego profesjonalizmu zawodowego.

- Całość opieki medycznej sprawowanej w warunkach sali porodowej należy pełnić zgodnie z treścią Rozporządzeń i innych dokumentów ministerialnych, algorytmów postępowania, zaleceń towarzystw medycznych, aktualnie obowiązujących w danym kraju!
- Przywitanie się z pacjentką powinno być zainicjowane kontaktem fizycznym, stojąc naprzeciw pacjentki – podanie ręki, dotknięcie pacjentki w ramię. Pacjentka wiele obserwuje z zachowania zespołu medycznego, jego gestów, mimiki twarzy.
- Osoba sprawująca opiekę medyczną powinna zorientować się z możliwie dostępnych źródeł (osoba towarzysząca, dokumentacja medyczna), jaki rodzaj zależności występuje u pacjentki i na tej podstawie podjąć najbardziej przy-

chylny pacjentce sposób komunikacji. Być może pacjentka potrafi czytać z ruchu warg, ma założony aparat słuchowy wspomagający proces komunikacji.

- Osoba sprawująca opiekę medyczną powinna zawsze uzyskać informację, czy pacjentka posiada założony aparat słuchowy, ponieważ na sali porodowej znajdują się sprzęty medyczne odtwarzające dźwięki, np. aparat kardiotokograficzny. W przypadku aktywnego aparatu słuchowego należy pamiętać o całkowitej eliminacji wysokich i głośnych dźwięków, które całkowicie zaburzą poczucie spokoju i bezpieczeństwa u pacjentki. Głośność aparatów dźwiękowych należy zminimalizować lub całkowicie wyłączyć. Dla pacjentki niemożliwe będzie słuchanie czynności serca płodu, ale będzie mogła zobaczyć odbiór świetlny z wartością liczbową. Poza aparaturą medyczną należy wziąć pod uwagę wszystkie inne czynniki powodujące hałas – unikać głośnych krzyków, śmiechów, trzaskania drzwiami szafy lekarskiej, szuflad itd. Każdy hałas wpływa negatywnie na rozumienie komunikatów i prowadzi do problemów w koncentracją.
- Należy znaleźć sposób komunikowania się z pacjentką. Bywa, że pacjentka ma wypracowany swój sposób, którym dzieli się z personelem medycznym, np. pisanie na kartce, pisanie na ekranie tabletu. Wybór optymalnego sposobu jest kluczowy w sprawowaniu nawet krótkotrwałej opieki medycznej.
- Przebieg każdego okresu porodu będzie polegać na obrazowaniu czynności medycznych przed ich wykonaniem w postaci komunikatu słownego (o ile mamy do czynienia z zależnością obiektywną) lub w postaci komunikatu pisanego. W I okresie porodu, liczonym od rozpoczęcia się regularnej czynności skurczowej prowadzącej do rozwierania się kanału szyjki macicy, należy uczyć pacjentkę prawidłowego oddychania, zademonstrować pozycje ciała przy wykorzystaniu udogodnień sali porodowej: worek Saco, materac, drabinki, gumowa piłka itp. O ile warunki stanu położniczego pacjentki są sprzyjające, należy zachęcać pacjentkę do korzystania z immersji wodnej czy relaksowania ciała pod prysznicem. W miarę możliwości placówki szpitalnej, należy rozważyć z pacjentką możliwość znieczulenia regionalnego, uwzględniając warunki położnicze pacjentki.
- Zasadniczo największym problemem przy sprawowaniu opieki nad rodzącą jest II okres porodu, który rozpoczyna się w momencie uzyskania pełnego rozwarcia szyjki macicy do wydalenia płodu. Okresowi temu towarzyszą skurcze parte, często bardzo silne i długotrwałe odczucia bólowe, których natężenie może zakłócić proces komunikacji. W związku z tym faktem należy wcześniej (o ile jest to możliwe) – w I okresie porodu – przygotować rodzącą na nowe, kolejne doznania, które będą miały nieco inny charakter.

- II okres porodu jest specyficzny z uwagi na intensywność doznań i z tego powodu należy zauważyć, że nie każda osoba towarzysząca rodzącej powinna przebywać na sali porodowej. Często osoba towarzysząca – z uwagi na subiektywne uczucia względem rodzącej – zakłóca przebieg porodu lub wręcz uniemożliwia współpracę rodzącej z personelem. W tej sytuacji położna jako osoba sprawująca opiekę i tym samym profesjonalistka w dziedzinie położnictwa powinna podjąć obiektywną decyzję o dalszym udziale osoby towarzyszącej.
- W II okresie porodu rodzi się dziecko – pamiętać należy, że pacjentka z niepełnosprawnością słuchu być może nie będzie miała możliwości, by usłyszeć płacz dziecka – do dziś często błędnie rozumianego jako pierwszej oznaki samodzielnego oddechu. Położna powinna koniecznie zapewnić warunki do obejrzenia twarzy dziecka przez matkę, a w kolejnym etapie położyć dziecko na nagiej klatce piersiowej matki.
- W sytuacji zaawansowanego porodu siłami natury, kiedy przyjęcie do szpitala ma charakter nagły, najważniejszym i zarazem podstawowym aspektem jest odnalezienie szybkiego sposobu komunikacji w celu realizacji poleceń położnej: parcia lub uspokajania oddechu. Uścisk za nadgarstek pacjentki przez osobę asystującą przy porodzie może okazać się najwłaściwszą formą komunikatu.
- III okres porodu – zwany okresem łożyskowym – polega na urodzeniu łożyska (popłodu). Z uwagi na stosunkowo długi okres czasu (przewidziany Standardem) urodzenia popłodu – położna powinna wspomóc proces komunikacji również za pomocą wcześniej ustalonego, wypracowanego sposobu.
- IV okres porodu – zwany okresem połogowym – zawiera w sobie: kontrolę obkurczania się mięśnia macicy, kontrolę odchodów połogowych (ich obfitości oraz zapachu), kontrolę tkanek krocza (zakładanie szwów na samą śluzówkę krocza lub szycie kolejnych jego warstw). Tutaj również obecność położnej i czynny proces komunikacji są niezbędne.
- Okres połogu zazwyczaj jest trudny dla pacjentki z niepełnosprawnością słuchu z uwagi na liczbę zadań, jakie powinna podjąć po urodzeniu dziecka. Dużą trudnością jest często przystawianie noworodka do piersi, nauka prawidłowej techniki karmienia, pielęgnacja brodawek sutkowych, pielęgnacja ciała (w tym krocza) oraz wykonywanie szeregu czynności pielęgnacyjnych u noworodka. Zawsze wskazana jest edukacja pacjentki przez profesjonalny zespół medyczny, dzięki czemu każda matka poznaje prawidłowe techniki oraz uczy się rozpoznawać potrzeby dziecka. Warto korzystać tu z elektronicznych technik obrazowych, filmów instruktażowych, plakatów. Ponadto cenne będzie podsunięcie fachowej literatury w celu uzupełnienia wiedzy

i zrozumienia każdego z procesów. Fizyczny instruktaż kąpieli noworodka, pielęgnacji kikuta pępowinowego, pielęgnacji ciała i części płciowych dziecka, sposobu jego odkładania bądź przystawiania do piersi okazują się najlepszą formą nauki. Pamiętając, że wzrok jest najważniejszym zmysłem w poznawaniu otaczającego świata, to dla pacjentek z niepełnosprawnością słuchu obrazowanie, jak i wizualizacja powyższych zadań, są często najbardziej trafne.

- Uwzględniając rodzaj niepełnosprawności pacjentki, wszelkie adnotacje w dokumentacji medycznej matki i dziecka powinny być udostępnione pacjentce podczas przebywania w placówce szpitalnej.

Piśmiennictwo

1. Bączek G. Zasady sprawowania opieki nad ciężarną w dokumentach międzynarodowych. W: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 93–96.
2. Guzikowski W, Żurek P. Zagadnienia związane z ciążą i porodem głuchoniemych. Ginekol Prakt 2008; 16(3): 20–23.
3. Mazurkiewicz B. Funkcjonowanie społeczne i rodzinne osób niepełnosprawnych. W: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 36–44.
4. Mazurkiewicz B. niepełnosprawność. W: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 14–26
5. Mazurkiewicz B. Opieka okołoporodowa nad kobitą niepełnosprawną. W: Mazurkiewicz B, Dmoch-Gajzlerska E, ed. Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 98–154.
6. Walsh-Gallagher D, Mc Conkey R, Sinclair M, Clarke R. Normalising birth for women with a disability: The challenges facing practitioners. Midwifey 2013; 29(4): 294–299.
7. Podgórska-Jachnik D, Komunikowanie się z pacjentem z niepełnosprawnością słuchową. W: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A. Kontekst „Inności" w komunikacji interpersonalnej. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2019: 230–256.
8. Stawicka K, Jenczura A, Kozyra O, Naworska B. Opieka nad pacjentką z niepełnosprawnością. W: Naworska B, Kotlarz B. Poród: Przebieg, zasady prowadzenia i kompetencje położnicze. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; 2015: 240–242.

3.8. Przodowanie, wypadnięcie sznura pępowinowego podczas porodu

Pępowina łączy płód z łożyskiem. Sznur pępowinowy zbudowany jest z dwóch tętnic i jednej żyły, galarety Whartona – stanowiącej funkcję amortyzacyjną naczyń

– oraz nabłonka pokrywającego. Poprzez żyłę pępowinową prowadzona jest krew od łożyska do płodu, natomiast przez tętnice prowadzona jest krew od płodu do łożyska. Dowiedziono, że pępowina zawiera w sobie kwas hialuronowy i chondroitynosiarkowy, dzięki czemu możliwy jest proces przechodzenia i magazynowania substancji pochodzących z krwi płodu lub płynu owodniowego. Długość sznura pępowinowego oraz jego grubość różnią się osobniczo. Statystycznie długość wynosi 50 cm, a obwód – 1,5 cm.

Mianem wypadnięcia sznura pępowinowego określa się obecność pętli pępowiny lub sznura pępowinowego obok części przodującej lub przed częścią przodującą płodu. Przy wypadnięciu sznura pępowinowego błony pęcherza owodniowego są pęknięte, czyli płyn owodniowy sączy na zewnątrz. Wypadnięcie sznura pępowinowego może być niewidoczne lecz badalne w badaniu wewnętrznym zwanym badaniem położniczym. Zdarza się, że wypadnięcie sznura jest widocznie w pochwie, a nawet bywają sytuacje, gdy sznur pępowinowy wypada całkowicie na zewnątrz i jest widoczny przed sromem.

Literatura fachowa podaje, że częstość wypadnięcia sznura pępowinowego to < 1% wszystkich porodów (w tym porodów wcześniaczych). Natomiast w nieprawidłowych położeniach płodu odsetek ten wzrasta: 4% dla położeń miednicowych, 12% dla położeń poprzecznych.

Wśród czynników predysponujących do wypadnięcia pępowiny odnaleźć można:

- przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego (PROM),
- poród przedwczesny,
- niewspółmierność porodową,
- zabieg amniotomii (przed ustaleniem się części przodującej w kanale rodnym),
- nieprawidłowości w lokalizacji łożyska, w tym łożysko nisko usadowione,
- brzeżny przyczep łożyska,
- obroty położnicze: zewnętrzne i wewnętrzne,
- wielowodzie,
- wielorodność,
- długą pępowinę,
- ciążę wielopłodową,
- wady rozwojowe płodu.

Przodowanie sznura pępowinowego prawie zawsze występuje w przypadku zachowanego pęcherza płodowego, gdzie sznur pępowinowy badalny jest przed częścią przodującą lub obok niej.

Pamiętaj!

Przodowanie pępowiny wyprzedza bardzo groźne wypadnięcie pępowiny! Statystycznie przodowanie sznura pępowinowego zdarza się rzadko, według danych literatury fachowej częstotliwość waha się pomiędzy 1:239 a 1:865 porodów. Niemniej jednak zawsze sytuacja ta ma charakter nagły. Wskaźnik śmiertelności płodów odnotowywany jest pomiędzy 9 a 49%, najczęściej powodowany przez wcześniactwo, anomalie anatomiczne płodu lub jego niedotlenienie. Etiologia zjawiska wypadnięcia sznura pępowinowego nie jest jednoznaczna. Literatura podaje, że ryzyko wypadnięcia pępowiny lub jej przodowania pojawia się w sytuacji, gdy będzie stosunkowo dużo miejsca do ześlizgnięcia się sznura w kanale rodnym.

Wśród czynników ryzyka przodowania pępowiny wymienia się:

- małą masę płodu,
- niski wiek ciążowy (według EBM częstość wypadnięcia pępowiny waha się w przedziale 2–11% w ciążach, gdzie płód dodatkowo przyjmuje położenie inne niż główkowe!),
- nieprawidłowe położenie płodu, w tym położenie poprzeczne,
- nieprawidłowe ułożenie płodu, odgięciowe wstawianie się główki lub główka usytuowana wysoko nad wchodem w okresie rozwierania,
- znaczną dysproporcję pomiędzy częścią przodującą płodu a jego miednicą,
- ciążę wielopłodową,
- wielowodzie,
- wielorodność,
- brak ustalonej części przodującej w kanale rodnym,
- nieprawidłową budowę miednicy kostnej (np. obszerny wychód miednicy).

Rozpoznanie wypadnięcia sznura pępowinowego dokonywane jest na podstawie badania położniczego, kiedy medyk w badaniu wewnętrznym przez pochwę lokalizuje obecność pępowiny w pochwie lub tuż obok części przodującej. Znaczną podpowiedzią może okazać się także nieprawidłowość w odsłuchiwaniu (uwidoczniona na zapisie kardiotokograficznym) czynności serca płodu w postaci pojawiających się deceleracji głębokich i zmiennych, bradykardii – pomimo przyjętej przez ciężarną prawidłowej pozycji ciała.

Pamiętaj!

Wszystkie działania medyczne w sprawowaniu opieki medycznej mają na celu niwelowanie stanu uciśnięcia sznura pępowinowego, by utrzymać krążenie płodowe (dotlenienie płodu).

1. W przypadku przodowania pępowiny przy zachowanym pęcherzu owodniowym należy pomóc pacjentce przyjąć pozycję kolankowo-łokciową z uniesionymi pośladkami do góry.
2. Nigdy nie należy przerywać ciągłości błon owodniowych!
3. Koniecznym elementem jest stała ocena stanu płodu poprzez rejestrowanie czynności serca płodu.
4. W przypadku wypadnięcia pępowiny przed część przodującą płodu, należy starać się w badaniu wewnętrznym odepchnąć część przodującą wyżej (w głąb macicy) w celu zwolnienia ucisku ze sznura pępowinowego – o ile stopień zaawansowania porodu na to zezwala! Jest to tzw. próba odprowadzenia pępowiny w gotowości sali operacyjnej. Następnie wykonuje się cięcie cesarskie w trybie pilnym, podaje oksytocynę w celu nasilenia czynności skurczowej.

Pamiętaj!

W sytuacji wypadnięcia sznura pępowinowego podczas zaawansowanego porodu siłami natury położnik podejmuje decyzję o sposobie jak najszybszego rozwiązania ciąży.
W sytuacji zaawansowanego porodu (gdy główka znajduje się bardzo nisko w kanale rodnym) nie wolno odpychać pępowiny!

