

Etnopielęgniarstwo a pielęgniarstwo transkulturowe, czyli „odwracanie kota ogonem” (na podstawie doświadczeń własnych)

Lilianna Wdowiak

Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wdowiak L. Etnopielęgniarstwo a pielęgniarstwo transkulturowe, czyli „odwracanie kota ogonem” (na podstawie doświadczeń własnych). Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 193-199.

Streszczenie

W polskim pielęgniarstwie można zaobserwować pewne ksenofobiczne zachowania, przejawiające się między innymi powierzaniem przedmiotów interdyscyplinarnych wyłącznie pielęgniarkom. Zaniechanie wykładania etnopielęgniarstwa i wprowadzenie nauczania przedmiotu „pielęgniarstwo transkulturowe” przez osoby bez studiów etnologicznych, antropologicznych czy historycznych, budzi obawę, że nie są przygotowane do tej czynności, ani do prowadzenia pracy naukowej w „nowym dziale pielęgniarstwa” – transkulturowym. Pracownice naukowe z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego prawie dwa lata temu napisały podręcznik do „Pielęgniarstwa transkulturowego”, bez poprzedzających go badań, w oparciu o nie zawsze naukowe dane. Jak dotąd – nie zostało to nawet zauważone przez przedstawicieli nauk medycznych. Jak się wydaje, zaledwie jedna osoba z grona Autorów (spoza Uniwersytetu) legitymuje się dorobkiem naukowym z zakresu antropologii kulturowej, lecz rozdział liczy niespełna 5 stron i oparty jest na jednej pozycji literatury. Podręcznik nie zawiera podstaw wiedzy z zakresu etnopielęgniarstwa, lecz głównie ujmuje problemy opieki nad chorymi z innych kultur z punktu widzenia wybranych religii oraz przybliża opiekę nad Romami. W pracy postawiono znak równości pomiędzy kulturą a religią, chociaż przykład Romów dobitnie świadczy o tym, iż taką koncepcję można uznać za chybioną. Tego typu działania obniżają nie tylko rangę pielęgniarstwa jako nowej dyscypliny naukowej, lecz godzą w tradycję prawie 650-letniego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jak się wydaje, na studiach pielęgniarzkich istnieje pilna potrzeba wprowadzenia zajęć z logiki oraz z historii medycyny i pielęgniarstwa w większym wymiarze godzin niż dotychczas to miało miejsce.

Słowa kluczowe

etnopielęgniarstwo, pielęgniarstwo transkulturowe, etyka, etnomedycyna

Polacy na widok przebiegającego drogę feralnego kota powiedzą: „przebiegł mi drogę czarny kot”, natomiast Hiszpanie: „przebiegł mi drogę kot czarny”. Dla przeciętnie myślącego człowieka jest jasne, że mówimy po polsku i po hiszpańsku o określonym zwierzęciu z czarną sierścią. Na pozór nie ma znaczenia, czy jest to „czarny kot”, czy „kot czarny”. Problemy lingwistyczne pojawią się jednak zapewne wśród pielęgniarzkiego establishmentu. Chociaż wykształcony według europejskich standardów i rozporządzeń ministra zdrowia kwiat polskiego pielęgniarstwa odróżni znakomicie „czarnego kota” od „kota czarnego”, pielęgniarki i położne krótko stwierdzą: „to jest nasz kot!”. Czy faktycznie pragną i potrafią zaopiekować się całym światem? A może jest to przejaw myślenia życzeniowego?

Czy poprawnie użyjemy terminu „etnopielęgniarstwo”, czy powiemy „pielęgniarstwo etniczne”? Nie ma różnicy? Ależ jest. Etnopielęgniarstwo może być uprawiane przez każdego, kto się na tym choćby trochę zna, natomiast pielęgniarstwo etniczne, transkulturowe lub wielokulturowe, już nie. To domena zarezerwowana wyłącznie dla pielęgniarek. Jej

wykładanie normuje rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia [1]. Zawile meandry pielęgniarstwa transkulturowego mogą być zrozumiane zatem tylko i wyłącznie przez pielęgniarki, czego pilnuje Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego, czyli tzw. „KRASzM”. *Pielęgniarki chcą być uczone przez pielęgniarki* – taką opinię usłyszałam od członkiń komisji akredytacyjnej już przed dziesięcioma laty, gdy w mojej uczelni powołano Wydział Pielęgniarstwa, a rozporządzenia jeszcze nie było. Studentki zaprzęcały. Pewnie przez grzeszność. Nie było też wtedy zbyt wielu magistrów i doktorów pielęgniarstwa.

