

# Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie

Providing help to multicultural patients in the context of contemporary population migrations in Europe

Jerzy Kiszka<sup>1</sup>, Dorota Ozga<sup>1</sup>, Arkadiusz Mach<sup>2</sup>, Romuald Krajewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

<sup>2</sup>Koło Naukowe Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Jerzy Kiszka

Katedra Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

ul. Pigoń 6, 35-959 Rzeszów

tel. (17) 872 11 95

e-mail: jerzykiszka@gmail.com

## STRESZCZENIE

### UDZIELANIE POMOCY PACJENTOM ODMIENNYM KULTUROWO NA TLE WSPÓŁCZESNYCH MIGRACJI LUDNOŚCI W EUROPIE

**Wprowadzenie.** Migracja ludności do krajów Unii Europejskiej (UE) z terenów objętych konfliktami wojennymi znacznie wzrosła w ostatnich latach. Jak podaje Urząd do Spraw Cudzoziemców (UdSC) w Polsce przebywa 586 tys. cudzoziemców. Do Polski w 2015 roku przybyło 279 uchodźców z Syrii. Rozwój gospodarczy Polski sprawia, że liczba cudzoziemców osiedlających się lub przejeżdżających przez Polskę oraz korzystających z usług polskiej służby zdrowia stale wzrasta. Cudzoziemcy spoza Europy (największe grupy stanowią Wietnamczycy – 8,8 tys. i Chińczycy – 6,2 tys.) zostali wychowani w odmiennej kulturze, ale także osoby z krajów europejskich (największą grupę stanowią imigranci z Ukrainy – 513 tys.) mogą odmiennie od Polaków postrzegać zdrowie i choroby. Personel medyczny może napotkać trudności w udzielaniu pomocy medycznej oraz sprawowaniu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo. Wynikają one mogą z bariery językowej, braku wiedzy na temat różnic w oczekiwaniach pacjentów lub braku umiejętności w zakresie porozumiewania się z pacjentem. Efektem może być niewłaściwe udzielenie pomocy, naruszanie praw pacjentów oraz unikanie przez nich korzystania z usług medycznych.

**Cel pracy.** Przedstawienie procesu migracji ludności w krajach UE, analiza problemów pojawiających się podczas udzielania pomocy pacjentom odmiennym kulturowo oraz wskazanie możliwości rozwoju kompetencji kulturowych ratowników medycznych, pielęgniarek oraz lekarzy poprzez edukację w tym zakresie.

Słowa kluczowe:

personel służby zdrowia, kompetencje kulturowe, różnorodność kulturowa, migracja ludzi

## ABSTRACT

### PROVIDING HELP TO MULTICULTURAL PATIENTS IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY POPULATION MIGRATIONS IN EUROPE

**Introduction.** The population migration to the countries of the European Union (EU) of the conflict of war has grown substantially in recent years. According to the Office for Foreigners in Poland are staying 586 thousand foreigners. 279 refugees from Syria arrived in Poland in 2015. The economic development of Poland means that the number of foreigners settling in or crossing Poland and using the services of the Polish health service is constantly growing. Foreigners from outside Europe (the largest groups are Vietnamese – 8.8 thousand and Chinese – 6.2 thousand) were brought up in a different culture, but also people from European countries (the largest group are immigrants from Ukraine – 513 thousand) may differ from Poles perceive health and illness. Health Personnel may encounter difficulties in providing medical assistance and taking care of a culturally different patient. They may result from the language barrier, lack of knowledge about the differences in patients' expectations or lack of skills in communication with the patient. The result may be improper assistance, violation of patients' rights and avoiding the use of medical services.

**Aim.** Presentation of the migration of population in EU countries, analysis of problems arising during the provision of assistance to culturally different patients and an indication of the possibility of developing cultural competences of paramedics, nurses and doctors through education in this area.

Key words:

health personnel, cultural competence, cultural diversity, Human Migration

## WPROWADZENIE

W Europie głównymi przyczynami migracji ludności były i nadal pozostają konflikty wojenne, prześladowania, poszukiwanie lepszej pracy i lepszych warunków ekonomicznych. Jednym z powodów migracji są obecnie działania wojenne na Bliskim Wschodzie i w Afryce. Wymuszają one ucieczkę ludności w obawie utraty życia i schronienie się jej w obozach tymczasowych na terenie sąsiadujących państw lub dalej w krajach bardziej bezpiecznych. Ludność z uboższych krajów Europy, Bliskiego Wschodu, Afryki, przemieszcza się do państw bardziej zamożnych w celu zdobycia dobrze płatnej pracy, lepszych warunków życia lub uzyskania świadczeń socjalnych od państwa przyjmującego. Ocenia się, że w latach 2012-2016 mamy do czynienia z największą migracją ludności od czasów II wojny światowej. Stanowi ona wyzwanie dla całej Europy. Znaczny napływ migrantów oraz uchodźców ujawnił także potrzebę podejmowania działań umożliwiających przyjmowanie i asymilację licznych migrantów, co obejmuje także znajomość i uwzględnianie aspektów kulturowych.