W opisywanej sytuacji decyzji podlega ewentualne przyjęcie porodu zabiegowego przy użyciu kleszczy położniczych lub próżnociągu położniczego (*vacum extractor*). Najczęstszym rozwiązaniem jest jednak droga operacyjna wydobycia płodu poprzez wykonanie cięcia cesarskiego.

- W położnictwie opisany jest także manewr ręcznego odepchnięcia sznura pępowinowego do pochwy z następczą kontrolą jego ewentualnego cofania się.
- W sytuacji transportu pacjentki z rozpoznanym wypadnięciem pępowiny stosowana jest popularnie pozycja Simsa – gdzie pacjentka leży na boku lewym (niwelując ucisk żyły głównej dolnej – zapobieganie niedotlenieniu płodu). Pod lewym biodrem należy umieścić klin, którego celem jest wysokie ułożenie miednicy.
- W literaturze opisywane są także zabiegi: wypełnienia pęcherza moczowego pacjentki roztworem soli fizjologicznej (celem odsunięcia części przodującej płodu w kanale rodnym) lub wykonanie zabiegu amniofuzji – niemniej jednak z uwagi na nagły charakter sytuacji oraz zagrożenia dla zdrowia i życia płodu nie stosuje się ich powszechnie.

Pamiętaj!

Szybka diagnoza i podjęte działania są najistotniejsze dla stanu zdrowia płodu.

Zalecenia dotyczące postępowania zespołu medycznego w sytuacji wystąpienia przodowania sznura pępowinowego

- Całość opieki medycznej sprawowanej w warunkach sali porodowej należy pełnić zgodnie z treścią Rozporządzeń i innych dokumentów ministerialnych, algorytmów postępowania, zaleceń towarzystw medycznych, aktualnie obowiązujących w danym kraju!
- W przypadku zdiagnozowania przodowania sznura pępowinowego należy wezwać dodatkową pomoc.
- Należy nawiązać kontakt z pacjentką oraz osobą towarzyszącą – należy wspomóc podopiecznych w zrozumieniu sytuacji i podjętych działań.
- Należy podjąć szereg działań mających na celu odbarczenie ucisku ze sznura pępowinowego celem usprawnienia przepływu przez naczynia pępowiny.
- Należy rejestrować czynność serca płodu.
- Należy oceniać lokalizację sznura pępowinowego poprzez wykonywanie badania położniczego i informację przekazać zespołowi celem dalszych decyzji.
- W sytuacji cofnięcia się pępowiny można zwolnić pacjentkę z przyjętej pozycji, monitorować czynność serca płodu i przede wszystkim należy przyjąć postawę wyczekującą!
- W sytuacji braku postępu podjętych dotychczas działań zespołu medycznego, nadzór lekarski podejmuje dalsze decyzje, oceniając ich ryzyko.
- Zespół medyczny wspomaga wzajemne działania, asystuje i dokumentuje zdarzenie.

Piśmiennictwo

1. Boyle, Jodell J, Katz, Vern L. Umbilical Cord Prolapse in Current Obstetric Practice. Obstetrical & Gynecological Survey 2005; 60(11): 712–713.
2. Koonings PP, Paul RH, Campbell K Umbilical cord prolapse. A contemporary look. The Journal of Reproductive Medicine 1990; 35(7): 690–692.
3. Lin MG. Umbilical Cord Prolapse. Obstetrical & Gynecological Survey 2006; 61(4): 269–277.
4. Ma K, Segel S. Przedwczesne pęknięcie błon płodowych w późnej ciąży niedonoszonej i w ciąży donoszonej. W: Berghelli V. Położnictwo według zasad EBM. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2019: 301
5. Ropacka M, Przodowanie oraz wypadnięcie pępowiny. W: Bręborowicz GH. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 144–145.

3.9. Zator płynem owodniowym

Płyn owodniowy wypełnia jamę owodni, będąc idealnym środowiskiem dla rozwijającego się płodu. Podłożem początkowym jego powstania są: obecność owodni, płynu dyfundującego z osocza matki przez płytę kosmkową oraz płyn pochodzący z wymiany krążenia matczyno-płodowego. W kolejnych tygodniach ciąży (powyżej 15 Hbd) źródłem płynu owodniowego jest filtracja kłębuszków nerkowych płodu, dyfuzja przezskórna. W okolicy 30 Hbd dyfuzja przez skórę zmniejsza się wraz z przeciwstawnym wzrostem funkcji nerek płodu i tym samym wydalaniem moczu.

Owodnią nazywa się wewnętrzną warstwę pęcherza płodowego i strefę łączącą płyn owodniowy z pozostałymi elementami błon płodowych.

W skład płynu owodniowego wchodzą woda (98%) oraz substancje organiczne i nieorganiczne (2%):

- białka, które są pochodzenia zarówno matczynego, jak i płodowego. Do białek matczynych zalicza się: immunoglobuliny, albuminy, globuliny oraz białka wiążące hormony płciowe. Wśród białek płodowych upatruje się obecność alfa-fetoproteiny, której największe stężenie rozpoznano w 15 Hbd;
- lipidy biorące czynny udział w zapoczątkowaniu czynności skurczowej macicy. Ich obecność jest wykładnikiem dojrzałości płuc u płodu. Triglicerydy i fosfolipidy wytwarzane są przez nabłonek komórek pęcherzyków płucnych, są również częściowo niwelowane do płynu owodniowego znajdującego się w drzewie oskrzelowym płodu;
- glukoza produkowana w głównej mierze przez płód, której stężenie ulega obniżeniu wraz ze wzrostem ciąży;
- elektrolity: sód, potas, magnez, chlor, wapno, fosfor. Ich stężenia podlegają okresowym zmianom spowodowanym czynnością wydalniczą nerek płodu, jak również procesem dyfuzji przezskórnej;
- hormony: estrogeny, progesteron, kortyzol, gonadotropina kosmówkowa, testosteron;
- enzymy;
- witaminy;
- czynniki odporności humoralnej;
- elementy upostaciowione: komórki owodni, pasma śluzu, grudki bilirubiny, płytki rogowe, włosy płodu.

Proces regulacji płynu owodniowego odbywa się poprzez:

1. krążenie matczyno-płodowe (dzięki obecności sznura pępowinowego),
2. podjętą czynność funkcji nerek rozumianą jako wydalanie moczu płodu do jamy owodniowej,
3. absorpcję płodową mającą miejsce w przewodzie pokarmowym płodu, skórze i płucach.

Najważniejsze zadania płynu owodniowego:

- pełni funkcję ochronną płodu,
- zapewnia ruchomość płodu,
- zapobiega przyleganiu owodni do ciała płodu,
- utrzymuje temperaturę w jamie owodni,
- umożliwia rozwój płuc,
- wykazuje działanie bakteriostatyczne oraz bakteriobójcze,
- stanowi odpowiedź immunologiczną nieswoistą i swoistą.

Objętość płynu owodniowego zmienia się w zależności od tygodnia ciąży i wynosi:

- 10 Hbd – 30 ml,
- 20 Hbd – 300 ml,
- 30 Hbd – 600 ml,
- 36 Hbd – 1000 ml,
- 38–42 Hbd – 600 ml.

Płyn owodniowy jest elementem mogącym wikłać fizjologię ciąży, a także przebieg okresu okołoporodowego. W położnictwie funkcjonuje pojęcie zatoru płynem owodniowym. Sytuacja ta jest zawsze stanem nagłym, dodatkowo niemożliwym do przewidzenia z uwagi na brak objawów ostrzegawczych. Konsekwencje wystąpienia zatoru płynem owodniowym są znaczne, często wiążą się z utratą życia matki. Statystycznie do zatoru płynem owodniowym dochodzi 2–6:100 000 ciąż. Pomimo opracowanego schematu leczenia, wyniki podjętych działań są najczęściej niepomyślne.

Patofizjologia zjawiska zatoru płynem owodniowym jest złożona. Płyn owodniowy może przedostać się do układu krążenia matki poprzez rozerwane sploty żylne szyjki macicy podczas porodu siłami natury. Niestety, zjawisko to nie omija ciąż rozwiązywanych drogą operacyjną, gdzie dowiedziono istnienia większego ryzyka jego wystąpienia. Każde przerwanie ciągłości naczyń ciężarnej może być prowokatorem do przedostania się płynu owodniowego do jej krążenia. Zasadniczo zabieg amniotomii (uzupełniania jamy owodni płynem) może także powodować powstanie małych zranień i w ten sposób przyczynić się do przedostania się płynu owodniowego do krążenia ciężarnej.

Literatura oprócz uszkodzeń naczyń ciężarnych wskazuje, że wśród przyczyn zatoru płynem owodniowym wymienia się także mechaniczne, sztuczne przebicie błon płodowych.

Do zatoru płynem owodniowym może zatem dojść podczas porodu naturalnego, podczas cięcia cesarskiego, w okresie wczesnego połogu oraz w wyniku ingerencji mechanicznej w okresie okołoporodowym.

Do dziś nierozpoznany jest stopień indywidualnej podatności kobiet na wypadek przedostania się płynu owodniowego do krążenia. Obecność płynu owodniowego w krążeniu może jednak nie prowokować do powstania niepożądanych zmian w funkcjonowaniu organizmu. Z drugiej strony może być sytuacją wywołania stanu zapalnego, inicjując zapaść, charakterem naśladując wstrząs anafilaktyczny lub septyczny. Obecnie temat ten jest poddawany szerokim dyskusjom w publikacjach medycyny opartej na faktach (ang. *Evidence Based Medicice*).

Rozpoznanie zatoru płynem owodniowym jest dokonywane najczęściej na podstawie pośmiertnych badań sekcyjnych, poprzez potwierdzenie obecności płynu owodniowego i/lub elementów morfotycznych płodu w płucach matki. U kobiet, które przeżyły tego typu zatorowość, wykazuje się obecność składników płynu owodniowego w naczyniach płucnych matki (żyły ośrodkowe). Literatura podaje, że rozpoznanie zatoru płynem owodniowym jest możliwe na podstawie analizy składu surowicy matki dzięki wykorzystaniu specjalistycznego testu wiązania przeciwciał monoklonalnych z glikoproteiną mekonium, pomiar fluorymetryczny cynkowej kopro porfiryny-I, β-tryptazy, składowych C3, C4 dopełniacza w surowicy krwi pacjentki. Z chwilą podejrzenia wystąpienia zatoru, dla potwierdzenia diagnozy należy natychmiast pogłębić diagnostykę o badanie gazometryczne celem uwidocznienia spadku ciśnienia parcjalnego tlenu i wystąpienia kwasicy oddechowo-metabolicznej. Zaburzenia występujące w układzie krzepnięcia będą obejmowały wykładniki zespołu DIC: wzrost stężenia produktów rozpadu fibrynogenu, obniżenie stężenia fibrynogenu oraz liczby płytek krwi, znaczne wydłużenie APTT i PT, zmniejszenie aktywności antytrombiny III. Poprzez wykonanie badania echokardiografii stwierdza się rozstrzeń prawej komory, zmniejszenie kurczliwości ściany wolnej. Stały pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego jest konieczny w profesjonalnym monitorowaniu stanu zdrowia pacjentki.

Zdarza się jednak, że w niektórych przypadkach zgonów matek nie można ustalić pewnego rozpoznania zatoru płynem owodniowym, ponieważ nie stwierdza się obecności żadnych elementów morfotycznych płodu w naczyniach płucnych, pomimo wstępnego rozpoznania szeregu ewidentnych objawów klinicznych zatoru. Podobna sytuacja ma miejsce, gdy stwierdza się obecność niewielkiej liczby komórek płodu we krwi matki – a do zatoru nie dochodzi.

Statystycznie wśród czynników predysponujących do wystąpienia zatoru płynem owodniowym wymienia się:

- nadmierną, wzmożoną czynność skurczową,
- ciążę u kobiety powyżej 35. roku życia,
- ciążę mnogą,
- wielorodność,
- inwazyjność w przebieg porodu,
- indukcję porodu (stymulację),

- wielowodzie,
- poród ukończony cięciem cesarskim,
- ręczne wydobycie płodu,
- rzucawkę,
- łożysko przodujące.

Objawy przedmiotowe zatoru płynem owodniowym, opracowane przez amerykański zespół specjalistów, to:

- gwałtowny spadek wartości ciśnienia tętniczego krwi,
- obrzęk płuc, skurcz oskrzeli,
- zaburzenia koagulologiczne (zespół DIC) lub kliniczne wykładniki skazy krwotocznej,
- zatrzymanie pracy układu krążenia i układu oddechowego,
- zaburzenia oddychania – tachypnoe, duszność, sinica.

Pojawienie się powyższych objawów ma miejsce w trakcie porodu lub 30 minut po jego ukończeniu!

W literaturze wymienia się także inne objawy:

- drgawki,
- atonię macicy.

Wymienione objawy mogą występować osobno, razem lub w połączeniu z innymi objawami.

Pamiętaj!

Należy zróżnicować charakter drgawek z rzucawką.

Podejmując działania mające na celu udzielanie świadczeń medycznych w rozpoznanym przypadku zatoru płynem owodniowym, należy:

- dążyć do utrzymania funkcji krążenia – zabezpieczenie dostępu żylnego – założenie wkłucia dożylnego typu wenflon, podaż płynów wypełniających łożysko naczyniowe,
- dążyć do utrzymania funkcji oddechu – wdrożenie wentylacji z zastosowaniem dostępnego sprzętu (worek samorozprężalny/intubacja) lub metodą usta–usta,
- w razie konieczności wykonać masaż serca,
- w przypadku pojawienia się wykładników DIC koniecznie wdrożyć terapię przeciwzakrzepową.

Objawy zagrożenia życia płodu (w przypadku wystąpienia zatoru płynem owodniowym podczas porodu):

- deceleracje,
- bradykardia.

Zalecenia dotyczące postępowania zespołu medycznego w sytuacji podejrzenia wystąpienia zatoru płynem owodniowym

- Całość opieki medycznej sprawowanej w warunkach sali porodowej należy pełnić zgodnie z treścią Rozporządzeń i innych dokumentów ministerialnych, algorytmów postępowania, zaleceń towarzystw medycznych, aktualnie obowiązujących w danym kraju!
- Należy każdą ciężarną rozpatrywać jako przypadek indywidualny.
- Należy zastanowić się nad autentyczną potrzebą wdrożenia leków wpływających na eskalację czynności skurczowej macicy.
- Należy zachować szczególną ostrożność wobec kobiet, których ciąża przebiegała z różnego typu trudnościami i powikłaniami, bądź u których wykonane zostały zabiegi mechaniczne typu amniotomia.
- Należy zachować szczególną ostrożność wobec starszych wiekiem pacjentek ciężarnych.
- Należy zachować szczególną ostrożność wobec pacjentek będących wieloródkami.
- Należy podjąć działania w sytuacji, kiedy pacjentka skarży się na duszność czy ucisk w klatce piersiowej (zarówno podczas porodu, jak i w połogu bardzo wczesnym).