W przypadku etnopielęgniarstwa, wysokie pielęgniarskie gremium postanowiło „odwrócić kota ogonem” i powołać do życia nauczanie przedmiotu o nazwie pielęgniarstwo transkulturowe lub wielokulturowe, bo nagle modne stały się koncepcje Madeleine Leininger, a i cudzoziemców przybywało do Polski coraz więcej. Napisano również dzieło: *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych* pod redakcją naukową Anny Majdy, Joanny Zalewskiej-Puchały i Beaty Ogórek-Tęczy [2] z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Etnologia, etnografia zaliczane są do nauk historycznych, bądź społecznych [3], etnopielęgniarstwo stanowi ich subdyscyplinę, bądź poddyscyplinę pielęgniarstwa, więc w tej sytuacji mamy do czynienia ze wspólnym terenem badań.

Adres do korespondencji: Lilianna Wdowiak, Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Żołnierska 48, 71-230 Szczecin.

E-mail: lwdowiak@sci.pum.edu.pl

Nadesłano: 30 stycznia 2012; zaakceptowano do druku: 21 września 2012



W Polsce etnopielęgniarstwo należy do dziedzin jeszcze raczkujących. Profesor Wita Szulc – z wykształcenia filolog klasyczny – jako pierwsza zaczęła etnopielęgniarstwo wykladać już kilkanaście lat temu [4]. Nie napisano w tej dziedzinie zbyt wielu prac w języku polskim.

Czym jest etnopielęgniarstwo? Aby to ustalić, najprościej należałoby wyjść od definicji etnomedycyny, którą wprowadził do nauki austriacki pediatra Erich Drobec w 1956 roku i stworzył analogiczną definicję etnopielęgniarstwa. Skoro etnomedycyna stanowi przedłużenie historii medycyny w przestrzeni i w czasie [5, 6, 7], tym samym etnopielęgniarstwo będzie przedłużeniem historii opieki nad ludźmi chorymi w przestrzeni i w czasie. Etnopielęgniarstwo zajmuje się zatem badaniem sposobów pełnienia opieki nad jej potrzebującymi w różnych kulturach i okresach historycznych. W 1987 roku w języku polskim określenie „etnopielęgniarstwo” jeszcze nie funkcjonowało [8].

W polskim pielęgniarstwie etnopielęgniarstwa już nie ma. Jest za to pielęgniarstwo wielokulturowe bądź transkulturowe. Własność prywatna pielęgniarek. Czyż nie powstał w nauce kolejny „nasz kot czarny” – „dział” pielęgniarstwa i przedmiot kierunkowy, który został utworzony po to, aby go mogły wykładać wyłącznie pielęgniarki? Dodajmy jeszcze, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, powinny być to pielęgniarki, *położne z minimum roczną praktyką zawodową, zgodną z nauczaniem przedmiotem* [1]. Tyle, że nie ma dotąd w Polsce oddziałów „chorych transkulturowych” i może należałoby je zacząć zakładać, chociaż poradnie dla cudzoziemców już istnieją. Chyba, że tę absencję wypełnią ośrodki medycyny tropikalnej.

Plasowanie etnopielęgniarstwa obok etnomedycyny, wspólny obszar badań, pielęgniarstwu nie odpowiada. Wychodząc od teorii kulturowej opieki pielęgniarstwa M. Leininger, pielęgniarstwo *stwarza podstawy do rozwoju pielęgniarstwa transkulturowego, czyli działu pielęgniarstwa zajmującego się badaniem różnych kultur pod względem opieki pielęgniarstwa, przekonani i wzorów zachowań zdrowotnych* [9].

Po pierwsze: nie słyszałam o badaniu kultur poprzez pielęgniarstwo, jak również poprzez medycynę, geografę czy chemię. W badaniu kultur pomocne są inne nauki i metody, z prowadzeniem prac wykopaliskowych włącznie. Po drugie: jak można badać kultury pod względem opieki pielęgniarstwa, skoro w wielu kulturach zawód pielęgniarki nie istnieje, a chorymi opiekują się ich bliscy? W jakim sensie ta kultura jest przez osoby piszące *Pielęgniarstwo transkulturowe* pojmowana, skoro powołano się na określoną definicję kultury [10], z której wynikają dalsze implikacje – doprawdy nie wiem. Ale może Autorki tego przedziwnego sformułowania miały na myśli badanie sposobów sprawowania opieki nad chorymi w innych kulturach, a nie badanie kultur?