Od kilku lat Polska jest liderem przemian i dynamicznie rozwijającym się krajem regionu Europy Środkowej i Wschodniej przez co stała się krajem bardzo atrakcyjnym dla mieszkańców uboższych państw. Po wejściu Polski do UE w 2004 roku i migracji Polaków w poszukiwaniu pracy w krajach UE stworzyła się przestrzeń na polskim rynku pracy i popyt na pracę cudzoziemców. Dodatkowo, wzrost atrakcyjności Polski w ocenie obcokrajowców sprawia, że chętniej wybierają oni go jako miejsce nauki, zatrudnienia oraz przyszłego osiedlenia się [1]. Polska będzie stopniowo przeobrażała się ze społeczeństwa monokulturowego w wielokulturowe [2]. Rada Ministrów w dniu 22 września 2015 roku poparła decyzję Parlamentu Europejskiego w sprawie rozlokowania uchodźców w krajach UE. Do Polski miało trafić od 6,5 tys. do 6,8 tys. osób. Mieli być oni przyjmowani w małych grupach i weryfikowani ze względu na bezpieczeństwo oraz oddzielenie uchodźców od migrantów ekonomicznych. W większości byłiby to obywatele Syrii i Erytrei przebywający w obozach dla uchodźców na terenie Włoch i Grecji [3]. Od czerwca 2017 roku obywatele Ukrainy mogą wjeżdżać do Polski bez wiz i przebywać nie dłużej niż 90 dni w ciągu każdego 180-dniowego okresu. Zwiększa to również liczbę obcokrajowców przebywających na terenie naszego kraju. Rozbudowa autostrad i ruch tranzytowy przez nasz kraj sprawia, że coraz więcej ludzi pochodzących z odmiennych kultur porusza się po drogach środkami transportu. Wiąże się to z kolei ze zwiększeniem liczby wypadków w których uczestniczą osoby nie znające języka polskiego oraz kontaktów z pacjentami odmiennymi kulturowo przy udzielaniu pomocy przez ratowników w Polsce. Poszkodowani mogą odmawiać udzielenia pomocy pomimo doznanych obrażeń z uwagi na brak ubezpieczenia, które pokryłoby ewentualne dalsze leczenie w szpitalu. Personel medyczny z kolei podczas wykonywania czynności ratunkowych powinien działać jak najskuteczniej pomimo istnienia barier językowych i kulturowych w kontaktach z obcokrajowcami.

W latach 2008-2011 liczba migrantów ubiegających się o azyl na terenie Europy wynosiła średnio 205 tys. rocznie. Pochodzili oni głównie z Maroka, Turcji, Rosji i Algierii. Liczba ta wzrosła do 560 tys. migrantów w 2014 roku. Populacja urodzona poza UE, ale mieszkająca na jej terytorium wynosiła 33,6 milionów w 2014 roku (6,6 % ogółu ludności UE). Zamieszkiwała ona głównie Niemcy, Francję, Wielką Brytanię, Hiszpanię i Włochy. Turcja jest głównym krajem pochodzenia imigrantów w Niemczech, Austrii i Holandii. Maroko jest głównym krajem pochodzenia imigrantów w Hiszpanii, Francji i we Włoszech. Wybór kraju europejskiego przez migrantów w dużej mierze uzasadniony jest bliskością położenia geograficznego, powiązaniem historycznymi oraz brakiem barier językowych [4].

Grupa migrantów ubiegających się o azyl w 2015 roku zwiększyła się do ponad 1,2 miliona ludzi, którzy po raz pierwszy ubiegali się o schronienie w krajach UE. Sytuacja ta miała miejsce w wyniku konfliktu w Syrii i ogromnego napływu uchodźców do krajów sąsiadujących z Syrią, a w dalszej kolejności do krajów europejskich. Dane Eurostatu wskazują, że w 2015 roku najwięcej wniosków o azyl zostało złożonych w Niemczech (442 tys.), na Węgrzech (174 tys.) i w Szwecji (156 tys.). Główne kraje z których pochodzili uchodźcy to Syria, Afganistan, Irak i Kosowo. Europa nie zdołała całkowicie zintegrować migrantów międzynarodowych. Mają oni gorsze warunki mieszkaniowe, wyższy udział ubóstwa oraz wyłączenia ze społeczeństwa. Zarobki migrantów są znacznie niższe niż rdzennych mieszkańców. Poziom edukacji migrantów międzynarodowych i rdzennych mieszkańców jest podobny [4].