Piśmiennictwo

1. Alfirevic Z, Kelly A.J, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2009 Oct 7; 2009(4): CD003246.
2. Bręborowicz G.H. Wypadnięcie pępowiny. W: Bręborowicz GH, ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 476–478
3. Bueno B, San-Frutos L, et al. Variables that predict the success of labor induction. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 1093–1097.
4. Busardo FP, Frati P, Zaami S, Fineschi V. Amniotic fluid embolism pathophysiology syggests the new giagnostic armamentarium: β-tryptase and complement fractions C3-C4 are indispensable working tools. Int J Mol Sci 2015; 16: 6557–6570.
5. Czempiński P, Krajewski P. Zgony okołoporodowe związane z zatorowością płynem owodniowym. Arch Med Sąd Krym 2008; 63: 104–109.
6. Gaca M, Bręborowicz H.H. Zator płynem owodniowym. W: Bręborowicz GH, ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 458–461.
7. Gelber S, Sciscione A. Mechanical methods of cervical ripening and labor induction. Clin Obscet Gynecol 2006; 49: 642–657.
8. Keirse M.J, Thiery M, Parewijck W, et al. Chronic stimulation of uterine prostaglandin synthesis during cervical ripening before the onset labor. Prostaglandins 1983; 25: 671–682.
9. Kempiak J. Drugi i trzeci trymestr ciąży. W: Bręborowicz GH, ed. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 79–91.

10. Knight M, Berg C, Brocklehurst P, et al. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomers: review and recommendations. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 7.
11. Koziołek AH, Gaca M, Szymanowski K, Ziętek-Bartlewicz E. Consumptive coagulopathy as a leading sign of amniotic fluid embolism – case report. Ginekol Pol 2016; 87(2): 153–156.
12. Oleszczuk J, Leszczyńska-Gorzelak B, Poniedziałek-Czajkowska E. Indukcja porodu. W: Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Lublin: D. Bifolium; 2006.
13. Windyga J. Patofizjologia, rozpoznawanie i leczenie rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego. Hematologia 2011; 2(4): 326–331.

3.10. Wystąpienie nagłej zatorowości płucnej

Zatorowość zakrzepowa płuc stanowi poważną jednostkę chorobową i jest przyczyną śmierci kobiet na całym świecie. Wskaźniki wielu krajów Europy podają, że choroby związane z zaburzeniami układu krzepnięcia (zatorowość płucna) są głównymi przyczynami zgonów w ciąży i po porodzie. W Polsce przyczyna ta znajduje się na czwartym miejscu, tuż po krwotokach, zakażeniach i nadciśnieniu tętniczym.

Do zatoru płucnego (PE – ang. *pulmonary embolism*) dochodzi w sytuacji, gdy pojawia się zakrzep, który odrywa się, wędruje w naczyniach i następnie przemieszcza się do płuc.

W czasie ciąży w organizmie kobiety zachodzą liczne zmiany adaptacyjne mające na celu utrzymanie prawidłowego jej rozwoju i przebiegu. Biorąc pod uwagę opisywany układ żylny – zmiany dotyczą ciśnienia żylnego, gospodarki hormonalnej, wydzielania czynników wazodylatacyjnych, pojawiających się objawów niewydolności żylnej i zmian w układzie krzepnięcia. Ciąża, a dokładnie jej wzrost powoduje znaczne obciążenie funkcjonowania naczyń miednicy mniejszej, a co za tym idzie – naczyń kończyn dolnych. Ponadto ciąża predysponuje do zwiększonej krzepliwości krwi, w związku z czym ciężarne mają większe skłonności do rozwoju zakrzepicy żył głębokich. Powszechnie wśród populacji kobiet ciężarnych zakrzepy pochodzą z żył głębokich kończyn dolnych. Co ważne – choroba zakrzepowo-zatorowa może pojawić się na każdym etapie ciąży i połogu, a jej częstość jest statystycznie pięć razy większa u ciężarnych kobiet niż u niecięzanych. W czasie połogu ryzyko jej wystąpienia jest jeszcze wyższe.

Objawy kliniczne zatoru płucnego są bezpośrednio związane z wielkością zakrzepu. Powstały zator może powodować słabe utlenienie krwi lub nawet całkowicie je uniemożliwiać.

Objawy zatorowości płucnej:

- bezdech, trudności z oddychaniem lub przyspieszony oddech,
- dyskomfort w klatce piersiowej, w tym ból,
- kaszel,
- obrzęk obwodowy,

- szmery słyszane w badaniu fizykalnym klatki piersiowej,
- nadciśnienie tętnicze, tachykardia,
- sinica,
- gorączka,
- niepokój, zdenerwowanie, pobudzenie,
- krwioplucie.

Powyższe objawy mogą być błędnie diagnozowane jako rozwój infekcji płucnej.

Diagnozowanie zatorowości płucnej polega na:

- wykonaniu badania EKG (np. uwidocznienie deformacji w sercu prawym),
- wykonaniu zdjęcia RTG klatki piersiowej (np. uwidocznienie niedodmy, nacieków powierzchniowych, jednostronnej wydzieliny w opłucnej),
- określenie stopnia natlenowania krwi poprzez wykonanie: saturacji i gazometrii (niedotlenienie tkanek i narządów można mierzyć oksymetrem; badanie gazometryczne należy wykonać w pozycji stojącej).

Należy mieć na uwadze, że w przypadku wystąpienia zatorowości płucnej nie wszystkie mierzone parametry lub wykonywane badania obrazowe będą miały negatywne wskaźniki. Bywa tak, że wykonanie zdjęcia rentgenowskiego w początkowej fazie zatorowości będzie uwidoczniało prawidłowy obraz płuc.

Leczenie zatorowości płucnej polega na wdrożeniu antykoagulantów w celu zapobiegania gromadzeniu się zakrzepów oraz przywrócenia drożności naczyń żylnych. Leczenie rozpoczyna się z chwilą rozpoznania choroby zakrzepowo-zatorowej zarówno podczas ciąży, jak i w okresie połogu. Do najczęściej stosowanych antykoagulantów zalicza się: heparynę niefrakcjonowaną, drobnocząsteczkową, warfarynę.

Omawiając zjawisko zakrzepicy żył powierzchownych, należy wspomnieć, że skrzeplina powstająca w naczyniu jest stosunkowo mocno związana z sąsiadującą ścianą żyły, w związku z czym ryzyko jej oderwania jest niewielkie. W sytuacji tej wdrożenie środków farmakologicznych na bazie heparyny ma znaczenie, gdy rozległość zmian zapalnych jest bardzo duża, i w sytuacji, gdy zakrzepica poprzez żyły przeszywające przechodzi do układu żył głębokich. Powszechnie dostępne środki zwierające heparynę przeznaczone do stosowania na skórę (maści, żele) nie znajdują żadnego uzasadnienia praktycznego i teoretycznego. Brak dowodów na ich skuteczność potwierdza także EBM.

Do oceny ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej w populacji kobiet, u których ciążę rozwiązano drogą operacyjną, zalicza się:

- wiek pacjentki > 35. roku życia,
- otyłość > 80 kg,
- wielorodność,
- stan przedrzucawkowy,
- schorzenia internistyczne dotyczące: serca, płuc, jelit, nerek, pochodzenia nowotworowego, zaburzenia metabolizmu glukozy,

- poród nagle zakończony drogą operacyjną,
- żylakowatość w kończynach dolnych,
- przebytą żylną chorobę zakrzepowo-zatorową,
- zespół antyfosfolipidowy,
- przebyte operacje na mięśniu macicy.

Według danych EBM nie uzyskano dotychczas wystarczających danych, które umożliwiałyby opracowanie jednolitych zaleceń w zakresie profilaktyki przeciwzakrzepowej podczas ciąży i we wczesnym okresie poporodowym. Opisano dotychczas trzy skuteczne interwencje, do których zalicza się: stosowanie ucisku pneumatycznego i pończoch uciskowych oraz podaż leków w postaci heparyny niefrakcjonowanej i drobnocząsteczkowej.

W Polsce zalecenia dotyczące opisywanego zjawiska znajdują się w rekomendacjach leczenia i prewencji żylnej zakrzepicy. U kobiet ciężarnych zaleca się głównie ścisłą obserwację kliniczną. W przypadku okresu połogowego, z uwagi na wzrost ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, zaleca się wdrożenie leczenia przeciwkrzepliwego.

Wśród profilaktyki opisywanego zjawiska wymienia się wczesne uruchamianie pacjentki po operacji cięcia cesarskiego. Brak wczesnego uruchomienia jest niewskazany z uwagi na proces fizjologii przepływu żylnego. Podczas działania mięśni kończyn dolnych dochodzi do uwolnienia endogennych substancji fibrynolitycznych, których celem jest przyspieszenie procesu fibrynolizy oraz rekanalizacji skrzeplin powstałych w żyłach.

Zalecenia dotyczące postępowania zespołu medycznego w sytuacji podejrzenia wystąpienia zatorowości płucnej

- Całość opieki medycznej sprawowanej w warunkach sali porodowej należy pełnić zgodnie z treścią Rozporządzeń i innych dokumentów ministerialnych, algorytmów postępowania, zaleceń towarzystw medycznych, aktualnie obowiązujących w danym kraju!
- Należy podjąć natychmiastowe i intensywne działania medyczne.
- Należy zorganizować pomoc medyczną (np. zespół reanimacyjny, anestezjolog, lekarz dyżurny).
- W przypadku zatrzymania krążenia należy podjąć działania, wykonując masaż serca.
- Należy zabezpieczyć podaż tlenu (maska tlenowa lub rurki donosowe).
- Należy zapewnić dostęp do żyły poprzez założenie wkłucia dożylnego typu wenflon.
- Należy podać leki zgodnie z treścią zlecenia lekarskiego (w tym heparynę).
- Należy stale monitorować stan płodu (jeśli do zatoru doszło podczas ciąży).
- Należy monitorować stan zdrowia pacjentki poprzez wykonanie badania EKG.

- Należy – w razie możliwości – podłączyć oksymetr.
- Należy prowadzić bilans płynów.
- Ułożyć pacjentkę w pozycji siedzącej, jeśli jest taka możliwość!

Piśmiennictwo

1. Bothamley J. Choroba zakrzepowo-zatorowa w ciąży. In: Boyle M, Iwanowicz-Palus G, ed. Stany nagłe w okresie okołoporodowym. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 48–74.
2. Chiesa R, Marone E.M, Limoni L, Singh V. Venous disorders: correlation between visible signs, symptoms and presence of functional disease. J Vasc Surg 2007; 46: 322–330.
3. Staniszewski R, Bręborowicz GH. Choroba zakrzepowo-zatorowa żył kończyn dolnych w wywiadzie. In: Bręborowicz GH, ed. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 43–45, 127–129.
4. Polskie wytyczne dotyczące profilaktyki i leczenia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej – aktualizacja 2012. Medycyna Praktyczna-Chirurgia 2012; 106: 59–73.
5. Navarro T.P, Delis K.T, Ribeiro A.P. Clinical and hemodynamic significante of the greater saphenous vein diameter in chronic vein insufficiency. Arch Surg 2002; 13: 1233–1237.

3.11. Oscylacja milcząca w zaawansowanej ciąży

Od wieku lat procesowi modernizacji podlegają metody rejestracji czynności serca płodu (FHR). Podstawowym aspektem jest dążenie do uzyskania sygnałów wolnych od zewnętrznych i wewnętrznych zakłóceń. Powszechnie do monitorowania czynności serca płodu wykorzystuje się kardiotokograf, który jednocześnie rejestruje czynność skurczową macicy, a czasem nawet tętno matki.

Kardiotokografia (KTG) jest metodą diagnostyczną, która rejestruje i obrazuje w formie graficznej czynność serca płodu, aktywność ruchową płodu oraz czynność skurczową macicy. Rejestracja ma postać wydruku lub zapisu na elektronicznym nośniku danych. Badanie kardiotokograficzne wykonuje się u każdej kobiety podczas ciąży i porodu. Należy pamiętać, że przystępując do wykonania badania, powinno dążyć się do uzyskania słyszalnego sygnału dźwiękowego zarówno dla osoby nadzorującej badanie, jak i dla ciężarnej. Wyjątkiem są pacjentki z niepełnosprawnością słuchu, gdzie bezwzględnie należy niwelować dźwięk i pozostawić jedynie sygnał świetlny.

Uzyskane dane badania kardiotokograficznego mają ogromne znaczenie w położnictwie z uwagi na prognozowanie stanu płodu. Badanie KTG należy do grupy badań nieinwazyjnych, łatwych i szybkich (powszechnie dostępnych) do przeprowadzenia. Ponadto należy podkreślić możliwość wdrożenia ciągłości tego typu nad-

zoru u kobiet rodzących. Nowoczesne aparaty KTG są przystosowane do porodów odbywających się pod taflą wody z uwagi na wprowadzone zjawisko telemetrii, gdzie urządzenie przesyła sygnał do komputera, w którym następuje analiza zapisu.

Aparaty KTG wykorzystywane w położnictwie składają się z dwóch głowic (pelot):

- ultradźwiękowej, która rejestruje czynność serca płodu i jego aktywność ruchową,
- tokograficznej, która rejestruje czynność skurczową mięśnia macicy.

Często aparaty KTG wyposażone są także w znacznik ruchów płodu, poprzez który pacjentka akcentuje odczuwany ruch płodu.

Wskazania do wykonania badania kardiotokograficznego:

- ocena stanu płodu podczas ciąży (w tym przy przyjęciu pacjentki do szpitala, najwcześniej badanie KTG można wykonać między 24 a 25 Hbd – w sytuacji pilnej, wymagającej nadzoru),
- ocena stanu płodu podczas porodu (celem jest profilaktyka kwasicy płodu oraz zmniejszenie częstości epizodów niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu – właściwe podejmowanie decyzji co do sposobu prowadzenia porodu),
- ukończony 42. Hbd (wdrożenie codziennych zapisów KTG celem monitorowania stanu wewnątrzmacicznego płodu),
- obecność klinicznych cech przenoszenia ciąży,
- choroby internistyczne matki (np. cukrzyca, zakażenia, choroby serca, nerek, układu endokrynologicznego),
- wystąpienie krwawienia podczas ciąży,
- podejrzenie IUGR (wewnątrzmaciczny opóźniony rozwój płodu),
- nieprawidłowe położenie płodu,
- nieprawidłowa lokalizacja łożyska,
- zgłaszany przez ciężarną brak odczuwanych ruchów płodu,
- podejrzenie PROM (przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego),
- poród przedwczesny,
- rozpoznane anomalie w budowie serca płodu,
- obciążony wywiad położniczy,
- sączący płyn owodniowy o nieprawidłowym zabarwieniu (np. podbarwiony smółką),
- nieprawidłowe wcześniejsze zapisy KTG,
- wdrożenie oksytocyny egzogennej celem stymulacji mięśnia macicy,
- wdrożenie znieczulenia regionalnego podczas porodu,
- ciąża i poród mnogi,
- stan po wykonanym zabiegu położniczym (np. założenie cewnika Foleya do jamy macicy),

- stan po doznanym urazie mechanicznym (w tym po wypadkach komunikacyjnych),
- stan zagrożenia życia matki (np. pacjentka nieprzytomna, chora nowotworowo),
- pacjentka silnie uzależniona (środki psychotropowe, narkotyki, alkohol).

Należy pamiętać, że wymienione wskazania mogą ulec poszerzeniu z uwagi na wystąpienie nieprzewidzianej, indywidualnej sytuacji nagłej lub choroby rzadkiej, będącej jednocześnie niestandardową sytuacją położniczą.

Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania kardiotokografii w położnictwie określiło ścisłe wskazania do prowadzenia zapisów KTG podczas ciąży powyżej 24 Hbd. Podzielono je na wskazania matczyne i płodowe.