Celem pielęgniarstwa transkulturowego jest rozwinięcie wiedzy naukowej i humanistycznej – czytamy dalej. Bardzo przepraszam, ale badając kultury trzeba wiedzieć, że wiedza humanistyczna może być również wiedzą naukową!

Reasumując – pielęgniarstwo tworzy nowy dział i zaczyna zajmować się badaniem „różnych” kultur. Do badania innych kultur, jak dotąd, powołani się czuli: etnologowie, etnografowie, antropologowie kulturowi, religioznawcy, archeolodzy, historycy, socjologowie i jeszcze przedstawiciele innych dyscyplin – np. japonistyki, arabistyki, sinologii, jak też afrykaniści, amerykaniści etc., a teraz dochodzi do tego tłumu jeszcze pielęgniarstwo. Czyżby pielęgniarstwo nie dowierzało innym dyscyplinom? A może chce pomóc w dostarczaniu treści humanistycznych, skoro *Celem pielęgniarstwa transkulturowego*

jest rozwinięcie wiedzy naukowej i humanistycznej? Obawiam się jednak, iż humaniści są wybredni i zwracają uwagę na jakość dostarczanych im „nienaukowych” humanistycznych informacji. Lepiej już, aby pielęgniarstwo transkulturowe skierowało swoją uwagę ku wiedzy naukowej i zostawiło humanistów w spokoju. Pozwolę sobie przypomnieć zasadę *primum non nocere*, która chyba nadal w medycynie powinna obowiązywać.

Do podręcznika *Pielęgniarstwa transkulturowe* z Uniwersytetu Jagiellońskiego podeszłam bez uprzedzeń, ciesząc się, że ktoś wpadł na pomysł jego napisania. Z przyjemnością i ciekawością przeczytałam interesujący, syntetyczny i „zgrabny” rozdział pióra Haliny Grzymały-Moszczyńskiej o komunikowaniu międzykulturowym [11]. Jednak, gdy otworzyłam *Słowniczek* [12], to, co zobaczyłam, sprawiło mnie w osłupieniu. Już sama lektura *Słownicza* dowiedzie, iż polskie pielęgniarstwo do prowadzenia badań „transkulturowych” niestety nie jest przygotowane. Dobry, obszerny podręcznik z etnopielęgniarstwa byłby bardzo potrzebny w nauczaniu i przysposabianiu młodzieży do przyszłych, „transkulturowych” już zadań. Do tegoż podręcznika mam jednak szereg zastrzeżeń.

Po pierwsze: tytuł nie odpowiada zawartości. Takie stwierdzenie na ogół dyskredytuje każdą pracę magisterską, a podręcznik – tym bardziej. Po drugie: znalazło się w nim bardzo dużo błędów rzeczowych. Po trzecie: zauważyłam dziwną zbieżność słowną niektórych fragmentów z... Wikipedią. Po czwarte: odwoływano się w tekście również do źródeł nienaukowych (Wikipedia). Po piąte: nie przeprowadzono krytyki źródeł. Po szóste: mapę wyznań spreparowano w taki sposób, by nie odzwierciedlała stanu faktycznego, a potwierdzała słuszność wyboru określonych treści.

Zacznijmy od okładki. Paniom, które redagowały omawiany podręcznik, wyraźnie przyświecała zasada *pars pro toto*, bowiem zostały przedstawione tylko niektóre problemy z etnopielęgniarstwa. Chyba wypadałoby zmienić tytuł na bardziej skromny. Może należałoby na przykład skrócić tytuł z tylnej okładki tegoż podręcznika, gdzie w ramce umieszczono słowa: *Co powinna wiedzieć pielęgniarka opiekująca się wyznawcami: katolicyzmu, prawosławia, grekokatolicyzmu, protestantyzmu, judaizmu, islamu, hinduizmu i buddyzmu oraz Świadkami Jehowy i Romami*. Dodałabym, że chodzi o pielęgniarkę katolicką. Byłby to tytuł odpowiedniejszy, bo bardziej precyzyjnie odzwierciedlający zawartość. W *Przedmowie* napisano, iż: *Opracowanie to nie daje odpowiedzi na wszystkie pytania, które mogą dotyczyć tak obszernego tematu, jakim jest pielęgniarstwo transkulturowe. Autorki żywią nadzieję, że będzie ono stanowiło przyczynek...* [9]. Czyż nie zachodzi sprzeczność pomiędzy okładką i słowem ‘podręcznik’ a *Przedmową* i słowem ‘przyczynek’? Określenie ‘podręcznik’ ma swój zakres semantyczny. Podręcznik, jak mi się wydaje, powinien spełnić zasadniczą funkcję – zawierać podstawową wiedzę z danej dziedziny. Chyba nie trzeba dodawać, że musi zostać napisany przez specjalistę lub specjalistów. Nie wydaje mi się, aby wszystkie Autorki z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego zaliczały się do ich grona. Czy dydaktyka pielęgniarstwa postrzega inaczej określenie ‘podręcznik’ niż dydaktyka ogólna, tego już nie wiem.