Migracja ludności w Europie nie pozostaje bez wpływu na działania władz w Polsce. W latach 2009-2012 nasze władze podjęły liczne inicjatywy legislacyjne oraz polityczne w zakresie migracji. Jednym z ważniejszych wydarzeń dotyczących polskiej polityki migracyjnej było przyjęcie dokumentu strategicznego o nazwie „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”. Ogólne przesłanie dokumentu głosiło, że Polska powinna być krajem bardziej otwartym dla imigrantów z umiejętnościami pożądanymi na polskim rynku pracy oraz nie stwarzających problemów integracyjnych. Według prawa, od obcokrajowców wymagane jest pozwolenie na pracę w Polsce. By ułatwić dostęp do rynku pracy imigrantom, w roku 2009 przyjęto poprawkę do ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, która w znacznym stopniu uprościła i skróciła proces otrzymywania pozwolenia na pracę przez imigrantów. Ponadto, poprawka gwarantowała cudzoziemcom wynagrodzenie porównywalne do wynagrodzenia polskich pracowników na podobnych stanowiskach [1].

Na terenie Polski w 2009 roku na pobyt tymczasowy, czyli powyżej trzech miesięcy, zarejestrowanych było 59 tys. imigrantów. Było to o 27% więcej niż w 2007 roku. Głównymi krajami pochodzenia tymczasowych imigrantów w 2009 r. była Ukraina (14,2 tys.), Białoruś (4,1 tys.), Niemcy (3,2 tys.), Federacja Rosyjska (2,6 tys.), Wietnam (2,5 tys.) i Armenia (1,5 tys.) [5]. Wzrastający napływ uchodźców z Bliskiego Wschodu i Północnej Afryki nie miał większego wpływu na sytuację w Polsce. Według

danych opublikowanych przez Polski UdSC, liczba osób szukających schronienia w granicach Polski pozostaje stosunkowo niezmienna (w latach 2009-2014 o ochronę międzynarodową aplikowało pomiędzy 6 tys. a 15 tys. osób). W 2015 roku większość uchodźców (6,1 tys. osób) pochodziła z Federacji Rosyjskiej (głównie Czeczeni), którzy stanowili 60% wszystkich ubiegających się o azyl. Pozostała grupa ok. 2 tys. osób pochodziła z Ukrainy, Gruzji i innych krajów byłego Związku Radzieckiego. W tym samym roku do Polski z Syrii przybyło 279 migrantów. W przypadku większości wniosków o azyl procedura rozpatrywania zostaje przerwana ze względu na nieobecność wnioskodawców w kraju po ich rejestracji na granicy. Liczba wniosków rozpatrzonych z wynikiem pozytywnym (wyłączając przerwane sprawy) jest bardzo niska. Jednakże, wnioski o azyl uchodźców z Syrii, Libii, Iraku i Palestyny są rozpatrywane w 100% pozytywnie. Wielu uchodźców wnioskujących o azyl traktuje Polskę jako kraj tranzytowy. Ryzyko pozostania bezdomnym i bezrobotnym, a także wyższe korzyści finansowe w krajach Europy Zachodniej sprawiają, że uchodźcy nie chcą osiedlać się w Polsce. Język polski także stwarza dużą barierę [6]. We wrześniu 2015 roku Polska zgodziła się na przeniesienie (z Grecji albo Włoch) lub przesiedlenie (spoza UE) około 6,5 tys. uchodźców z Syrii, Iraku i Erytrei. Nie trafili oni jednak do Polski w 2016 i 2017 roku, jak to było planowane wcześniej m.in. z powodu problemów z ustaleniem ich tożsamości.

Obecny stan struktury narodowo-etnicznej ludności w Polsce można opisać na podstawie deklaracji złożonych w ostatnim Narodowym Spisie Powszechnym z 2011 roku. Najbardziej liczna jest ludność o jednorodnej polskiej tożsamości narodowej obejmująca 36 522 tys., co stanowi 94,8% ogółu ludności Polski. Kolejne duże społeczności inne niż polskie to: śląska (847 tys.), kaszubska (233 tys.), niemiecka (148 tys.), ukraińska (51 tys.) i białoruska (47 tys.). Mniej liczne grupy mające swoją odmienną przynależność narodowo-etniczną przedstawiały się następująco: romska (17 tys.), rosyjska (13 tys.), amerykańska (12 tys.), łemkowska (11 tys.), angielska (10 tys.), włoska (9 tys.) oraz francuska, litewska i żydowska (po 8 tys.). Pozostałe zbiorowości identyfikujące się z innymi społecznościami narodowo-etnicznymi nie przekraczały 5 tys. osób. W spisie powszechnym z 2011 roku po raz pierwszy (od 1931 r.) poddano analizie strukturę wyznaniową Polaków. Większość mieszkańców naszego kraju (33 729 tys., prawie 88% ogółu ludności Polski) należy do obrządku łacińskiego Kościoła rzymskokatolickiego. Pozostałe wyznania liczą w sumie 493 tys. osób. Najliczniejsza w tej grupie społeczność wiernych Kościoła prawosławnego to ponad 156 tys. osób, wyznawcy Świadców Jehowy zrzeszają ponad 137 tys., wierni Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego liczą prawie 71 tys. osób oraz wyznawcy Kościoła greckokatolickiego zrzeszają ponad 33 tys. osób. Członkowie ponad 150 innych kościołów, związków wyznaniowych i ruchów religijnych, jak również wyznawcy różnego rodzaju prądów i nurtów religijnych stanowią 44,4 tys. mieszkańców Polski [7].