Wskazania matczyne:

- zespół antyfosfolipidowy,
- brak wyrównanej nadczynności tarczycy,
- hemoglobinopatie,
- sinicze wady serca,
- układowy toczeń trzewny,
- przewlekłe choroby nerek,
- cukrzyca typu I,
- nadciśnienie tętnicze.
- Wskazania płodowe:
- stan przedrzucawkowy,
- zmniejszenie liczby ruchów płodu,
- nieprawidłowa ilość płynu owodniowego: małowodzie, wielowodzie,
- ciąża mnoga,
- IUGR,
- ciąża po terminie porodu,
- konflikt serologiczny,
- obciążony wywiad położniczy: obumarcie płodu w przeszłości.

Obiektywizacja zapisu KTG polega na zapewnieniu spokoju pacjentce, ułożeniu pacjentki najlepiej na lewym boku, przestrzeganiu czasu trwania zapisu (co najmniej 20 minut), czytelności zapisu względem czasu rozpoczęcia monitorowania i jego zakończenia (wraz z datą wykonania). W przypadku wątpliwości zapisu (np. zakłócona droga sygnału, brak czytelności zapisu) zaleca się jego ponowne wykonanie.

Wśród podstawowych terminów związanych z badaniem kardiotokograficznym wymienia się:

- określenie podstawowej czynności serca płodu zwanej oscylacją, która oznacza średnią amplitudę wychyleń czynności serca płodu. Wyróżnia się:
  - normokardię (110–160 u/min),

- tachykardię (> 160 u/min),
- bradykardię (< 110 u/min),

- określenie zmienności częstości serca płodu będące wynikiem odpowiedzi na bodźce pochodzące z układu autonomicznego w odniesieniu do czynników humoralnych lub farmakologicznych,
- określenie wystąpienia akceleracji – definiowane jako okresowe, przejściowe zwiększenie czynności serca płodu,
- określenie wystąpienia deceleracji – definiowane jako obniżenie częstości serca płodu. W zależności od ich charakteru wyróżnia się deceleracje: wczesne, zmienne oraz późne.

W interpretacji kardiotokogramów ciążowych wykorzystuje się metody klasyfikacji określanych mianem testów niestresowych (NST). Wśród kryteriów różnicujących testy niestresowe wyodrębnia się:

- wynik reaktywny – przedstawiający normokardię; występują dwie lub więcej akceleracji o amplitudzie ponad 15 uderzeń/min trwających co najmniej 15 sekund i związanych z aktywnością ruchową płodu,
- wynik niereaktywny – brak uwidocznienia akceleracji; wymaga przedłużenia czasu jego trwania do 60 minut (w przypadku braku poprawy należy wykonać test stresowy celem wyjaśnienia sytuacji klinicznej),
- wynik wątpliwy – wykazujący nieprawidłową liczbę akceleracji (mniej niż dwie) lub akceleracje o nieprawidłowym czasie trwania i amplitudzie; wymaga powtórzenia po 24 godzinach.

W położnictwie wyróżnia się następujące typy oscylacji FHR:

1. skacząca – gdy wychylenia przekraczają 25 uderzeń/min,
2. falująca (fizjologiczna) – gdy wychylenia mieszczą się w przedziale 5–25 uderzeń/min i jest odbiciem prawidłowej funkcji autonomicznego układu nerwowego,
3. zawężona – zakres wychyleń nie przekracza 10 uderzeń/min,
4. milcząca – gdy wychylenia nie przekraczają 5 uderzeń/min – wykres przypomina linię prostą.

Charakterystyka oscylacji milczącej:

a) Zapis tętna płodu: obserwowane wychylenia FHR > 160 uderzeń/min, trwające co najmniej 10 min.
b) Interpretacja i podłoże: niski wiek ciążowy, zakażenie, leki (stosowanie beta-mimetyków), choroby matki, tachyarytmia płodu, powikłania ciąży, odwodnienie, hipertermia, centralizacja krążenia płodu związana z niedotlenieniem wewnątrzmacicznym. Ponadto zaistnienie prawdopodobnej kwasicy, gdy jest ona skojarzona z niską zmiennością lub jej brakiem, brakiem akceleracji.
c) Postępowanie: gdy jest rozpoznana choroba podstawowa, należy rozpocząć jej leczenie; stymulacja akceleracji tętna poprzez stymulację skalpu

oznacza brak kwasicy u płodu; w przypadku braku poprawy zapisu należy zakończyć poród.

Zalecenia dotyczące postępowania zespołu medycznego w sytuacji wystąpienia oscylacji milczącej w zapisie KTG

- Całość opieki medycznej należy sprawować zgodnie z treścią Rozporządzeń i innych dokumentów ministerialnych, algorytmów postępowania, zaleceń towarzystw medycznych, aktualnie obowiązujących w danym kraju!
- Należy dołożyć wszelkich starań względem obiektywizacji otrzymywanego zapisu KTG (pozycja ciała pacjentki: położenie pacjentki na lewym boku lub odbarczenie klinem prawego biodra celem zniwelowania zespołu żyły głównej dolnej; sprawdzenie jakości technicznej aparatu KTG; wprowadzenie w sposób poprawny danych pacjentki, daty i godziny).
- Należy mieć świadomość, że typ oscylacji milczącej jest najgorszym typem oscylacji!
  - Jego pojawienie się świadczy o bardzo złym stanie płodu – zagrażająca śmierć płodu!!!
  - Konieczna jest natychmiastowa interwencja położnej – pilne zawiadomienie nadzoru lekarskiego!
- Należy zebrać szeroki wywiad położniczy obejmujący informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentki (w tym przeszłości), zażywanych leków i używek, obecnego trybu życia, przebiegu ciąży, sposobu odżywiania się (w tym nawodnienia).
- Należy rozważyć wszystkie przyczyny oscylacji milczącej (w tym czynniki matczyne i płodowe) względem rozważanego przypadku (cenna współpraca zespołu interdyscyplinarnego!).
- Należy zadbać o odpowiednie nawodnienie pacjentki (doustne lub dożylne).
- Należy podjąć dalsze, wskazane działania medyczne w trybie pilnym (współpraca zespołu interdyscyplinarnego).

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiotokografii w położnictwie. Ginekol Pol 2014; 85(9): 713–716.
2. Katsuragi S, Ikeda T, Noda S. Immediate newborn outcome and mode of delivery: use of standardized fetal heart rate pattern management. J Matem Fetal Neonatal Med 2013; 26: 71–74.
3. Grivell RM, Alfrevic Z, Gyte GM. Antenatal cardiotocography for fetal assessment Cochrane Database Syst Rev 2012; 2(12): CD007863.

4. Scenariusze symulacyjne w wybranych jednostkach chorobowych, sytuacjach niestandardowych w pielęgniarstwie, położnictwie i fizjoterapii z uwzględnieniem aspektów interdyscyplinarności i wielokulturowości

Wprowadzenie symulacji medycznej w standardy kształcenia na kierunkach medycznych spowodowało całkowitą rewolucję w nauczaniu. Współcześnie nauczanie poprzez doświadczenie jest możliwe, a nawet konieczne, bo poparte decyzją ministerialną.

Zajęcia kliniczne z symulacji medycznej bazują na wykorzystaniu zaawansowanych technologicznie symulatorów, trenażerów, fantomów hybrydowych. Szkolenia prowadzone są przez wykwalifikowaną kadrę instruktorów, a ich tematyka opiera się na wcześniejszych opracowaniach realistycznych scenariuszy symulacyjnych. Tak nowoczesna forma zajęć stwarza bezpieczne warunki do przyswajania wiedzy, pozyskiwania umiejętności i nabywania kompetencji społecznych. Z kolei powtarzalność wykonywanych zabiegów (procedur) oraz późniejszy debriefing pozwalają na rzetelną i praktyczną naukę postępowania nawet w najtrudniejszych, rzadkich i niestandardowych przypadkach medycznych.

4.1. Bank przykładowych scenariuszy symulacyjnych (nauki o zdrowiu, nauki medyczne)

SCENARIUSZ NR 1

TEMAT: **Efektywny zespół interdyscyplinarny**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Efektywny zespół interdyscyplinarny**	
Główny problem medyczny	Współpraca i komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	
Opis scenariusza	Mężczyzna, lat 73, przyjęty do oddziału chirurgii ogólnej w dniu wczorajszym celem wykonania w trybie planowym operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej prawej. W dniu dzisiejszym miał wykonany zabieg operacyjny. Operacja przeprowadzona w znieczuleniu podpajęczynówkowym przebiegła bez powikłań i pacjent został przekazany z bloku operacyjnego (sali pooperacyjnej) na macierzysty oddział. Po 5 minutach od przewiezienia pacjenta pielęgniarka, która weszła do sali chorych, aby odłączyć kroplówkę oraz ocenić stan pacjenta, zauważyła, że pacjent jest bardzo blady i ma obniżony stan świadomości.	
Efekty uczenia się	· Efektywna współpraca w zespole interdyscyplinarnym · Skuteczna komunikacja interdyscyplinarna	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci pielęgniarstwa: 2 osoby · student medycyny: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Oddział Chirurgii Ogólnej. Opiekujesz się pacjentem, który w dniu dzisiejszym miał wykonany zabieg operacyjny usunięcia żylaków kończyny dolnej prawej. Właśnie został przewieziony z bloku operacyjnego. O godzinie 13:00 wchodzisz na salę chorych, aby odłączyć kroplówkę i ocenić stan pacjenta. Zastajesz pacjenta leżącego w łóżku. Widać wyraźnie, że pacjent jest blady, kontakt słowny utrudniony, oczy przymknięte.	

Wprowadzenie dla instruktora: (istotne elementy, postępowanie, zadania)	· Ocena sytuacji zdrowotnej pacjenta · Skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym: wykorzystanie strategii ISBAR, „call-out" i „check-back" · Efektywna współpraca w zespole interdyscyplinarnym
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala chorych na Oddziale Chirurgii Ogólnej **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · symulator w męskim przebraniu/lub pacjent standaryzowany · kończyna dolna prawa zabandażowana elastycznym bandażem o krótkim naciągu na wysokości – od stopy do pachwiny · pidżama **Rekwizyty:** · dwa łóżka · telefon w sali · źródło tlenu **Sprzęt medyczny:** · kardiomonitor: niepodłączony · pulsoksymetr · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek reanimacyjny: kompletny wraz ze sprzętem resuscytacyjnym i zestawem do udrażniania dróg oddechowych · płyny infuzyjne: NaCl 0,9%, mleczan Ringera 500 ml · aparat do wlewu kroplowego
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Andrzej Krasicki · Mężczyzna · Wiek: 73 lata · Wzrost: 179 cm · Waga: 93 kg · Świadomość: obniżony stan świadomości · Oddech: zwolniony · Skóra: blada · RR: 85/50 mmHg · Tętno: 68 u/min · Choroby przewlekłe: nadciśnienie, stan po zawale mięśnia sercowego (5 lat temu)

Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · sala chorych na Oddziale Chirurgii Ogólnej **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · ocena parametrów życiowych – wykorzystanie monitora do oceny parametrów życiowych · wezwanie lekarza (strategia ISBAR) · wykorzystanie w komunikacji techniki „call-out" i „check-back" · skuteczna współpraca w zespole interdyscyplinarnym Zakończenie prawdopodobne: · ocena parametrów życiowych · wezwanie lekarza (nie wykorzystano w komunikacji wyżej wymienionych technik) · współpraca w zespole interdyscyplinarnym na dość dobrym poziomie Zakończenie negatywne: · nieprawidłowa ocena sytuacji zdrowotnej pacjenta · opieszałość w wezwaniu lekarza (mało skuteczna komunikacja przez telefon) · mało efektywna współpraca w zespole interdyscyplinarnym
Koła ratunkowe	· Wejście lekarza dyżurnego
Kłody pod nogi	· Lekarz dyżurny jest nieuprzejmy podczas rozmowy telefonicznej. Może powiedzieć: „jak zwykle... zawsze dzwonicie z błahostkami"
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie współpracy i efektywnej komunikacji w zespole interdyscyplinarnym w ochronie zdrowia
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

SCENARIUSZ NR 2

TEMAT: **Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej**	
Główny problem medyczny	24-letnia muzułmanka po urazie kręgosłupa	
Opis scenariusza	Karima, 24-letnia muzułmanka, została przywieziona na oddział ratunkowy o godz. 19:00 przez karetkę pogotowia w towarzystwie męża. W wyniku poślizgnięcia się spadła ze schodów na plecy. Doznała ogólnych potłuczeń ciała, odczuwa silny ból pleców w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. W bardzo krótkim czasie po upadku pojawiły się trudności z oddychaniem, trudności z poruszaniem się, nie była w stanie korzystać z toalety (nastąpiła krótkotrwała utrata kontroli nad pęcherzem moczowym i jelitami).	
Efekty uczenia się	· Przybliżenie pojęć kultury i kompetencji kulturowej, a także ich rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań kulturowych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci pielęgniarstwa: 2 osoby · student medycyny: 1 osoba · student ratownictwa medycznego: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Jesteś rezydentem medycyny. Zaczynasz swój dyżur, a pacjentka (muzułmanka) właśnie przybyła do oddziału ratunkowego i czeka na ciebie. Dr Zieliński jest jedynym lekarzem pracującym na oddziale ratunkowym i jego numer jest na tablicy. Jeśli będziesz potrzebował jego pomocy, możesz do niego dzwonić. Na dyżurze wraz z tobą jest pielęgniarz, pielęgniarka oraz ratownik medyczny. Obecnie zajęci.	

Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studentów:** · efektywna komunikacja z pacjentką i jej mężem · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala obserwacyjno-zabiegowa na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym **Symulator:** · pacjent standaryzowany – młoda kobieta (muzułmanka) **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · dwa łóżka · trenażer: kończyna górna prawa z możliwością wykonania procedury założenia kaniuli obwodowej · krzesło · telefon w sali · piktogramy **Sprzęt medyczny:** · kardiomonitor · defibrylator · wózek reanimacyjny: kompletny · źródło tlenu · ciśnieniomierz · stetoskop · termometr · glukometr · wózek zabiegowy (próbówki do pobierania badań laboratoryjnych, igły do iniekcji, kaniule obwodowe o różnych rozmiarach, środek do dezynfekcji skóry, opatrunki do mocowania kaniul: np. Venaplast, aparaty do infuzji płynów) · lek przeciwbólowy: Paracetamol 10 mg/ml, roztwór do infuzji, 100 ml, 1 fiolka · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Karima Maalouf · Kobieta · Wiek: 24 lata · Wzrost: 164 cm · Waga: 54 kg · Brak chorób przewlekłych · Brak uczuleń

Diagnostyka wstępna i obrazowa	• Dotychczas nie wykonano badań laboratoryjnych
Wywiad medyczny	**Informacje od Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM):** • u pacjentki w wyniku upadku ze schodów doszło do urazu kręgosłupa. Zespół ZRM powiadomił mąż pacjentki
Parametry wstępne Informacja dla technika	• Młoda kobieta, przywieziona na desce ortopedycznej w kołnierzu ortopedycznym • Pacjentka jęczy z powodu bólu
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** • sala obserwacyjno-zabiegowa na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: • zapewnienie personelu medycznego płci żeńskiej: lekarza, pielęgniarki/ratownika medycznego • gdy okaże się to niemożliwe, rozmowa z pacjentką wskazująca na zrozumienie i poszanowanie kwestii cielesności • unikanie kontaktu fizycznego z pacjentką lub ograniczenie go do niezbędnego minimum, a w przypadku konieczności takiego kontaktu wytłumaczenie jego celu • przekazanie informacji o wszystkich działaniach dotyczących opieki i leczenia pacjentce oraz jej mężowi • efektywna komunikacja międzykulturowa: » zadawanie pytań otwartych pacjentce i jej mężowi celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat ich potrzeb i oczekiwań » przekazywanie informacji i zadawanie pytań wolno i wyraźnie, w sposób jak najbardziej prosty i przejrzysty » wykorzystanie niewerbalnej metody komunikacji i używanie „języka ciała" – ilustracja wypowiedzi gestami lub dostępnymi przedmiotami (wykorzystanie piktogramów) » upewnienie się, że pacjentka i jej mąż rozumieją zalecenia i akceptują zaproponowany plan leczenia • poszanowanie prawa pacjentki do noszenia stroju zakrywającego całe ciało • założenie kaniuli obwodowej na prawej kończynie górnej Zakończenie prawdopodobne: • zawiadomienie lekarza dyżurnego na początku scenariusza i przekazanie roli lekarzowi

Przebieg scenariusza	Zakończenie negatywne: · niezapewnienie personelu medycznego płci żeńskiej: lekarza, pielęgniarki oraz brak rozmowy z pacjentką wskazującej na zrozumienie i poszanowanie kwestii cielesności · nieograniczenie do niezbędnego minimum kontaktu fizycznego · brak informacji dotyczącej celu konieczności kontaktu fizycznego · przekazanie informacji dotyczących opieki i leczenia tylko pacjentce · mało efektywna komunikacja międzykulturowa: » brak pytań otwartych celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat potrzeb i oczekiwań pacjentki i jej męża » przekazywanie informacji i zadawanie pytań szybko, niewyraźnie, w sposób mało przejrzysty, brak ilustracji wypowiedzi gestami lub dostępnymi przedmiotami (piktogramy) » niewykorzystanie niewerbalnych metod komunikacji » brak weryfikacji zrozumienia zaleceń i akceptacji zaproponowanego planu leczenia · brak poszanowanie prawa pacjentki do noszenia stroju zakrywającego całe ciało · założenie kaniuli obwodowej na lewej kończynie górnej
Koła ratunkowe	· Pacjentka i jej mąż porozumiewają się w języku angielskim na poziomie dość dobrym, komunikują się w stopniu słabym w języku polskim
Kłody pod nogi	· Pacjentka i jej mąż nie rozumieją specjalistycznych zwrotów medycznych
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · znaczenie skutecznej komunikacji międzykulturowej · bariera językowa w komunikacji z pacjentem

Dodatkowa informacja:
Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.

SCENARIUSZ NR 3

TEMAT: **Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej – kultura chińska**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Kompetencje kulturowe – kultura chińska**	
Główny problem medyczny	Ból pooperacyjny	
Opis scenariusza	Chiński pacjent w średnim wieku. Jest w dobie zerowej po operacji usunięcia zaćmy oka lewego. Odmówił przyjmowania leków przeciwbólowych po operacji.	
Efekty uczenia się	· Przybliżenia pojęć kultury i kompetencji kulturowej i ich rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienia przekonań kulturowych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci pielęgniarstwa: 2 osoby · student medycyny: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na oddziale okulistyki przebywa chiński pacjent w średnim wieku. Odmówił przyjmowania leków przeciwbólowych po operacji usunięcia zaćmy oka lewego. Zapytany odpowiedział, że jego dyskomfort jest do zniesienia i może wytrzymać bez leków.	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · efektywna komunikacja z pacjentem · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala chorych na Oddziale Okulistyki **Symulator:** · starszy mężczyzna/lub pacjent standaryzowany **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · opatrunek na lewym oku · wkłucie obwodowe na prawej kończynie górnej · dwa łóżka · krzesło · telefon w sali **Sprzęt medyczny:** · ciśnieniomierz · stetoskop · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · lek przeciwbólowy – Paracetamol 10 mg/ml, roztwór do infuzji, 100 ml, 1 fiolka · aparat do infuzji płynów
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Mao Li Wang · Mężczyzna · Wiek: 56 lat · Wzrost: 167 cm · Waga: 57 kg · Od dwóch leczy się na cukrzycę typu II, przyjmuje 1 × dziennie (wieczorem) Glucophage XR 500 mg
Parametry symulatora (początkowo oraz planowany trend)	**Parametry początkowe:** · świadomość: zachowana (oko prawe na zmianę – pół zamknięte/otwarte) · skóra – blada, zlana zimnym potem · RR – 145/85 mmHg · tętno – 100/min · oddech – 16/min · temp.: 36,9°C · pacjent niespokojny, sprawia wrażenie cierpiącego **Po 5 minutach od podania leku przeciwbólowego:** · skóra – zaróżowiona · RR – 125/70 mmHg · tętno – 78/min · oddech – 12/min · temp.: 36,6°C

Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · sala chorych na Oddziale Okulistyki **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · efektywna komunikacja międzykulturowa: zadawanie pacjentowi pytań otwartych celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat jego potrzeb i oczekiwań · ponowienie propozycji podania leku przeciwbólowego. Rozmowa z pacjentem i wytłumaczenie mu, że jednym z najważniejszych obowiązków pielęgniarki jest zapewnienie komfortu pacjentowi · podanie pacjentowi leku przeciwbólowego Zakończenie prawdopodobne: · po ponownej odmowie pacjenta telefon do lekarza dyżurnego i przekazanie roli lekarzowi Zakończenie negatywne: · mało efektywna komunikacja międzykulturowa z pacjentem · brak ponownej propozycji podania leku przeciwbólowego, mimo że ten jest niespokojny i odczuwa dyskomfort
Koła ratunkowe	· Podpowiedź innej pielęgniarki: „Czytałam, że Chińczycy są uczeni powściągliwości. W ich kulturze potrzeby grupy są ważniejsze niż te jednostki. Ponadto Azjaci generalnie uważają za niegrzeczne przyjmowanie czegoś za pierwszym razem, gdy jest to oferowane”
Kłody pod nogi	· Lekarz dyżurny nie odbiera telefonu
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · znaczenie skutecznej komunikacji międzykulturowej
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- historia choroby (wcześniejsza dokumentacja),
- karta przyjęcia na oddział,
- karta obserwacyjna.

SCENARIUSZ NR 4

TEMAT: **Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej – kultura romska**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Kompetencje kulturowe – kultura romska**	
Główny problem medyczny	Rola rodziny w kulturze romskiej w czasie ciężkiej choroby krewnego	
Opis scenariusza	Na oddziale Intensywnej Terapii przebywa od trzech dni 73-letni mężczyzna narodowości romskiej. Pacjent przyjęty do oddziału z rozpoznaniem nagłego zatrzymania krążenia (NZK) w przebiegu migotania komór. Stan pacjenta bardzo ciężki, jest zaintubowany i podłączony do respiratora. Oddech SIMV. Jego rodzina nalega, aby przez cały czas byli przy nim obecni krewni.	
Efekty uczenia się	· Przybliżenie pojęć kultury i kompetencji kulturowej oraz ich rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań kulturowych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci pielęgniarstwa: 4 osoby · student medycyny: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na oddziale Intensywnej Terapii opiekujesz się starszym mężczyzną narodowości romskiej. Stan ogólny pacjenta bardzo ciężki. Trzy dni temu doszło u niego do NZK w przebiegu VF. Pacjent jest zaintubowany i podłączony do respiratora – oddech SIMV. Bez kontaktu z personelem. Jego rodzina nalega, aby przez cały czas byli przy nim obecni krewni. Twoje koleżanki z oddziału skarżą się na tę sytuację i nalegają, aby coś z tym zrobić. Jak postąpisz?	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · efektywna komunikacja z rodziną pacjenta · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala chorych – Oddział Intensywnej Terapii **Symulator:** · starszy mężczyzna **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · zaintubowany rurką intubacyjną o rozmiarze 7.5 · wkłucie centralne: żyła podobojczykowa po stronie prawej (podłączony wlew z Dobutaminy oraz płyn PWE 500 ml) · wkłucie dotętnicze: tętnica promieniowa lewa · cewnik Foleya założony do pęcherza moczowego · sonda żołądkową typu Flocare · dwa łóżka · krzesło · telefon w sali **Sprzęt medyczny:** · kardiomonitor · aparat EKG · defibrylator · wózek reanimacyjny: kompletny · zestaw do udrożnienia dróg oddechowych · pompa infuzyjna z podłączonym wlewem z Dobutaminy/przepływ 4/ml/godzinę · źródło tlenu, powietrza i próżni · respirator · ciśnieniomierz · stetoskop · ssak · wózek zabiegowy · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Andrzej Kwiatkowski · Mężczyzna · Wiek: 73 lata · Wzrost: 178 cm · Waga: 112 kg · Nadciśnienie, cukrzyca typu II · Brak uczuleń · Oddech SIMV: wentylacja mechaniczna · Skóra: blada · Świadomość: pacjent nieprzytomny · RR: 115/55 mmHg · Tętno: 79 u/min · SpO2: 94% · Liczba oddechów: 14/min · Temperatura ciała: 36,5°C

Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · sala chorych – oddział Intensywnej Terapii **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · efektywna komunikacja międzykulturowa: zadawanie rodzinie pytań otwartych celem uzyskania więcej informacji na temat ich potrzeb i oczekiwań · okazywanie cierpliwości i empatii w kontakcie z rodziną · ustalenie wspólnie z członkami rodziny dogodnych godzin odwiedzin pacjenta tak, aby mogli spędzać z nim jak najwięcej czasu Zakończenie prawdopodobne: · efektywna komunikacja międzykulturowa: zadawanie rodzinie pytań otwartych, aby uzyskać więcej informacji na temat ich potrzeb i oczekiwań · zawiadomienie lekarza o oczekiwaniach rodziny i przekazanie woli lekarzowi Zakończenie negatywne: · mało efektywna komunikacja z rodziną (brak pytań otwartych celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat ich potrzeb i oczekiwań) · brak zrozumienia oczekiwań rodziny: potrzeby spędzania jak najwięcej czasu z pacjentem
Koła ratunkowe	· Wejście oddziałowej, która włącza się w rozmowę z rodziną
Kłody pod nogi	· Zdenerwowanie rodziny po otrzymaniu informacji, że na oddziale obowiązują określone godziny odwiedzin i tylko wówczas mogą przebywać z pacjentem
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- karta przebiegu choroby.

SCENARIUSZ NR 5

TEMAT: **Komunikacja interdyscyplinarna a bezpieczeństwo pacjentów**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Komunikacja interdyscyplinarna a bezpieczeństwo pacjentów**	
Główny problem medyczny	Wadliwa komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	
Opis scenariusza	Na Szpitalny Oddział Ratunkowy zgłaszają się rodzice wraz z 17-letnią córką. Rodzice są przekonani, że córka przedawkowała lek Apap. Dziewczynie już wcześniej zdarzało się przedawkować leki i jest pod opieką psychiatry. Pacjentka twierdzi, że wzięła tylko kilka tabletek z powodu bólu głowy, a pozostałe tabletki rozsypały się na podłodze, więc je wyrzuciła do kosza. Z informacji od rodziców wynika, że córka zażyła tabletki około 6 godzin temu.	
Efekty uczenia się	Efektywna współpraca i skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci pielęgniarstwa: 4 osoby · student medycyny: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Pracujesz na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Otrzymujesz zlecenie od lekarza dyżurnego dotyczące oznaczenia stężenia paracetamolu i salicylanów we krwi na cito u 17-letniej dziewczyny, która mogła zażyć całe opakowanie Apapu około 6 godzin temu. Prosisz laboratorium o informację telefoniczną dotyczącą wyników, jak tylko będą one gotowe.	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · Skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala obserwacyjno-zabiegowa na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · jedno łóżko · dwa krzesła · telefon w sali **Sprzęt medyczny:** · kardiomonitor · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy wyposażony w sprzęt do pobierania badań laboratoryjnych (igły, próbówki itd.) · pudełko z rękawiczkami · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · kosz na odpady skażone i komunalne
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Joanna Michnicka · Kobieta. · Wiek: 17 lat · Wzrost: 169 cm · Waga: 50 kg · Leczy się psychiatrycznie z powodu depresji (farmakoterapia: Fluoksetyna Egis 10 mg/dobę + psychoterapia grupowa) · Brak uczuleń · Skóra: blada · Świadomość: zachowana · RR: 120/80 mmHg · Tętno: 79 u/min · SpO2: 94% · Liczba oddechów: 14/min · Temperatura ciała: 36,5°C
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · Sala obserwacyjno-zabiegowa na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · podczas rozmowy telefonicznej z technikiem laboratoryjnym pielęgniarka wykorzystuje technikę komunikacji „check-back” · u pacjentki zostaje wdrożona procedura postępowania w przypadku przedawkowania paracetamolu

Przebieg scenariusza	Zakończenie prawdopodobne: · lekarz kontaktuje się z technikiem laboratoryjnym i upewnia co do wyniku stężenia paracetamolu · u pacjentki zostaje wdrożona procedura postępowania w przypadku przedawkowania paracetamolu Zakończenie negatywne: · wadliwa komunikacja przez telefon: brak weryfikacji wyniku badania laboratoryjnego · u pacjentki nie zostaje wdrożona procedura postępowania w przypadku przedawkowania paracetamolu
Koła ratunkowe	· Podpowiedź innej pielęgniarki: „Dobrze usłyszałaś wynik? Dopytałaś laboratorium, czy na pewno poziom paracetamolu we krwi wynosi 2,15?”
Kłody pod nogi	· Technik laboratoryjny nie mówi, czy to stężenie wskazuje na zatrucie i nie sprawdza, czy pielęgniarka dobrze zrozumiała przekaz telefoniczny
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie skutecznej komunikacji w zespole interdyscyplinarnym w zapobieganiu zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia

Dodatkowa informacja:

Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.