Wyboru treści tejże publikacji dokonano ze względu na praktyczne aspekty, niewiele mające wspólnego z ogólną wiedzą z zakresu etnopielęgniarstwa. Autorki przybliżyły niespójny twór, którego charakter trudno zdefiniować. Można go chyba nazwać okrojonym „pielęgniarstwem wyznaniowym”, bądź „pielęgniarstwem religijnym”, wzbogaconym o niektóre

konceptje M. Leininger, wspomniany rozdział Haliny Grzymały-Moszczyńskiej, jak również rozdział o ograniczeniach nakładanych przez kultury podczas „udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”. W pozostałych 10 częściach publikacji, na mniej więcej 20 stronach w stosunku do 181 stron tekstu całej książki, uwidoczniło zadania pielęgniarki, pisząc w sposób jasny i oczywisty, jakie to konkretne czynności w opiece nad *homo sapiens* ma ona spełniać (przy narodzinach, przy chorych, umierających i po śmierci) wśród wyznawców niektórych religii. A kontekst kulturowy? Niestety, na pozostałych 161 stronach nie został dostatecznie dopracowany.

Zacznijmy od mapki, która znalazła się na odwrocie okładki. Czyżby cała ludność Rosji była już prawosławna? Wierzenia o charakterze animistycznym ograniczono do sześciu miejsc na mapie (tylko w Afryce?). Pragnęłabym się też dowiedzieć, czy naprawdę w Czechach dominuje islam lub buddyzm, bo zostały zaznaczone na zielono? O tym, jak cały Sudan jest islamski, można było niedawno usłyszeć, choćby otwierając radio. Przed podziałem zamieszkiwało go prawie 600 plemion. Czy nie ma tam przypadkiem oprócz sunnitów również szyitów, jak i chrześcijan, miejscowych wierzeń i animizmu? Uprzejmie proszę mi nie wmawiać, że już prawie cała Ameryka Południowa jest katolicka. Studenci antropologii kulturowej z najstarszych uczelni Ameryki na podstawie obserwacji pisali, i zapewne nadal piszą, rozliczne eseje na temat tradycyjnych wierzeń i animizmu w plemionach Amazonii i „naskórkowości” wierzeń chrześcijańskich. Gdyby było inaczej, chrześcijańskie misje dawno zostałyby wycofane z Amazonii, Mato Grosso i innych rejonów Ameryki Południowej. Dodam, iż w niektórych osadach tych „chrześcijańskich” plemion dawne wierzenia nadal bujnie kwitną, pomimo wysiłków misjonarzy. W Japonii nie mieszkają sami buddyści, są również wyznawcy innych religii, przede wszystkim zwolennicy shintō, których podobno czasem jest więcej, a czasem mniej od buddystów. Rzecz w tym, że część buddystów wyznaje również shintō i vice versa. Balijszczy nie tylko włączyli do swoich hinduistycznych wierzeń elementy taoizmu, lecz również wierzenia rodzime, więc można mówić, iż ich religia ma charakter mieszany. Gustownie „poubierane” w tkaninę w kratkę symbolizującą dychotomię, ale i spójność *yang* i *in*, hinduistyczne posągi dobitnie jednak świadczą, iż Balijszczy nie wyznają na pewno islamu. Na Jawie, owszem jest islam, lecz większość ludności zaliczająca się do *abangan* wyznaje islam pomieszany z hinduizmem i animizmem. W Iraniu Zachodnim (Papua Barat) i na Sumatrze występują nadal wierzenia tradycyjne i animistyczne. Papuasi nie pragną wcale gremialnie rezygnować ze swoich wierzeń, pomimo usiłowań misjonarzy. W Indonezji jakoby ponad 75 % ludności wyznaje islam (pytanie: jaki to jest islam?), ale różna jest gęstość zaludnienia na poszczególnych wyspach. A na mapie cała Indonezja jest na zielono. Jednak to doprawdy drobiazg w porównaniu z mapą Afryki, w której tradycyjne wierzenia i animizm zostały zredukowane do sześciu miejsc. Nie jest to stan faktyczny. Dokładniejsze przeanalizowanie mapy świata pod kątem gęstości zaludnienia na niektórych obszarach (np. tylko Kanada, Syberia, Demokratyczna Republika Kongo, Brazylia) zupełnie zmienia obraz. Legenda umieszczona pod mapką jest niekompletna, a sama mapa nie jest opatrzona żadnym podpisem. Przeprowadzenie dokładniejszego porównania, nawet z mapami zamieszczonymi chociażby w encyklopediach, pozwoli nam na uświadomienie, iż zostaliśmy poddani manipulacji, bowiem wydaje się, iż Autorki

podręcznika pragną za pomocą mapy usprawiedliwić braki opisu pozostałych ważniejszych wierzeń [13].