Nie ma dostępnych statystyk dotyczących leczenia cudzoziemców w Polsce. Nie są również znane koszty leczenia obcokrajowców nieubezpieczonych. Jedynie migranci starający się o status uchodźcy mają monitorowany dostęp do systemu ochrony zdrowia. Główne problemy zdrowotne tych migrantów wynikają ze złych warunków mieszkaniowych, bezdomności, niedożywienia, pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia oraz przeżyć z powodu opuszczenia swojego kraju np. z powodu wojny. Brak statystyk o liczbie cudzoziemców korzystających z usług medycznych powoduje również niemożność określenia ich potrzeb zdrowotnych [8,10].

### **Główne aspekty odmienności kulturowej, religijnej i obyczajowej**

Rozumienie choroby jako procesu patofizjologicznego jest zróżnicowane wśród pacjentów różnorodnych kulturowo. Zależy ono głównie od uwarunkowań kulturowych i środowiskowych cudzoziemca. Na rozumienie choroby mają wpływ jej przyczyna, symptomy, oczekiwana pomoc medyczna oraz w jaki sposób choroba oddziałuje na życie pacjenta. Stan endemiczny w niektórych populacjach jest uważany za normalny i nie jest postrzegany jako choroba. Na przykład glistnica u małych dzieci w wielu społecznościach jest uważana za stan normalny, niewymagający leczenia. Podobnie postrzegana jest malaria w niektórych częściach Afryki. Każdy musi raz w życiu na nią zachorować [10]. Niektóre choroby są związane z poglądami filozoficznymi oraz duchowymi danej kultury, kształtują one związek jednostki ze społecznością i otaczającym światem. Na przykład w Indiach, wierzenia w bóstwo i duchy, są rozumiane jako ważne wyznaczniki tego co w życiu się przytrafia, łącznie z chorobą i cierpieniem. Cierpienie fizyczne jest następstwem złych uczynków w obecnym i poprzednim życiu. Dlatego pacjenci, którzy wierzą że to bóstwo zesłało na nich chorobę wykazują się szybszym powrotem do zdrowia. Natomiast pacjenci, którzy uważają, że choroba jest następstwem ich słabego ciała, gorzej radzą sobie w kryzysowych sytuacjach zdrowotnych [11]. W kulturach wschodnich za chorą uważana jest osoba, która nie może wypełniać powierzonych jej ról społecznych. W związku z tym, kobieta uważana jest za zdrową dotąd, dopóki wykonuje wszystkie prace domowe oraz opiekuje się dziećmi – mimo, że ma objawy choroby. Otoczenie zaczyna ją postrzegać jaką chorą dopiero gdy przestanie wykonywać swoje obowiązki [12].

Religia i wierzenia kulturowe mają duży wpływ na podstawowe wartości zdrowotne. Wiele grup postrzega zdrowie i chorobę całościowo, czyli jest to stan, który integruje ciało i umysł, podczas gdy kultura zachodnia traktuje te sfery odrębnie. W kulturze arabskiej, na przykład, zdrowie może być postrzegane jako dar od Boga, choroba natomiast spowodowana jest przez zły urok, zarazki, niepokój w rodzinie, brak równowagi między ciepłem i zimnem. W kulturze chińskiej uważa się, że większość chorób także spowodowana jest brakiem równowagi między ciepłem i zimnem w ciele i otoczeniu [13].

Niektóre kultury uwarunkowują stan zdrowia i choroby od przynależności do grupy i jej wpływu na samopoczucie jednostki. Relacje rodzinne są bardzo silne wśród



Romów, kultury muzułmańskiej, chińskiej i latynoskiej. Członkowie rodziny zapewniają wsparcie emocjonalne oraz materialne, a także biorą czynny udział w podejmowaniu decyzji medycznych. Jest to odmienne podejście do kultury zachodniej, w której pacjent decyduje sam o sobie. Pracownicy służby zdrowia muszą być świadomi tego, że pacjent odmiennego pochodzenia może zwlekać z podjęciem ważnej decyzji medycznej czekając na opinię rodziny w tej kwestii. W kulturze muzułmańskiej kobieta jest całkowicie podporządkowana mężowi, to on decyduje jaki rodzaj badania może być wykonany i to on rozmawia z lekarzami. Kobieta ma prawo odpowiedzieć tylko wówczas gdy ma pozwolenie od męża [12]. W kulturze tej obyczaj zakazuje uścisku dłoni oraz innych kontaktów pośród odmiennych płci, a osoba udzielająca pomocy powinna być tej samej płci co pacjent. W hinduizmie, członkowie rodziny powinni być zaangażowani w opiekę oraz podejmowanie decyzji medycznych, rozmowa personelu medycznego powinna być prowadzona z ojcem lub mężem, kobiety nie mają prawa głosu. W kulturze latynoskiej rodzina chce ochronić chorego przed informacją o jego chorobie gdyż to może pogorszyć jego stan zdrowia, dlatego informacje o kondycji zdrowotnej pacjenta latynoskiego powinny być przekazywane osobie z rodziny. Podobnie w kulturze chińskiej, gdzie chory jest pasywny w procesie leczenia, decyzje podejmuje rodzina.