SCENARIUSZ NR 6

TEMAT: **Cukrzyca ciążowa u hinduski**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Cukrzyca ciążowa (GDM) u kobiety pochodzenia indyjskiego**	
Główny problem medyczny	· Komunikacja międzykulturowa · Współpraca i komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	
Opis scenariusza	Archina, 27-letnia hinduska będąca w 20. tygodniu ciąży zgłosiła się do specjalistycznej poradni diabetologiczno-położniczej celem optymalizacji leczenia cukrzycy w ciąży i edukacji diabetologicznej, w tym dietetycznej	
Efekty uczenia się	· Przybliżenie pojęć kultury i kompetencji kulturowej i ich rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań kulturowych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Skuteczna współpraca i komunikacja interdyscyplinarna	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentka pielęgniarstwa: 2 osoby · studentka położnictwa: 1 osoba · student dietetyki: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Do poradni zgłasza się 27-letnia hinduska będąca w II trymestrze ciąży z rozpoznaniem cukrzycy ciążowej (GDM). Celem wizyty jest optymalizacja leczenia cukrzycy i edukacja diabetologiczna	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studentów:** · efektywna komunikacja z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · gabinet specjalistycznej Poradni diabetologiczno-położniczej **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty** · biurko · dwa krzesła · telefon w sali · piktogramy dotyczące edukacji w cukrzycy **Sprzęt medyczny:** · ciśnieniomierz · stetoskop · termometr · glukometr · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Archina Sharma · Kobieta · Wiek: 27 lat · Wzrost: 168 cm · Waga: 54 kg · Rodzinny wywiad w kierunku cukrzycy typu II · Brak uczuleń
Diagnostyka wstępna i obrazowa	· I badanie stężenia glukozy na czczo: 130 mg/dl (badanie wykonane w 16. tygodniu ciąży) · II badanie stężenia glukozy na czczo 135 mg/dl (badanie wykonane w 18. tygodniu ciąży)
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · Gabinet w specjalistycznym ośrodku diabetologiczno-położniczym **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · skuteczna współpraca zespołu interdyscyplinarnego (efektywna komunikacja miedzy specjalistami opieki zdrowotnej: omówienie wspólnie wszystkich kwestii dotyczących planu opieki nad pacjentką) · zapewnienie tłumacza (np. personel pomocniczy) · omówienie kwestii dotyczących optymalizacji i edukacji pacjentki w zespole interdyscyplinarnym (położna, pielęgniarka edukacyjna oraz dietetyk) · umożliwienie kobiecie konsultacji z mężem w sprawach dotyczących planu opieki · uwzględnienie względów religijnych i obyczajowych w planowanej przez dietetyka diecie

Przebieg scenariusza	• efektywna komunikacja międzykulturowa: » zadawanie pytań otwartych celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat potrzeb i oczekiwań kobiety » przekazywanie informacji i zadawanie pytań – wolno i wyraźnie, w sposób jak najbardziej prosty i przejrzysty » wykorzystanie niewerbalnej metody komunikacji i używanie języka ciała z uwzględnieniem istotnej roli gestów w tej kulturze: - wykonywanie przez uczestników wszelkich czynności prawą ręką (niedotykanie lewą ręka pacjentki) - w celu zwrócenia uwagi na jakiś punkt lub przy omawianiu kwestii dotyczących planu opieki niewskazywanie palcem – używanie całej dłoni lub podbródka - wykorzystanie piktogramów - okazywanie uprzejmości przy przywitaniu się i pożegnaniu (półukłon ze złożonymi rękoma na wysokości serca i palcami wskazującymi do góry) » upewnienie się, że pacjentka i jej mąż rozumieją zalecenia i akceptują zaproponowany plan opieki Zakończenie prawdopodobne: • wadliwa współpraca zespołu interdyscyplinarnego • mało skuteczna komunikacja międzykulturowa Zakończenie negatywne: • brak współpracy między członkami zespołu interdyscyplinarnego w kwestii omówienia postępowania terapeutycznego względem pacjentki • nieskuteczna komunikacja międzykulturowa: » brak pytań otwartych celem uzyskania jak najwięcej informacji na temat potrzeb i oczekiwań pacjentki » przekazywanie informacji i zadawanie pytań szybko i niewyraźnie, w sposób mało przejrzysty, bez ilustracji wypowiedzi gestami lub dostępnymi przedmiotami (np. piktogramy) » brak weryfikacji zrozumienia zaleceń i akceptacji zaproponowanego planu leczenia
Koła ratunkowe	• Językiem ojczystym pacjentki i jej męża jest hindi, ale mówią i rozumieją po angielsku
Kłody pod nogi	• Pacjentka i jej mąż porozumiewają się w języku angielskim w stopniu słabym. Mają problem ze zrozumieniem specjalistycznych zwrotów medycznych

Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · komunikacja międzykulturowa · bariera językowa w komunikacji z pacjentem
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta ciąży,
- skierowanie do poradni,
- wyniki badań stężenia glukozy na czczo.

SCENARIUSZ NR 7

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia Hinduizm**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Słony lotos**	
Główny problem medyczny	Przyjęcie porodu siłami natury pacjentki pochodzenia indyjskiego – poród lotosowy	
Opis scenariusza	· Na sali porodowej przebywa pacjentka w trakcie porodu siłami natury. Rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy: pełne, sączy płyn owodniowy, czynność skurczowa macicy żywa, skurcz trwa 50 sekund w odstępach co 2 minuty · Czynność serca płodu FHR (+) w granicach 145–160 u/min · Poród przebiega bez powikłań	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących religii hinduizmu, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentki położnictwa: 3 osoby
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali porodowej opiekujesz się kobietą rodzącą, będącą w II okresie porodu. Położnica deklaruje przynależność do religii hinduskiej. Rodząca odziana jest w szaty zgodne z założeniami wiary. Zgłasza chęć porodu lotosowego. Rodząca rodzi w obecności męża. Parametry stanu ogólnego w normie.	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · efektywna komunikacja z pacjentką · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki odmiennej religijnie · stały monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala porodowa szpitala II stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta rodząca · kobieta ubrana w odzież zgodną z przynależnością wyznawanej wiary · łóżko porodowe **Sprzęt medyczny:** · obok łóżka: aparat kardiotokograficzny · kardiomonitor · telefon szpitalny w sali · aparat Ambu z maską dla osoby dorosłej · wąsy tlenowe/maska tlenowa · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy · zestaw do porodu (narzędzia, kortland, ubrania dla noworodka) · płyn do odkażania skóry i błon śluzowych · rękawiczki jałowe (2 pary) · gaziki, kompresy · źródło światła punktowego · parawan · poszwa, poduszka · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · fartuch, maska jednorazowa, okulary ochronne · płócienne podkłady/ pielucha tetrowa · sito medyczne · głębokie naczynie · roztwór soli fizjologicznej
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Kanak Sharma · Kobieta rodząca: II okres porodu (poród bez powikłań) · Wiek: 28 lat · Wzrost: 150 cm · Waga: 69 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 115/75 mmHg · Tętno: 76 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,2°C

Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	• Skóra: różowa • Świadomość: pacjentka przytomna • RR: 110/75 mmHg • Tętno: 100 u/min • SpO2: 98% • Liczba oddechów: 22/min • Temperatura ciała: 36,8°C Następuje poród siłami natury w pozycji leżącej na wznak na łóżku porodowym Pacjentka rodzi w szatach zgodnych z przynależnością religijną Po narodzeniu dziecka jego ojciec inicjuje pierwszy obrzęd religijny – dżatakarman – wypowiada do uszka słowa specjalnej mantry – prośbę o długie życie i mądrość, następnie dotyka czoła dziecka Przystawia się noworodka do piersi celem przyspieszenia odklejania się łożyska Po urodzeniu łożyska wkłada się je do misy, delikatnie obmywa ciepłą wodą, usuwa skrzepy krwi i lekko osusza. Łożysko umieszcza się na sicie wysłanym pieluchą tetrową, następnie umieszcza się łożysko w głębokim naczyniu wypełnionym roztworem soli fizjologicznej
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** • sala porodowa **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: • efektywne podjęcie działań zgodnych z obowiązującym Standardem Opieki Okołoporodowej w Polsce, uwzględniając życzenia pacjentki i męża w kwestii realizacji porodu lotosowego • okazywanie cierpliwości i empatii w kontakcie z pacjentką • okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej religię hinduistyczną, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia • poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań Zakończenie prawdopodobne: • efektywna komunikacja z pacjentką • podejmowanie działań zmierzających do poinformowania lekarza dyżurnego o pacjentce odmiennej religijnie – w tym o odzieży, w której rodzi • brak wiedzy w zakresie porodu lotosowego • oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza

Przebieg scenariusza	Zakończenie negatywne: · brak wiedzy i umiejętności w przypadku sprawowania opieki nad pacjentką odmienną religijnie: » brak wiedzy w zakresie przyjęcia porodu lotosowego » mało efektywna komunikacja z pacjentką · brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo: » Zaprzeczanie/negowanie indywidualnych decyzji pacjentki odnośnie do zachowań podczas porodu
Koła ratunkowe	· Wejście lekarza, który wspiera rodzącą odmienną religijnie względem jej przekonań i zachowań
Kłody pod nogi	· Dominacja męża pacjentki na sali porodowej · Niechęć do badania wewnętrznego wykonywanego przez położną
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · rekomendowane postępowanie położnej w przypadku przyjmowania porodu u pacjentki odmiennej religijnie
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- karta ciąży,
- wcześniejsze zapisy KTG.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 8

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – hinduizm**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Cicha Edha**	
Główny problem medyczny	Rehabilitacja po przebyciu choroby Covid-19 (tzw. rehabilitacja postcovidowa)	
Opis scenariusza	Na sali ginekologicznej znajduje się pacjentka z rozpoznaniem HSIL (wg skali Bethesda), której towarzyszą powikłania po przebyciu choroby Covid-19 w formie: trudności z oddychaniem	
Efekty nauczania	• Przybliżenie pojęć dotyczących religii hinduistycznej, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej • Przybliżenie zasad wykonywania procedur medycznych, rehabilitacyjnych, fizjoterapeutycznych wobec powikłań po Covid-19 • Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie • Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii • Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** • technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** • studentka pielęgniarstwa: 1 osoba • fizjoterapeuta: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali ginekologicznej opiekujesz się pacjentką z rozpoznaniem wstępnym: HSIL – do dalszej diagnostyki. Pacjentka dwa miesiące wcześniej zachorowała na chorobę Covid-19. Do dnia dzisiejszego zmierza się z powikłaniami przebytej choroby. Towarzyszą jej dolegliwości, takie jak: • trudności z oddychaniem, • występowanie duszności, • problemy z głosem (podrażnienie strun głosowych i krtani), • trudności w przełykaniu pokarmów stałych i płynnych. Parametry stanu ogólnego w normie.	

Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · podjęcie działań na rzecz efektywnej komunikacji z pacjentką · przyjęcie profesjonalnej postawy względem wdrożonych metod fizjoterapeutycznych · nauka pozycji łagodzących duszność. · nauka technik oddychania · nauka podstawowych ćwiczeń zalecanych przez WHO · nauka postepowania w przypadku problemów z głosem oraz technik usprawniających trudności z przełykaniem pokarmów · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki deklarującej przynależność do religii hinduskiej · monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala ginekologiczna szpitala II stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta chora ginekologicznie, po przebytej 2 miesiące wcześniej chorobie Covid-19 **Sprzęt medyczny:** · łóżko szpitalne · rękawiczki jednorazowe · dostęp do źródła tlenu · maska tlenowa/wąsy · pulsoksymetr
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Edha Gupta · Kobieta chora ginekologicznie · Wiek: 50 lat · Wzrost: 155 cm · Waga: 74 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 125/80 mmHg · Tętno: 84 u/min · SpO2: 94% · Liczba oddechów: 24/min · Temperatura ciała: 36,6°C

Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	• Skóra: blada • Świadomość: pacjentka przytomna • RR: 125/80 mmHg • Tętno: 72 u/min • SpO2: 98% • Liczba oddechów: 16/min • Temperatura ciała: 36,8°C Wdrożenie ćwiczeń fizjoterapeutycznych nakierowanych na eliminację występujących powikłań po chorobie Covid-19
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** • Sala ginekologiczna **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: • efektywne podjęcie działań fizjoterapeutycznych • podjęcie wszelkich możliwych działań które mają na celu zainicjowanie i utrzymanie jak najlepszej komunikacji z pacjentką • okazywanie cierpliwości i empatii, a przede wszystkim wsparcia w kontakcie z pacjentką chorą ginekologicznie, obarczoną powikłaniami układu oddechowego po przebyciu Covid-19 • okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej przynależność do religii hinduskiej, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia oraz życia dziecka • poszanowanie potrzeb religijnych pacjentki • poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań Zakończenie prawdopodobne: • efektywna komunikacja z pacjentką • podejmowanie działań fizjoterapeutycznych zmierzających do eliminacji powikłań postcovidowych • brak merytorycznej wiedzy i umiejętności względem usprawnienia układu oddechowego • oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza Zakończenie negatywne: • brak wiedzy i umiejętności w przypadku usprawnienia układu oddechowego pacjentki po przebyciu Covid-19: » mało efektywna komunikacja z pacjentką » bierność w postawie fizjoterapeuty • brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo: » zaprzeczanie/negowanie indywidualnych reakcji pacjentki

Koła ratunkowe	· Wejście pielęgniarki, która nawiązuje kontakt z pacjentką, udziela wsparcia, zachęca do podjęcia aktywności ruchowej
Kłody pod nogi	· Brak współpracy pacjentki z personelem medycznym, brak chęci do podjęcia komunikacji · Niechęć do naśladowania ćwiczeń czy wykonywania poleceń fizjoterapeuty · Brak wiary w sens rehabilitacji oddechowej
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · rekomendowane postępowanie fizjoterapeutyczne w przypadku chorej ginekologicznie z wyraźnymi powikłaniami choroby postcovidowej
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- dokumentacja lekarska – internistyczna.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 9

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia islam**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Siła macierzyństwa**	
Główny problem medyczny	Przyjęcie porodu siłami natury pacjentki wyznającej islam	
Opis scenariusza	Na sali porodowej przebywa pacjentka w trakcie porodu siłami natury. Rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy – pełne, sączy płyn owodniowy, czynność skurczowa macicy żywa, skurcz trwa 50 sekund w odstępach co 2 minuty. Czynność serca płodu FHR (+) w granicach 140–150 u/min. Poród przebiega bez powikłań.	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących islamu, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentka położnictwa: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali porodowej opiekujesz się kobietą rodzącą, będącą w II okresie porodu. Położnica deklaruje przynależność do religii islamskiej. Rodząca odziana jest w szaty zgodne z założeniami wiary. Parametry stanu ogólnego w normie.	
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · efektywna komunikacja z pacjentką · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki odmiennej religijnie · stały monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala porodowa szpitala II stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta rodząca · kobieta ubrana w odzież zgodną z przynależnością wyznawanej wiary · łóżko porodowe **Sprzęt medyczny:** · obok łóżka: aparat kardiotokograficzny · kardiomonitor · telefon szpitalny w sali · aparat Ambu z maską dla osoby dorosłej · wąsy tlenowe/maska tlenowa · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy · zestaw do porodu (narzędzia, kortland, ubrania dla noworodka) · płyn do odkażania skóry i błon śluzowych · rękawiczki jałowe (2 pary) · gaziki, kompresy · źródło światła punktowego · parawan · poszwa, poduszka · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · fartuch, maska jednorazowa, okulary ochronne
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Karima Haddad · Kobieta rodząca: II okres porodu (poród bez powikłań) · Wiek: 31 lat · Wzrost: 170 cm · Waga: 66 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 110/75 mmHg · Tętno: 84 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,5°C

Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	• Skóra: różowa • Świadomość: pacjentka przytomna • RR: 110/75 mmHg • Tętno: 100 u/min • SpO2: 98% • Liczba oddechów: 22/min • Temperatura ciała: 36,8°C Następuje poród siłami natury w pozycji kucznej przy wykorzystaniu udogodnień sali porodowej w postaci krzesełka porodowego. Pacjentka rodzi w szatach zgodnych z przynależnością religijną.
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** • sala porodowa **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: • efektywne podjęcie działań zgodnych z obowiązującym Standardem Opieki Okołoporodowej w Polsce • okazywanie cierpliwości i empatii w kontakcie z pacjentką • okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej religię islamską, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia • poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań Zakończenie prawdopodobne: • efektywna komunikacja z pacjentką • podejmowanie działań zmierzających do poinformowania lekarza dyżurnego o pacjentce odmiennej religijnie – w tym o odzieży, w której rodzi • oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza
Przebieg scenariusza	Zakończenie negatywne: • brak wiedzy i umiejętności w przypadku sprawowania opieki nad pacjentką odmienną religijnie: » mało efektywna komunikacja z pacjentką • brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo: » zaprzeczanie/negowanie indywidualnych decyzji pacjentki odnośnie do zachowań podczas porodu
Koła ratunkowe	• Wejście lekarza, który wspiera rodzącą odmienną religijnie względem jej przekonań i zachowań