Z podręcznika wyłączono animizm, shintō, niektóre religie chińskie, dżinizm, a uwzględniono Romów, którzy są przecież wyznawcami różnych religii, z wierzeniami o charakterze animistycznym włącznie, o czym Autorki wiedziały i pisały. Tym samym koncepcja, iż o pielęgnowaniu chorych można mówić zaledwie w kontekście jednej religii, poniosła druzgoczącą klęskę, czego nie sposób było nie zauważyć. Równie istotne okazały się przecież obowiązujące w danej społeczności prawa i zwyczaje, nakazy i zakazy. To nie religia jest dla Romów najważniejsza, ale inne czynniki tworzące więzi w ich kulturze. A dla polskich Żydów? Wielu z nich nie szczyci się już swoim pochodzeniem, wręcz je ukrywa. Czy wkrótce pojawi się w historii choroby rubryka „wyznanie”, aby polepszyć tym chorym samopoczucie? Niektórzy współcześni polscy Żydzi być może nie zjedzą kaszanki, bo sam jej widok chyba powoduje w nich obrzydzenie, lecz nie pamiętają już o swoich świętach, a obchodzą Boże Narodzenie i Wielkanoc. Przebudzenie tożsamości etnicznej niejednokrotnie powoduje dopiero wizja przeprowadzenia sekcji zwłok bliskiej im osoby, np. któregoś z rodziców.

Akulturacja? Asymilacja? Amalgamacja? Niestety, *Pielęgniarstwo transkulturowe*, pojmowane z praktycznego punktu widzenia, zignorowało podstawowe pojęcia etnologiczne i nie wyjaśnia ich nawet w załączonym słowniczku. Jak można badać „inne kultury” bez wiedzy etnograficznej, etnologicznej czy historycznej? W bibliografiach nie znalazłam żadnej pracy Mircea Eliadego, a dla przeciętnego inteligenta, uchodzi przecież za jednego z „guru” nowożytnych badań nad kulturą. Przynajmniej z innego jeszcze powodu to nazwisko powinno zostać wymienione: Autorki piszą przecież o „profanum” z pozycji „sacrum”, czyli punktu widzenia Eliadego [14]. Eliade wywarł swoje piętno na tym podręczniku, próbowano bowiem spojrzeć na problem właśnie z jego fenomenologicznej perspektywy – tylko było to spojrzenie pozbawione okularów krótkowidza. W wieku XXI nadal istnieją takie określenia, jak np.: magia, amulet, tabu, znachorzy, szamani, plemiona, grupy etniczne, rytuał, obyczaj, wodzostwo, inicjacja, znaki, wartości i etosy, lecznictwo domowe, alternatywne, rasizm, etc. Religia wyznawana przez pacjenta nie powinna być zresztą jedynym i wyłącznym wyznacznikiem pracy pielęgniarstwa z przedstawicielami innych kultur. Dlaczego postawiono znak równości pomiędzy kulturą a religią?

Stworzony dla dobra studentów „podręcznik” okazać się może w takim ujęciu, nie tylko „przeszkodą naukową”, lecz wręcz najbardziej wymyślnym katowskim narzędziem do egzekwowania wiedzy, przy którym przysłowiowe chińskie metody tortur wydadzą się igraszką. Skoro wymienimy poprawnie już odłamy buddyzmu (po co, czyżby była w nich odmienna opieka, a jeśli tak, to dlaczego jej nie opisano?), w żaden sposób nie odpowiemy dobrze na pozornie proste pytanie o stosunek Świadków Jehowy do problematyki zdrowotnej na tle innych wyznań. *Świadkowie Jehowy to jedna z najlepiej zorientowanych grup pacjentów; są zdyscyplinowani, chętnie współpracują z personelem medycznym i świadomie dążą do tego, aby leczenie przyniosło jak najlepszy efekt. Nie różnią się pod tym względem od pacjentów innych wyznań* [15]. Czyż nie zachodzi logiczna sprzeczność pomiędzy twierdzeniami *jedna z najlepiej zorientowanych grup pacjentów, a nie różnią się od pacjentów innych wyznań*? Mam również z tych sądów wyciągnąć wniosek, że tylko pacjenci wierzący, *świadomie dążą do tego, aby leczenie przyniosło jak najlepszy efekt, lecz*

nawet mikrośladu tej świadomości nie można uświadczyc u agnostyka czy u ateisty? Oni nieświadomie chcą być zdrowi?