Ocena poszczególnych metod i zabiegów medycznych pod kątem moralnym jest także zróżnicowana kulturowo. Pacjenta należącego do społeczności żydowskiej oraz jego rodzinę należy zapytać o preferowane praktyki medyczne. Obca krew i produkty krwiopochodne są tutaj akceptowane. Świadkowie Jehowy natomiast wyrażają silny sprzeciw wobec transfuzji krwi i produktów krwiopochodnych. Sztuczne podtrzymywanie życia jest osobistym wyborem. Protestanci decydują indywidualnie o poddaniu się transfuzji krwi, szczepieniom, amputacjom czy przeszczepom organów. Wśród muzułmanów, buddystów oraz wyznawców hinduizmu nie ma restrykcji odnośnie transfuzji krwi, produktów krwiopochodnych, amputacji, transplantacji organów oraz biopsji [13].

Liczba cudzoziemców osiedlających się w Polsce oraz korzystających z usług polskiej służby zdrowia stale rośnie. Według danych UdSC Polska jest drugim najchętniej wybieranym przez obcokrajowców państwem w Unii Europejskiej. Więcej wiz i zezwoleń pobytowych dla migrantów wydała jedynie Wielka Brytania. Pracownicy służby zdrowia napotykają przeszkody kulturowe (religijne, obyczajowe, w sposobie rozumienia pojęcia zdrowia i choroby oraz postrzegania personelu medycznego o odmiennej płci) w udzielaniu pomocy medycznej oraz sprawowaniu opieki nad obcokrajowcami. Przyczyną tych problemów jest głównie bariera językowa oraz brak kompetencji kulturowych. Ponadto wiedza na temat sytuacji zdrowotnej i życiowej imigrantów jest niedostateczna. Obcokrajowcy z kolei charakteryzują się małą wiedzą o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz jego dostępności. Nieudokumentowani imigranci w Polsce mają dostęp do systemu opieki zdrowotnej za pełną odpłatnością. Jedynie w stanach nagłych lub w celu leczenia choroby zakaźnej dostęp ten jest bezpłatny

[14]. Obowiązują się oni zatem poniesienia kosztów leczenia oraz ewentualnej deportacji z powodu nieuregulowanego statusu pobytu. W związku z tym imigranci unikają kontaktu z placówkami systemu opieki zdrowotnej, odkładając wizytę do ostatniego momentu, co może powodować przyjęcie do szpitala w stanie zagrażającym życiu.

Badania potwierdzają także obecność uprzedzeń personelu medycznego wobec obcokrajowców. Osoby starające się o status uchodźcy odczuwają najczęściej dyskryminację i nieprzyjemne traktowanie ze strony personelu służby zdrowia [15]. Sposób postrzegania imigrantów w Polsce zależy od kraju ich pochodzenia oraz formy korzystania ze świadczeń medycznych. Obcokrajowcy starający się o status uchodźcy, korzystają ze świadczeń w ramach umów między placówkami służby zdrowia a UdSC. Mają oni rzadziej oferowany dostęp do specjalisty np. podczas nieskutecznego leczenia bólów brzucha przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Podczas porodu migrantki nie otrzymują znieczulenia. Współpraca z takimi osobami jest wyjątkowo trudna ze względu na bariery językowe, różnice kulturowe oraz roszczeniowy stosunek wobec służby zdrowia, więc zachowania o charakterze dyskryminacyjnym wobec tej grupy nie są rzadkie [7,14]. Poglądy na temat zdrowia i choroby określone przez kulturę oraz pochodzenie etniczne imigrantów przyczyniają się w ogromnej mierze do pojmowania własnego stanu zdrowia oraz instrukcji udzielanych przez personel medyczny. Problemy w relacjach między personelem medycznym a pacjentami o innym kraju pochodzenia są tym poważniejsze, im niższy jest poziom kompetencji kulturowych zarówno leczącego, jak i leczonego. Wszystkie te czynniki wpływają na relację z pacjentem odmiennego pochodzenia oraz podejmowane czynności medyczne.

Personel medyczny musi w swoim działaniu zawsze uwzględniać podstawową zasadę etyki obowiązującą wszystkie zawody medyczne. Mówi ona, że personel służby zdrowia powinien udzielać pomocy medycznej każdej osobie potrzebującej, bez względu na jej status społeczny, odmienność kulturową, etniczną czy wyznaniową.

### **Kompetencje kulturowe personelu służby zdrowia**

Różnica w pochodzeniu kulturowym i etnicznym jest często traktowana jako przeszkoda w komunikacji. Pochodzenie określa sposób działania, myślenia i odczuwania co sprawia, że komunikacja międzykulturowa jest trudniejsza niż między ludźmi tej samej kultury. Sama świadomość, że należy porozumieć się z osobą o odmiennej kulturze prowadzi do niepewności i niezrozumienia. Należy zatem wziąć pod uwagę to, że komunikacja międzykulturowa to przede wszystkim komunikacja interpersonalna, gdzie każdy człowiek jest indywidualnością, a nie przedstawicielem określonej kultury [16].