Kłody pod nogi	· Zawstydzenie pacjentki przed położną przyjmującą poród – nagminne zakrywanie części intymnych ciała · Niechęć do badania wewnętrznego przez położną
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej, · rekomendowane postępowanie położnej w przypadku przyjmowania porodu u pacjentki odmiennej religijnie
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- karta ciąży,
- wcześniejsze zapisy KTG.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 10

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia islam**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Głaz**	
Główny problem medyczny	Uruchamianie położnicy w „0" dobie po cięciu cesarskim	
Opis scenariusza	Na sali położniczej znajduje się położnica w „0" dobie po cięciu cesarskim (cięcie planowe)	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących religii islamskiej, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Przybliżenie zasad wykonywania procedur medycznych na sali położniczej względem pacjentki w „0" dobie po cięciu cesarskim · Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentka położnictwa: 1 osoba · fizjoterapeuta: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali położniczej opiekujesz się położnicą w „0" dobie po cięciu cesarskim. Pacjentka podejmowała próby uruchomienia z położną – bez skutku. Zgłasza silne dolegliwości bólowe oraz strach przed upadkiem i nadmiernym ruchem ciała. Zlecona została konsultacja fizjoterapeutyczna. · Parametry stanu ogólnego w normie · Parametry stanu położniczego: » wysokość dna macicy: jeden poprzeczny palec nad pępkiem » macica twarda, kulista o dobrze wyczuwalnych brzegach » odchody z dróg rodnych krwiste w ilości miernej » opatrunek na ranie pooperacyjnej czysty i suchy	

Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · podjęcie działań na rzecz efektywnej komunikacji z położnicą · przyjęcie profesjonalnej postawy względem przyjmowania pozycji siedzącej na łóżku; pionizacji ciała; poruszania się · wdrożenie ćwiczeń przeciwobrzękowych i przeciwzakrzepowych · nauka kaszlania, kichania, wypróżniania się · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki deklarującej przynależność do religii islamskiej · monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala położnicza szpitala II stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta: położnica, „0" doba po cięciu cesarskim **Sprzęt medyczny:** · łóżko położnicze · rękawiczki jednorazowe · dostęp do źródła tlenu · maska tlenowa/wąsy
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Abu Rahid · Położnica w „0" dobie po cięciu cesarskim · Wiek: 30 lat · Wzrost: 165 cm · Waga: 58 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 110/80 mmHg · Tętno: 76 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,2°C
Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	· Skóra: blada · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 100/70 mmHg · Tętno: 72 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,8°C Przy profesjonalnym instruktażu fizjoterapeutycznym pacjentka podejmuje próbę uruchomienia

Przebieg scenariusza	**Miejsce:** • sala położnicza **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: • efektywne podjęcie działań fizjoterapeutycznych celem uruchomienia położnicy • podjęcie wszelkich możliwych działań, które mają na celu zainicjowanie i utrzymanie jak najlepszej komunikacji z pacjentką • okazywanie cierpliwości i empatii, a przede wszystkim wsparcia w kontakcie z położnicą, której towarzyszy wiele obaw związanych z pionizacją, wypróżnianiem się • okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej przynależność do religii islamskiej, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia oraz życia dziecka • poszanowanie potrzeb religijnych pacjentki • poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań Zakończenie prawdopodobne: • efektywna komunikacja z pacjentką • podejmowanie działań zmierzających do uruchomienia pacjentki • brak merytorycznej wiedzy w zakresie wdrożenia ćwiczeń u położnicy w „0" dobie • oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza Zakończenie negatywne: • brak wiedzy i umiejętności w przypadku sprawowania opieki nad pacjentką odmienną wyznaniowo: » brak wiedzy w zakresie wdrożenia ćwiczeń u położnicy w „0" dobie » mało efektywna komunikacja z pacjentką, bierność w postawie położnej • brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo: » zaprzeczanie/negowanie indywidualnych reakcji pacjentki
Koła ratunkowe	• Wejście położnej, która nawiązuje kontakt z pacjentką, udziela wsparcia, zachęca do podjęcia aktywności ruchowej
Kłody pod nogi	• Brak współpracy pacjentki z personelem medycznym, brak chęci do podjęcia komunikacji • Niechęć do naśladowania ćwiczeń czy wykonywania poleceń fizjoterapeuty

Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · rekomendowane postępowanie fizjoterapeutyczne w przypadku położnicy w „0" dobie po cięciu cesarskim i pacjentki odmiennej religijnie/wyznaniowo
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- dokumentacja lekarska położnicza.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 11

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia chrześcijańska, wyznanie katolickie**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Tak cicho, tak smutno**	
Główny problem medyczny	· Płód z rozpoznanym wielowadziem, wadami letalnymi płodu · Przyjęcie porodu drogami natury u pacjentki wyznania katolickiego	
Opis scenariusza	Na sali porodowej przebywa pacjentka w 24 hbd. Czynność skurczowa inicjowana przez wchłaniającą się kroplówkę naskurczową z 0,9% NaCl oraz 10 j.m. Oxytocyny i.v. Rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy na 7 cm, regularna czynność skurczowa macicy.	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących wyznania katolickiego, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Przybliżenie zasad wykonywania procedur medycznych na sali porodowej względem prowadzenia i przyjmowania porodu płodu z rozpoznanym wielowadziem · Zrozumienia przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentki położnictwa: 2 osoby · lekarz: 1 osoba
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali porodowej opiekujesz się kobietą rodzącą płód w 24 hbd. Podczas wykonywania badań prenatalnych (w tym diagnostyki genetycznej) stwierdzono wielowadzie u płodu, wady letalne. Skierowano pacjentkę na zabieg terminacji płodu. Położnica deklaruje przynależność do wyznania katolickiego. Pacjentka z niepełnosprawnością słuchu. Rodząca rodzi drogami natury martwy płód. Nie towarzyszy jej nikt bliski. Rozwarcie ujścia	

Informacje wstępne dla uczestników	wewnętrznego szyjki macicy na 7 cm, sączy czysty płyn owodniowy, czynność skurczowa macicy żywa, skurcz trwa 40 sekund w odstępach co 2 minuty. Wchłania się kroplówka naskurczowa z 0,9% NaCl oraz 10 j.m. Oxytocyny i.v. Parametry stanu ogólnego w normie.
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · podjęcie działań na rzecz efektywnej komunikacji z pacjentką rodzącą płód z wadami letalnymi · przyjęcie profesjonalnej postawy względem prowadzenia i przyjęcia porodu płodu obarczonego wadami letalnymi · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki o wyznaniu katolickim · stały monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala porodowa szpitala III stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta rodząca · łóżko porodowe **Sprzęt medyczny:** · obok łóżka: aparat kardiotokograficzny · kardiomonitor · telefon szpitalny w sali · aparat Ambu z maską dla osoby dorosłej · wąsy tlenowe/maska tlenowa · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy · zestaw do porodu (narzędzia, kortland) · płyn do odkażania skóry i błon śluzowych · rękawiczki jałowe (2 pary) · gaziki, kompresy · źródło światła punktowego · parawan · poszwa, poduszka · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · fartuch, maska jednorazowa, okulary ochronne · płócienne podkłady/pielucha tetrowa · woda święcona

Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Maria Mackiewicz · Kobieta rodząca: I okres porodu, 24 hbd., FHR (+) · Wiek: 40 lat · Wzrost: 160 cm · Waga: 58 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 120/75 mmHg · Tętno: 76 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,2°C
Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	· Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 110/75 mmHg · Tętno: 100 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 22/min · Temperatura ciała: 36,8°C Następuje poród drogami natury w pozycji leżącej na wznak na łóżku porodowym. Płód rodzi się w wyraźnymi oznakami życia. Na życzenie pacjentki położna udziela sakramentu chrztu i nadaje wcześniej ustalone imię zgodne z płcią dziecka.
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · Sala porodowa **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · efektywne podjęcie działań zgodnych z obowiązującym Standardem Opieki Okołoporodowej w Polsce · podjęcie wszelkich możliwych działań, które mają na celu zainicjowanie i utrzymanie jak najlepszej komunikacji z pacjentką · okazywanie cierpliwości i empatii, a przede wszystkim wsparcia w kontakcie z pacjentką, która rodzi płód obarczony wielowadziem · okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej wyznanie katolickie, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia oraz życia dziecka · poszanowanie potrzeb religijnych pacjentki względem wiary, sakramentu chrztu

Przebieg scenariusza	• poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań
	Zakończenie prawdopodobne:
	• efektywna komunikacja z pacjentką.
	• podejmowanie działań zmierzających do poinformowania lekarza dyżurnego o pacjentce odmiennej wyznaniowo.
	• brak wiedzy w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu płodu obarczonego wadami letalnymi.
	• oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza.
	Zakończenie negatywne:
	• brak wiedzy i umiejętności w przypadku sprawowania opieki nad pacjentką odmienną wyznaniowo:
	  • brak wiedzy w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu płodu obarczonego wadami letalnymi,
	  • mało efektywna komunikacja z pacjentką, bierność w postawie położnej.
	• brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo:
	  • zaprzeczanie/negowanie indywidualnych decyzji pacjentki odnośnie do zachowań podczas porodu.

Koła ratunkowe	• Wejście położnej, która nawiązuje kontakt z pacjentką, udziela wsparcia, kieruje się empatią
Kłody pod nogi	• Brak współpracy pacjentki z personelem medycznym, brak chęci do podjęcia komunikacji • Niechęć do badania wewnętrznego wykonywanego przez położną
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** • znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej • rekomendowane postępowanie położnej w przypadku przyjmowania porodu u pacjentki odmiennej religijnie/wyznaniowo • zasady prowadzenia i przyjmowania porodu płodów obarczonych wadami letalnymi • metody współpracy z pacjentką rodzącą płód z rozpoznanym wielowadziem

Dodatkowa informacja:

Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- karta ciąży,
- dokumentacja lekarska położnicza,
- dokumentacja diagnozy genetycznej.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 12

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Czerwono mi**	
Główny problem medyczny	Wystąpienie krwotoku poporodowego u pacjentki deklarującej przynależność do Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy	
Opis scenariusza	Na sali porodowej przebywa pacjentka po porodzie siłami natury. Poród nastąpił 10 minut wcześniej – z uwagi na zaburzenia oddychania u noworodka został on przekazany na oddział noworodkowy. Pacjentka zgłasza wyraźne odczuwanie ciepła w kroczu.	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących religii Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studenci położnictwa: 2 osoby
Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali porodowej opiekujesz się kobietą tuż po porodzie siłami natury. Krocze bez obrażeń. Noworodek z uwagi na zaburzenia oddychania został przekazany na oddział noworodkowy i nie bierze udziału w sytuacji symulacyjnej. Położnica już przy przyjęciu do szpitala i na salę porodową zadeklarowała przynależność do Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy; nie życzy sobie przetaczania krwi, preparatów krwiopochodnych i krwiozastępczych. Pacjentka złożyła także pisemną odmowę zgody na przetoczenie krwi, formularz ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz plan opieki w formie osobistego dokumentu: „Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej". Parametry stanu ogólnego w normie, parametry stanu położniczego także w normie.	

Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · efektywna komunikacja z pacjentką · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku rozpoznania krwotoku poporodowego: 1. wezwanie pomocy 2. wykonanie rękoczynu Credego na mięsień macicy 3. podaż leków: · podaż 5 j.m. Oxytocyny i.v + 0,9%NaCl (bolus) · podaż 1 amp. Metherginy i. v. + 0,9%NaCl (bolus) · podaż 1 amp. Pabal i.v. · podaż 0,9% NaCl 500 ml i.v. 4. stały monitoring parametrów życiowych 5. utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej.
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala porodowa szpitala III stopnia referencyjności **Symulator:** · kobieta tuż po porodzie siłami natury · wkładka z ligniny na kroczu · założone wkłucie dożylne typu wenflon na lewej kończynie górnej **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · łóżko porodowe **Sprzęt medyczny:** · obok łóżka: aparat kardiotokograficzny · kardiomonitor · telefon szpitalny w sali · aparat Ambu z maską dla osoby dorosłej · wąsy tlenowe/ maska tlenowa · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy · zestaw do kontroli krocza, pochwy i szyjki macicy po porodzie (w jałowej serwecie: płócienny lub jednorazowy jałowy podkład pod pośladki, wziernik, kulociągi, maczak, penseta anatomiczna lub chirurgiczna, gaziki jałowe) · płyn do odkażania skóry i błon śluzowych · rękawiczki jałowe (2 pary) · gaziki, kompresy

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	· źródło światła punktowego · parawan · poszwa, poduszka · stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · fartuch, maska jednorazowa · leki: » Oxytocyna 2 amp » Metherginy 2 amp » Pabal 1 butelka » 0,9% NaCl 500 ml » małe jednorazowe ampułki 0,9% NaCl · igły 7, 8, 9, strzykawki 5/10/20 ml · wenflony różowe · okleiny na wenflony
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Anna Nowak · Kobieta po porodzie siłami natury (poród bez powikłań) · Wiek: 35 lat · Wzrost: 170 cm · Waga: 66 kg · Brak uczuleń · Skóra: blada · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 110/75 mmHg · Tętno: 84 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,5°C
Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	· Skóra: blada · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 75/55 mmHg · Tętno: 120 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 18/min · Temperatura ciała: 36,8°C Bardzo obfite krwawienie z dróg rodnych Dno macicy trudno wyczuwalne w badaniu palpacyjnym – macica atoniczna, miękka, o niewyczuwalnych brzegach

Przebieg scenariusza	**Miejsce:**
	· Sala porodowa
	Wersje scenariusza:
	Zakończenie pozytywne:
	· efektywne podjęcie działań zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników; wdrożenie rękoczynu Credego na mięsień macicy; wdrożenie farmakoterapii
	· okazywanie cierpliwości i empatii w kontakcie z pacjentką
	· okazywanie szacunku względem pacjentki przynależnej do Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia
	· poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań
	Zakończenie prawdopodobne:
	· efektywna komunikacja z pacjentką
	· podejmowanie działań zmierzających do poinformowania lekarza dyżurnego o wystąpieniu nagłej sytuacji położniczej
	· oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza
	Zakończenie negatywne:
	· brak wiedzy i umiejętności w przypadku nagłej sytuacji okołoporodowej, jaką jest krwotok poporodowy:
	  · mało efektywna komunikacja z pacjentką
	· brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo:
	  · zaprzeczanie/negowanie indywidualnych decyzji pacjentki odnośnie do przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych/krwiozastępczych

Koła ratunkowe	· Wejście położnej, która deklaruje osobistą przynależność do Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy, wspiera położnicę
Kłody pod nogi	· Początkowo głośne i wyraźne wzburzenie pacjentki dotyczące zakazu przetaczania krwi, preparatów krwiopochodnych i krwiozastępczych · Zdenerwowanie pacjentki z powodu zagrażającego życiu stanu zdrowia · Zadawanie wielu pytań – każdorazowo – o podawane drogą dożylną leki · Całkowity brak kontaktu z lekarzem położnikiem (w tym niemożliwy kontakt telefoniczny): przeprowadzana w trybie nagłym, zespołowa, lekarska operacja ratująca życie w oddzielnym bloku operacyjnym

Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · rekomendowane postępowanie położnej w przypadku wystąpienia sytuacji nagłej: krwotok poporodowy
Dodatkowa informacja: Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.	