Z przytoczonych powyżej zdań wynika, iż Świadców Jehowy nie sprawiają najmniejszych kłopotów. Uważam, że ich wierzenia stwarzają jednak spore problemy, gdy zachodzi konieczność podania preparatów krwiozastępczych, zamiast tych, które przewidują procedury. To wynika z tekstu rozdziału, gdzie opisano dość szczegółowo stosunek Świadców Jehowy do przetaczania krwi, a nawet „aspekty etyczne zabiegu transfuzji krwi”. Pielęgniarki, które należą do Świadców Jehowy także odmawiają wykonywania niektórych czynności, lecz o tym „podręcznik” nie wspomina. Nie dowiedziałam się również, jakie ograniczenia dietetyczne obowiązują pośród Świadców Jehowy.

Nasunęły mi się również inne pomniejsze, acz liczne uwagi. Czyż stwierdzenie: *Już pionierka pielęgniarstwa – Florence Nightingale – uważała, że holistyczne rozumienie drugiej osoby ma swoje źródło w duchowości* [10] – może być prawdziwe? Florence Nightingale zmarła w 1910 roku w Londynie, a termin *holizm* został wprowadzony do nauki w latach 1926-1927 przez południowoafrykańskiego polityka, prawnika i filozofa Jana Christiaana Smutsa (1870-1950) w pracy *Holism and Evolution* [16]. Bardzo proszę nie przypisywać Florence Nightingale holizmu, bo to nonsens. Nie pomyłono przypadkiem romantyzmu z holizmem?

Takich „potknięć”, jeśli wolno użyć eufemizmu, można w pracy znaleźć niestety więcej, szczerze mówiąc – mnóstwo. Na przykład, pisząc o stosunku buddyzmu do transplantacji narządów, stwierdzono: *Niektóre rodzaje przeszczepów, np. oczu, są traktowane jako rzecz bardzo pożyteczna. Inne, np. przeszczep nerek, nie znajdują zastosowania, gdyż medycyna tybetańska pozwala na wyleczenie tego typu chorób* [17]. Przemilczmy już litościwie ten przeszczep oczu, zostawiając go bez komentarza. Zastanówmy się, dlaczego nasze państwo ponosi tak wysokie koszty dializ i przeszczepów nerek, zamiast zatrudnić terapeutów tybetańskich? Jak głęboka była wiedza o anatomii ciała ludzkiego w medycynie lamajskich mnichów, podają zazwyczaj podręczniki historii medycyny. Uważna lektura artykułów zamieszczonych na przykład w czasopiśmie „Nephrology. Dialysis. Transplantation”, zapewne pomogłaby bardzo w uświadomieniu, jak duże są potrzeby transplantacji nerek w Chinach, Indiach, Cejlonie, Indochinach i w Japonii. Konieczność wykonania przeszczepów nerek, tylko w Indiach, z powodu ich schyłkowej niewydolności, spowodowanej głównie cukrzycą i nadciśnieniem, szacowana była w 2010 roku na 36.000 [18, 19]. Mieszkańcy Indii, nawet po aneksji Tybetu przez Chiny, mają teoretycznie najlepszy dostęp do „cudownej” medycyny tybetańskiej w Instytucie w Dharamsali (Bhagsu), bo tam teraz znajduje się jej światowe centrum.

Ponadto: czy wszyscy buddyści leczeni są i byli za pomocą metod medycyny tybetańskiej? W sposób stadny? A co z klasyczną medycyną uniwersytecką? Czy buddysta nie chodzi do „zwykłego” lekarza? Aby jeszcze bardziej skomplikować obraz religii w Indiach, należy zauważyć, iż osoba Buddy traktowana jest przez wyznawców hinduizmu, jako jedno ze wcieleń (awatara) boga Wisznu. Buddyzm należy do najpopularniejszych wyznań w Chinach, lecz na ogół chińscy buddyści włączają do swoich wierzeń np. taoizm, który został w podręczniku zupełnie pominięty. Za pomocą praktyk medycyny tybetańskiej leczą się zatem wszyscy buddyjscy pacjenci w Japonii, na Cejlonie, w Korei, w Wietnamie etc.? Jak się wydaje, kraje te stworzyły już zdecydowanie bardziej nowoczesne leczenie. Chińczycy również. Wielu