Bariera językowa uniemożliwia właściwe określenie przypadku chorobowego przez personel medyczny, opisanie historii choroby oraz przekazanie informacji związanych z dalszymi badaniami i diagnozą. Nawet jeżeli imigrant posługuje się językiem kraju pobytu w sytuacjach codziennych, może mieć trudności ze zrozumieniem słownictwa specjalistycznego. Również stosowanie

leków może być utrudnione ze względu na niedostawianie ulotki leku do umiejętności językowych obcokrajowca. Jednym z rozwiązań problemu z komunikacją jest zapewnienie profesjonalnych tłumaczy w placówkach medycznych lub wykorzystanie członków rodziny pacjenta cudzoziemca. Jednak obecność osób trzecich może zakłócić przekaz, dlatego o wiele bardziej efektywna wydaje się być usługa tłumaczeń świadczonych telefonicznie przez wyspecjalizowanych ekspertów [9]. Oprócz przekazywania informacji w języku ojczystym chorego, ważne jest także by personel służby zdrowia udzielający pomocy medycznej pacjentom obcego pochodzenia uzyskał wiedzę na temat ich kultury i religii by dostosować opiekę medyczną do ich potrzeb. Do tego konieczne jest skorzystanie z wiedzy osoby, która dobrze zna daną kulturę. Taką osobą jest pośrednik międzykulturowy. Pełni on nie tylko rolę tłumacza, ale pomaga także zinterpretować to co zostało powiedziane przez personel medyczny w kontekście sytuacji chorego [16].

Zdobywanie kompetencji kulturowych w udzielaniu pomocy medycznej pacjentowi, który przynależy do odmiennej grupy etnicznej lub narodowościowej wiąże się z pozyskiwaniem wiedzy na temat różnych kultur jak i umiejętności w zakresie komunikacji podczas postępowania z pacjentem odmiennym kulturowo. Kompetencje kulturowe, wyjaśniają złożoność kultury oraz podkreślają jej wpływ na postrzeganie choroby przez pacjenta oraz jego oczekiwania wobec personelu medycznego. Prace badawcze przeprowadzone w krajach gdzie występuje zjawisko wielokulturowości uzasadniają potrzebę edukacji w zakresie kompetencji kulturowych oraz wskazują właściwe podejście do pacjentów o odmiennej kulturze lub religii [17]. Służba zdrowia jak i placówki opieki zdrowotnej coraz częściej są zobowiązane do zapewnienia opieki medycznej zróżnicowanym grupom ludności. Osoby należące do mniejszości kulturowych oraz językowych mają gorszy dostęp do świadczeń i otrzymują opiekę o niższej jakości [18]. Dlatego idea kompetencji kulturowych zyskała uwagę przedstawicieli opieki zdrowotnej, specjalistów oraz nauczycieli jako strategia mająca na celu polepszenie stanu zdrowia populacji odmiennych kulturowo. Wdrażanie kompetencji kulturowych do systemów opieki zdrowotnej pozwala na zapewnienie właściwej opieki pacjentom o odmiennych wartościach, wierzeniach oraz zachowaniach, z uwzględnieniem spełnienia potrzeb socjalnych, kulturowych oraz językowych pacjenta. Idea kompetencji kulturowych stała się kluczową cechą w standardach oraz procesach akredytacyjnych dla wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Termin kompetencje kulturowe jest zdefiniowany jako zbiór jednolitych zachowań, postaw oraz zasad występujący w systemie zdrowotnym lub wśród specjalistów, który umożliwia efektywną pracę w sytuacjach międzykulturowych. „Kultura” odnosi się do zintegrowanych schematów ludzkich zachowań, które obejmują język, sposób myślenia, komunikację, działania, obyczaje, wierzenia, wartości oraz instytucje grup etnicznych, religijnych oraz socjalnych. „Kompetencja” oznacza posiadanie umiejętności efektywnego funkcjonowania jako jednostka lub organizacja w kontekście różnych wierzeń, zachowań

oraz potrzeb zgłaszanych przez odbiorców oraz ich społeczności [19]. Kultura może być zdefiniowana również jako zbiór elementów, które wpływają na każdą czynność fizyczną czy umysłową, która nie jest uwarunkowana biologiczne i jest wspólna dla różnych członków grupy społecznej. Kultura, ponad wszystko, oferuje pogląd na świat, czyli postrzeganie w jaki sposób świat jest zorganizowany i jak w tym świecie właściwie postępować. Jako przykład można przytoczyć pojęcia czystości i higieny, które są fundamentalne dla każdej kultury. Każda kultura klasyfikuje rzeczy jako czyste i nieczyste. Również kwestie związane ze zdrowiem, obrzędami, sposobami zapewniania opieki oraz ograniczeniami związanymi z metodami leczniczymi (np. transfuzja krwi, przeszczep organów, usuwanie ciąży) są uwarunkowane kulturowo. Często standardy kulturowe określające dbanie o zdrowie czy higienę odbiegają znacznie od standardów, według których personel medyczny jest kształcony. Każda grupa społeczna ustanawia swój własny system rozumienia opieki zdrowotnej, który opiera się na wiedzy o pochodzeniu danej choroby, jej przyczynach i sposobie leczenia. System ten jest ściśle związany z aspektami kulturowymi danej grupy społecznej [20].