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- odmowa zgody na przetoczenie krwi,
- formularz ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz plan opieki w formie osobistego dokumentu: „Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej".

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

SCENARIUSZ NR 13

TEMAT: **Kompetencje wyznaniowe w opiece zdrowotnej – religia chrześcijańska, wyznanie prawosławne**

NUMER PROJEKTU: KA203 nr 2019-1-PL01-KA203-065205

TYTUŁ PROJEKTU: Interdyscyplinarność, wielokulturowość i sytuacje niestandardowe – wykorzystanie symulacji medycznej jako narzędzia edukacyjnego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

OPRACOWAŁ: Zespół UO

Nazwa scenariusza	**Oczy szeroko otwarte**	
Główny problem medyczny	Przyjęcie porodu martwego płodu drogami natury u pacjentki z niepełnosprawnością słuchu. Pacjentka wyznania prawosławnego	
Opis scenariusza	Na sali porodowej przebywa pacjentka w trakcie porodu drogami natury. Rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy – pełne, sączy zielony płyn owodniowy, czynność skurczowa macicy żywa, skurcz trwa 60 sekund w odstępach co 2 minuty. Wchłania się kroplówka naskurczowa z 0,9% NaCl oraz 5 j.m. Oxytocyny i.v. Czynność serca płodu FHR (-)	
Efekty nauczania	· Przybliżenie pojęć dotyczących wyznania prawosławnego, kompetencji oraz rozumienia w kontekście opieki medycznej · Przybliżenie zasad wykonywania procedur medycznych na sali porodowej względem pacjentki z niepełnosprawnością słuchu · Przybliżenie zasad procedur medycznych wykonywanych wobec pacjentki rodzącej martwy, donoszony płód · Zrozumienie przekonań religijnych i wartości innych osób w oparciu o refleksyjne myślenie · Pozytywne nastawienie do innych kultur i religii · Rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej	
Osoby uczestniczące w scenariuszu	**Personel CSM:** · technik, instruktor	**Grupa docelowa – szkoleni:** · studentki położnictwa: 2 osoby · lekarz: 1 osoba

Informacje wstępne dla uczestników	**Sytuacja:** Na sali porodowej opiekujesz się kobietą rodzącą martwy płód, będącą w II okresie porodu. 40 hbd., FHR (-). Położnica deklaruje przynależność do wyznania prawosławnego. Pacjentka z niepełnosprawnością słuchu. Rodząca rodzi drogami natury martwy płód. Nie towarzyszy jej nikt bliski. Rozwarcie ujścia wewnętrznego szyjki macicy – pełne, sączy zielony płyn owodniowy, czynność skurczowa macicy żywa, skurcz trwa 60 sekund w odstępach co 2 minuty. Wchłania się kroplówka naskurczowa z 0,9% NaCl oraz 5 j.m. Oxytocyny i.v. Parametry stanu ogólnego w normie.
Wprowadzenie dla instruktora (istotne elementy, postępowanie, zadania)	**Cele dla studenta:** · podjęcie działań na rzecz efektywnej komunikacji z pacjentką z niepełnosprawnością słuchu · przyjęcie profesjonalnej postawy względem prowadzenia i przyjęcia porodu płodu martwego · znajomość i wdrożenie zasad postępowania w przypadku pacjentki odmiennej religijnie · stały monitoring parametrów życiowych · utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką · rozwijanie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej
Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	**Miejsce:** · sala porodowa szpitala II stopnia referencyjności **Ubrania, rzeczy plus rekwizyty:** · kobieta rodząca · łóżko porodowe **Sprzęt medyczny:** · obok łóżka: aparat kardiotokograficzny · kardiomonitor · telefon szpitalny w sali · aparat Ambu z maską dla osoby dorosłej · wąsy tlenowe/maska tlenowa · źródło tlenu, powietrza i próżni · ciśnieniomierz · stetoskop · wózek zabiegowy · zestaw do porodu (narzędzia, kortland, ubrania dla noworodka) · płyn do odkażania skóry i błon śluzowych · rękawiczki jałowe (2 pary) · gaziki, kompresy · źródło światła punktowego · parawan · poszwa, poduszka

Informacje dla technika (wymagania sprzętowe, przygotowanie sali)	· stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk · fartuch, maska jednorazowa, okulary ochronne · płócienne podkłady/pielucha tetrowa
Charakterystyka wstępna pacjenta (płeć, wiek, historia choroby itd.)	· Imię i nazwisko: Zoja Iwanienko · Kobieta rodząca: II okres porodu, 40 hbd., FHR (-) · Wiek: 22 lata · Wzrost: 160 cm · Waga: 53 kg · Brak uczuleń · Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 115/75 mmHg · Tętno: 76 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 16/min · Temperatura ciała: 36,2°C
Charakterystyka pacjenta po 2 minutach od rozpoczęcia się scenariusza	· Skóra: różowa · Świadomość: pacjentka przytomna · RR: 110/75 mmHg · Tętno: 100 u/min · SpO2: 98% · Liczba oddechów: 22/min · Temperatura ciała: 36,8°C Następuje poród siłami natury w pozycji leżącej na wznak na łóżku porodowym
Przebieg scenariusza	**Miejsce:** · sala porodowa **Wersje scenariusza:** Zakończenie pozytywne: · efektywne podjęcie działań zgodnych z obowiązującym Standardem Opieki Okołoporodowej w Polsce · podjęcie wszelkich możliwych działań, które mają na celu zainicjowanie i utrzymanie jak najlepszej komunikacji z pacjentką · okazywanie cierpliwości i empatii, a przede wszystkim wsparcia w kontakcie z pacjentką, która rodzi martwy, donoszony płód · okazywanie szacunku względem pacjentki deklarującej wyznanie prawosławne, jej przekonań, wyznawanych wartości oraz indywidualnych decyzji obejmujących aspekt własnego zdrowia i życia · poszanowanie godności człowieka niezależnie od wyznania, rasy, indywidualnych przekonań

Przebieg scenariusza	Zakończenie prawdopodobne:
	· efektywna komunikacja z pacjentką
	· podejmowanie działań zmierzających do poinformowania lekarza dyżurnego o pacjentce odmiennej wyznaniowo
	· brak wiedzy w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu martwego płodu
	· oczekiwanie na kontakt ze strony lekarza
	Zakończenie negatywne:
	· brak wiedzy i umiejętności w przypadku sprawowania opieki nad pacjentką odmienną religijnie:
	  · brak wiedzy w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu martwego płodu
	  · mało efektywna komunikacja z pacjentką, bierność w postawie położnej
	· brak zrozumienia dla indywidualnych decyzji pacjentki, wyznawanych wartości; brak poszanowania godności pacjentki odmiennej religijnie/kulturowo:
	  · zaprzeczanie/negowanie indywidualnych decyzji pacjentki odnośnie do zachowań podczas porodu

Koła ratunkowe	· Wejście położnej koordynującej Blokiem Porodowym, która nawiązuje kontakt z pacjentką, udziela wsparcia, kieruje się empatią.
Kłody pod nogi	· Niechęć do utrzymywania kontaktu wzrokowego z położną dyżurującą · Niechęć do badania wewnętrznego wykonywanego przez położną
Kwestie do omówienia (podsumowanie po ćwiczeniu)	**Zagadnienia do omówienia:** · znaczenie rozwijania kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej · rekomendowane postępowanie położnej w przypadku przyjmowania porodu u pacjentki odmiennej religijnie/wyznaniowo · zasady prowadzenia i przyjmowania porodu martwego płodu · metody współpracy z pacjentką rodzącą martwy płód

Dodatkowa informacja:

Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi efektami uczenia się. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w efektach uczenia się i przebiegu scenariusza.

Dodatkowe informacje – dokumentacja medyczna:

- karta zleceń,
- karta ciąży,
- wcześniejsze zapisy KTG.

Po zarejestrowaniu treści scenariusza na nośniku audio-video nastąpi narracja, w której zawarte zostanie wyjaśnienie szczegółów scenariusza (zachowanie pacjentki/zachowanie personelu/podjęte działania medyczne).

5. Filmy instruktażowe

Filmy instruktażowe wykonane w warunkach symulacji medycznej z wykorzystaniem zjawiska wielokulturowości, interdyscyplinarności, sytuacji niestandardowych:

1. Poród lotosowy – hinduizm

2. Krwotok poporodowy – islam

3. Kobieta po operacji oka (oddział okulistyczny) – kultura chińska

4. Umierający (oddział intensywnej terapii) – kultura romska

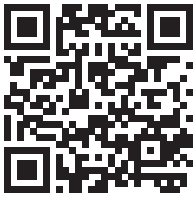
5. Kobieta po wypadku samochodowym (pogotowie ratunkowe) – islam

6. Nagły poród – kobieta z niepełnosprawnością wzroku na ulicy

7. Poród siłami natury

8. Kultura romska wobec nowo-narodzonego dziecka

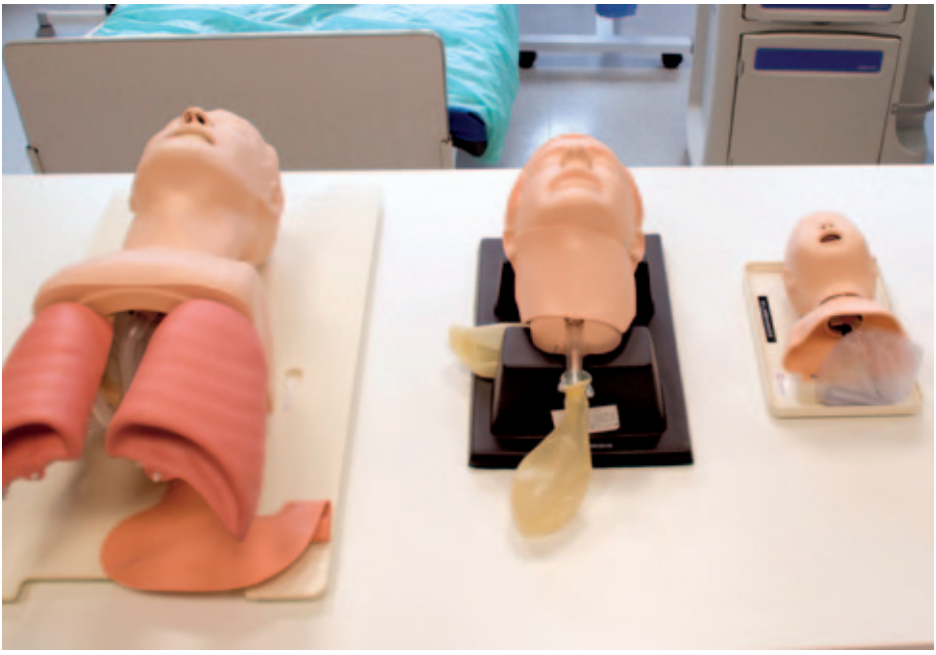
9. Narodziny w kulturze romskiej

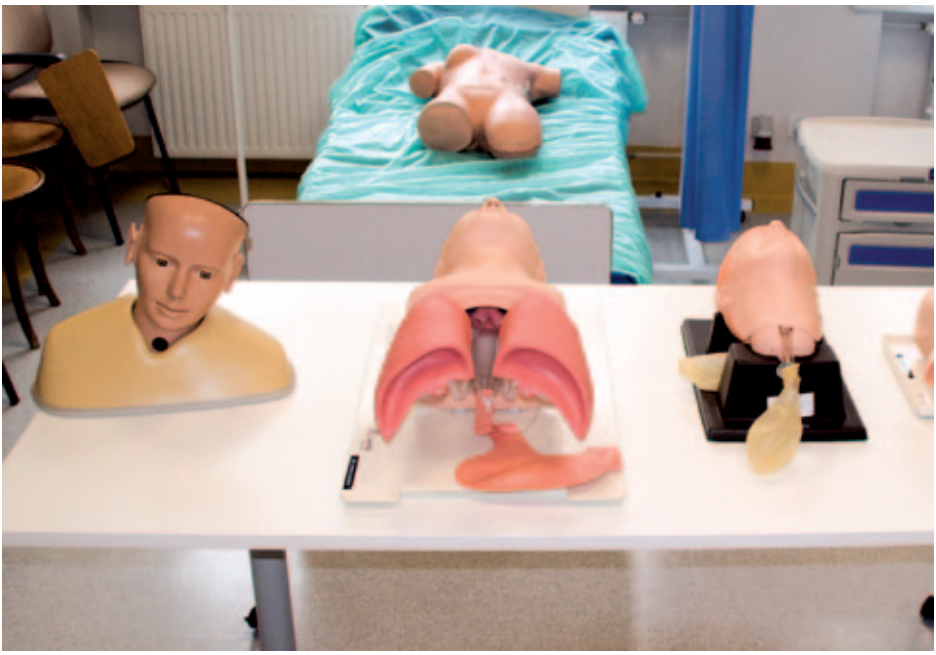


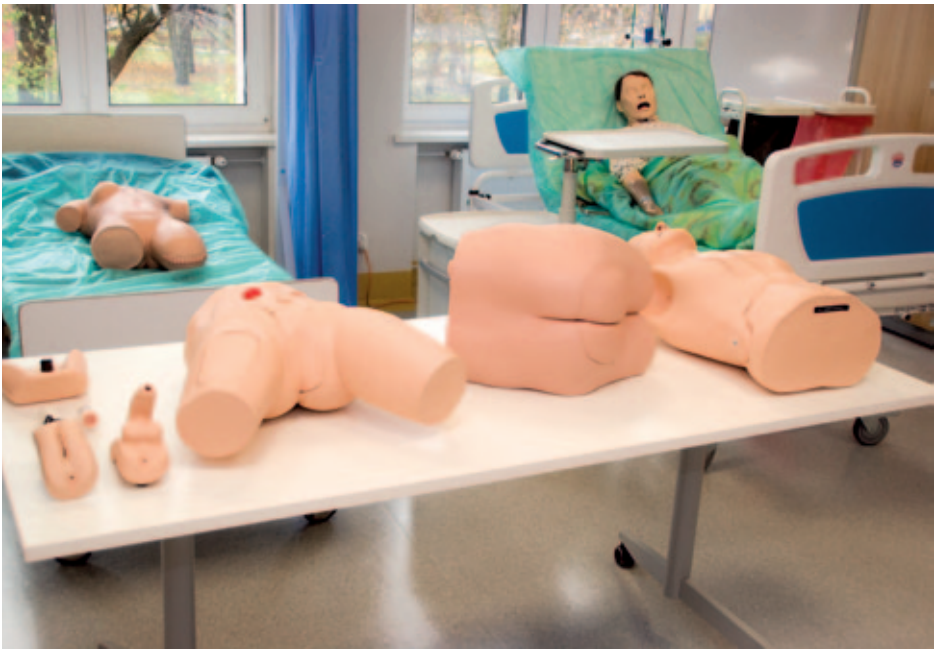
10. Pod wpływem narkotyków - interdyscy-plinarność i komunikacja

11. Języki świata a religia i kultura

6. Galeria Centrum Symulacji Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego







MEDIKAL
2000