Chińczyków traktuje Buddę jako objawiciela, ale metody medycyny tybetańskiej już niekoniecznie stanowią dla nich objawienie, skoro mają rodzime sposoby leczenia, powiązane m. in. z taoizmem, konfucjanizmem, czy w mniejszym stopniu z przybyłymi do Chin zaratustranizmem, manicheizmem, nestorianizmem (nie mówiąc o islamie, chrześcijaństwie i judaizmie), nadto funkcjonuje przecież klasyczna (w sensie europejskim), uniwersytecka medycyna. To nie są na wpółdzikie kraje sprzed stu lat, znane z opisów kolejnych przygód Tomka pióra Alfreda Szklarskiego. Chiny oraz Indie stały się krajami, w których dokonuje się ogromnej liczby przeszczepów nerek, a o związanej z tym „turystyce medycznej” i nadużyciach trąbi od lat światowa prasa.

Stosowanie malowideł ochronnych, tatuaży i amuletów, tak jak wiele innych aspektów życia, np. społeczności plemiennych, zostały w *Pielęgniarstwie transkulturowym* zupełnie pominięte. Nawet nie wyjaśniono, czym są amulety, w jakich formach występują, a nadal są nagminnie spotykane wśród wyznawców różnych religii. Można je w wielu przypadkach przez niewiedzę i nieuwagę zbezczerścić (np. poprzez obecność amuletu w toalecie). Przedmioty niekiedy zastępuje malunek, skaryfikacja, czy kępka włosów itd. Heksagram powieszony na szyi mieszkańca Indii, nie musi świadczyć o jego judajskiej przynależności, lecz o tantryzmie. Dlaczego w podręczniku nie zajęto się powszechną wiarą w „złe spojrzenie”, „złe oko”? Niezależnie od wyznawanej religii, nadal to przekonanie występuje, nawet w Europie – np. w wielu rejonach Bałkanów. Czy również mają nam grozić dantejskie sceny, które się odbywają przy usuwaniu „zabezpieczeń” przez pielęgniarki i lekarzy? W Indiach energiczne ścieranie kropek chroniących przed *buri nazar* przez europejskie pielęgniarki, przy zapłakanych, wyrwywających dziecko matkach, nie należy do przeżyć sympatycznych dla postronnego obserwatora. „Ta kropka” coś znaczy. Malunki, w mniemaniu matek wyznających hinduizm, islam, czy buddyzm, miały znaczenie ochronne i dla pielęgniarki powinny stanowić *tabu*. Tak nietypowe w leczeniu oficjalnym metody prewencji nie spotykają się z aprobatą pediatrów i pielęgniarek, którzy obawiają się (najczęściej słusznie), iż barwnik ma właściwości toksyczne. Pytanie: w jakiej ilości i po jak długim stosowaniu? Ale po lekturze *Pielęgniarstwa transkulturowego*, pielęgniarki nadal nie będą wiedzieć, co to jest *tabu*, czym jest *amulet* i jak w takiej sytuacji taktownie postąpić.

Kolejne zagadnienie: pielęgniarka czy lekarka mająca menstruację w wielu kulturach uznawana jest za osobę nieczystą i kontakty z nią w czasie okresu, skutkują odprawianiem specjalnych obrzędów. Dlaczego ten problem został pominięty? Znaczenie słowa ‘obrzęd’ – również, bo po co znajomość definicji takiego „zwyczajnego” słowa w ochronie zdrowia? Lekarze, ratownicy, położne, pielęgniarki, dietetycy i rehabilitanci mają za to wiedzieć, co to jest „fez” i „galabija”. Z zagadkowych, nieznanych mi powodów zaczęto objaśniać modę arabską. Dlaczego słowo ‘fez’ ma być w pielęgniarstwie istotne, skoro nie wyjaśnia się, co to jest obrzęd czy rytuał? Czy muzułmanina poznajemy po fezie? Wyznawcy islamu nie zawsze noszą fezy i turbany, a nawet „arafatki”, nie wszyscy Żydzi wkładają mycki, nie tylko Żydówki noszą peruki, nie wszyscy Meksykanie chodzą w sombreroach. Sikhowie, łączący w swoich wierzeniach islam z hinduizmem, zazwyczaj nie lubią, gdy im się zdiera turbany. Dlaczego w podręczniku natomiast nie napisano, w jakim stroju powinny chorzy czuć się dobrze podczas hospitalizacji – w koszuli, w fezie, w turbanie, w piżamie, spać nago, czy być w łóżku w stroju używanym

w ciągu dnia? Którą ręką pielęgniarka powinna podawać pokarm choremu wyznawcy Allacha – prawą czy lewą? Którą ręką należy się posługiwać podczas toalety intymnych okolic ciała? Czy napisano, że w niektórych rejonach świata nie wolno dotykać głowy pacjenta i dlaczego nie można tego robić? A problem nie należy do marginalnych, dotyczy np. czwartego na świecie najludniejszego państwa i wielu pomniejszych.