Praktyka medyczna składa się z dwóch podstawowych elementów. Z jednej strony są to umiejętności i wiedza w zakresie fizjologii, farmakologii, chirurgii i innych zagadnień medycznych, a z drugiej strony są to umiejętności socjalne i kulturowe. Problemem współczesnej medycyny jest to, że działania personelu medycznego mają charakter przede wszystkim techniczny ponieważ od tego zależy ich skuteczność. Należy jednak pamiętać, że codzienne czynności medyczne są nie tylko procedurą czysto techniczną, ale także relacją społeczną. Jeżeli umiejętności medyczne pracowników służby zdrowia nie idą w parze z umiejętnościami międzykulturowymi i socjalnymi, pomoc medyczna udzielana pacjentom różnorodnym kulturowo będzie utrudniona, może powodować naruszanie praw pacjenta oraz być niewłaściwa. Brak świadomości kulturowej ma dwie przyczyny. Jedną jest niezwracanie uwagi na aspekty kulturowe w relacjach z pacjentami. Drugą jest przyjmowanie przez pracowników medycznych swojej kultury jako uniwersalnej i obowiązującej wszystkich.

### **Edukacja w zakresie kompetencji kulturowych**

Rozwój zawodowy, edukacja oraz szkolenia mające na celu zwiększenie kompetencji kulturowych pracowników medycznych powinny być planowane w oparciu o odpowiednie założenia. Należy przyjąć, że umiejętności oraz świadomość kulturowa pozwolą lepiej reagować na potrzeby zdrowotne osób z różnych społeczności, a to z kolei poprawi ich stan zdrowia. Edukacja personelu służby zdrowia w zakresie kompetencji kulturowych może przyczynić się do łatwiejszego poznania wiedzy pacjentów na temat ich stanu zdrowia, wyznań religijnych oraz ich oczekiwań w zakresie udzielania pomocy medycznej. Wpływnie ona na uwzględnienie kontekstu kulturowego pacjenta w udzielanej mu pomocy. Właściwie przeszkolony personel medyczny będzie dostosowywał swoje zachowania do oczekiwań i potrzeb odmiennego kulturowo pacjenta. Uszanuje

wyznawane wartości oraz preferencje pacjenta. Dzięki posiadaniu kompetencji kulturowych personel służby zdrowia może zapewnić pacjentowi efektywną komunikację i zrozumienie jego stanu zdrowia, poczucie szacunku dla jego odmiennej kultury, zwiększenie zadowolenia z udzielanej pomocy oraz poczucie bezpieczeństwa. Edukacja w zakresie wszystkich aspektów kulturowych, które mogą mieć wpływ na pomoc udzielaną pacjentom różnorodnym kulturowo jest niemożliwa. Jednakże w wielu odmiennych kulturach występują podobne wartości, jak autonomia i godność pacjenta, udział rodziny w podejmowaniu decyzji medycznych. Zamiast wchodzić w szczegółowe aspekty typowe dla danej kultury, bardziej praktycznym podejściem jest zbadanie i określenie różnych typów problemów, które mogą pojawić się w medycznej relacji międzykulturowej oraz nauczenie się właściwego postępowania w przypadku gdy któryś z tych problemów będzie miał miejsce [21].

By osiągnąć efektywną komunikację z cudzoziemcem potrzebującym pomocy lub opieki medycznej należy nawiązać z nim relację uwzględniającą jego uwarunkowania kulturowe i religijne. Tacy pacjenci wymagają poświęcenia więcej czasu na dowiedzenie się o ich przekonaniach i oczekiwaniach. W sytuacji gdy pochodzenie kulturowe czy poglądy religijne cudzoziemca nie są znane personelowi medycznemu udzielającemu pomocy, istotne jest zadanie kilku pytań w celu określenia tożsamości kulturowej migranta. Należy uwzględnić:

- poglądy kulturowe, religijne, duchowe oraz obyczajowe, które mogą mieć wpływ na rodzaj pomocy medycznej jaka ma być udzielona,
- osobę znaczącą (bliską), która będzie uczestniczyć w decydowaniu o podejmowanych czynnościach medycznych,
- osobę, której będzie przekazywana informacja o stanie zdrowia pacjenta odmiennego kulturowo (pacjent lub inna bliska osoba),
- zgodność udzielanych porad zdrowotnych i rekomendacji ze stylem życia cudzoziemca.

W celu utrzymania efektywnej komunikacji z pacjentem różnorodnym kulturowo ważne jest uszanowanie jego interpretacji własnego stanu zdrowia, uważne słuchanie tego co ma do powiedzenia, stosowanie pytań otwartych by upewnić się, że pacjent odmienny kulturowo rozumie o co jest pytany, opisywanie wykonywanych czynności, zwłaszcza jeśli uwzględniają kontakt fizyczny.

Edukacja w zakresie kompetencji kulturowych ma na celu zapewnienie niezbędnych umiejętności takich jak słuchanie, zadawanie właściwych pytań i zrozumienie autonomii pacjenta o odmiennym pochodzeniu. Umiejętności te w znacznym stopniu mogą przyczynić się do zminimalizowania nieporozumień, polepszenia komunikacji a co za tym idzie, podwyższenia jakości udzielanej pomocy oraz zadowolenia pacjenta.

## PODSUMOWANIE

Lata 2012-2016 przyniosły duże fale migracji ludności do Europy. Ludność, która przybywa na nasz kontynent

jest zróżnicowana pod względem kulturowym i religijnym. W Polsce liczba społeczności narodowo-etnicznych od wielu lat utrzymuje się na podobnym poziomie. Szybki wzrost gospodarczy Polski sprawia, że jest ona coraz częściej atrakcyjnym miejscem dla mieszkańców uboższych krajów. Wybierają oni chętnie Polskę jako miejsce nauki, zatrudnienia oraz przyszłego osiedlenia się. Polska jest również krajem tranzytowym dla wielu cudzoziemców. Kontakty pracowników medycznych z osobami z różnych kultur wymagają odniesienia się do problemu odmienności kulturowej i religijnej także w sferze udzielania pomocy medycznej. Temat kompetencji kulturowych w zakresie opieki medycznej jest podejmowany w licznych publikacjach zagranicznych [17]. Podkreśla się w nich potrzebę zgłębiania wiedzy i umiejętności w postępowaniu z pacjentem różnorodnym kulturowo poprzez szkolenia w udzielaniu pomocy pacjentom wielokulturowym w programach nauczania kadry medycznej, by ograniczyć różnego rodzaju uprzedzenia i stereotypy w kontakcie z pacjentem o odmiennej kulturze i zapewnić taką samą jakość pomocy medycznej zarówno rdzennym mieszkańcom, jak i cudzoziemcom.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zespół do Spraw Migracji. Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania. Warszawa: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament Polityki Migracyjnej; 2012.
2. Badowska M. Polityka społeczna a edukacja międzykulturowa. *Pogran Stud Społeczne*. 2011;17(2): 214–228.
3. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Proces przyjmowania uchodźców – fakty i mity [Internet]. [cytowane 17 września 2017]. Dostępne na: <https://www.mswia.gov.pl/aktualnosc/13724,Proces-przyjmowania-uchodzcow-fakty-i-mity.html?search=9966>
4. Lima P, Bernabe S. Migration and the EU, Challenges, opportunities, the role of EIB. *European Investment Bank*; 2016, s. 14–19.
5. Fihel A, Kaczmarczyk P, Stefańska R. Recent Trends in International Migration in Poland. *Cent East Eur Migr Rev*. 2012;1(1):69–90.
6. EESC fact-finding missions on the situation of refugees, as seen by civil society organisations. Mission Report – Poland. *European Economic and Social Committee*; 2016 s. 1–7.
7. Główny Urząd Statystyczny. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2015, s. 93–108.
8. Jabłecka B. Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce. *Instytut Spraw Publicznych*; 2012, s. 1–5.
9. Jabłecka B. Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 2012, s. 1–31.
10. Hyder A, Morrow R. Culture, Behavior, and Health. W: *International public health: diseases, programs, systems, and policies* Merson MH, Black RE, Mills AJ. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2006, s. 41–66.
11. Uskul A. Socio-cultural aspects of health and illness. W: French D, Kaptein A, Vedhara K, and Weinman J, (Eds) *Health psychology*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
12. Mroczkowska R. Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej. *Pielęgniarstwo Spec*. 2013;1(1(1)):27–31.
13. *HealthCare Chaplaincy. A Dictionary of Patients' Spiritual & Cultural Values for Health Care Professionals*; 2011, s. 7–69.
14. Collantes S. Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w krajach Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach. W: *Poza systemem Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 113–142.
15. Kłorek N. Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców. W: *Poza systemem Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011, s. 45–112.

16. Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy. W: Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa; 2010, s. 103–7.
17. Padelá AI, Punekar IRA. Emergency Medical Practice: Advancing Cultural Competence and Reducing Health Care Disparities. *Acad Emerg Med.* 2009;16(1):69–75.
18. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to healthcare for Undocumented Migrants in 11 EU countries. *Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare;* 2009.
19. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews;* 2014 [cytowane 25 grudnia 2017]. Dostępne na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009405.pub2/abstract>
20. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(3):459–466.
21. Carrillo JE, Green A, Betancourt J. Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Ann Intern Med.* 1999;130(10):829–834.

Praca przyjęta do druku: 06.02.2018

Praca zaakceptowana do druku: 27.02.2018