Najbardziej kuriozalną część podręcznika, z mojego punktu widzenia, stanowi *Słowniczek*. Dzięki jego lekturze dowiedziałam się, jak należy postrzegać „ajurwedę”. *Ajurweda – system medycyny indyjskiej rozwinięty w starożytności; ajurweda ujmuje człowieka jako całość, a jej celem jest dążenie do osiągnięcia pełnej równowagi na poziomie ciała, umysłu i ducha* [20]. Czyżby? Definicja wydała mi się co najmniej dziwna i „pachniała” *Wikipedią*, w której, objaśniając pojęcie, zapisano: *system medycyny indyjskiej rozwinięty w starożytności. Ajurweda zajmuje się zdrowiem fizycznym, psychicznym i duchowym...* W podręczniku czytamy: *Fez – nakrycie głowy o kształcie przypominającym ścięty stożek, wykonane z bordowego filcu i ozdobione czarnym frędzlem...*, a w *Wikipedii*: *Fez – (arab. tarbusz, lub szaszijja) nakrycie głowy o kształcie przypominającym ścięty stożek, wykonane z bordowego filcu i ozdobione czarnym frędzlem...* Oba źródła identycznie definiują szariat, halal, np.: *Halal – w islamie określenie wszyście, co jest dozwolone w świetle szariatu*. Kolejny przykład: *Turban (...) – męskie nakrycie głowy używane często w Indiach, krajach Półwyspu Arabskiego, w Iranie i Afganistanie, oraz w muzułmańskich krajach Afryki, m.in. w Sudanie...* Autorki widocznie zniecierpliwio wyliczanie i zdecydowały się na obcięcie tekstu, więc w ich wersji nie ma już muzułmańskich krajów Afryki i Sudanu. *Wikipedia* okazała się źródłem dokładniejszym. I tak dalej... Ale nie jest moim zadaniem wyręczanie komisji etycznej.

Czy pracownicy naukowcy z Uniwersytetu Jagiellońskiego opierać się muszą na tekstach z *Wikipedii*? Czy „definicje” nie noszą znamion plagiatu? A co z resztą *Słowniczka*? Może definicja *Abidharmy* jest rzeczywiście lepsza jednak w *Wikipedii*? Tam figuruje jako *Abhidharma*, podobnie jak w *Historii filozofii indyjskiej*, pióra Ericha Frauwallnera [21], który posługuje się poprawniejszym terminem *Abhidharmapitaka* (*pitaka* – z sanskr. – kosz). Według Auterek: *Abidharma – jedna z trzech części buddyjskiego kanonu (Tripitaki), zawierające święte pisma omawiające takie tematy, jak fenomenologia, psychologia, wiedza i kosmologia*. Edmund Husserl, gdyby żył, pewnie by się złapał za głowę i ryknął głośnym śmiechem. Czym innym jest pojmowanie świata w sposób podobny do fenomenologicznego, czym innym fenomenologia. Jednak, o ile pamiętam, za klasyków podejścia fenomenologicznego w religioznawstwie uchodzą np. Gerardus van der Leeuw i Mircea Eliade, którzy dzięki koncepcji Husserla otworzyli nowe ścieżki w tej nauce, a nie twórcy tekstów *Abhidharmapitaki*, z którego to źródła szczerze, acz nieostrożnie czerpią wiedzę niektóre pielęgniarki z UJ. Krótko mówiąc: fenomenologia powstała po *Abhidharmapitace*, więc siłą rzeczy, *Abhidharmapitaka* nie mogła jej zawierać. Czy psychologowie też wiedzą, jak wydłużono rodowód ich nauki? *Diecezja* to, zdaniem Auterek, *część ludu Bożego...*; *Mahomet* – główny prorok islamu. Z tym ostatnim się zgadzam, ale nie była to jego najważniejsza zasługa. Jest i definicja Koranu: *święta księga muzułmańska, która zawiera Słowo Boże objawione Prorokowi przez Archaniola Gabriela*. Czy to wyjątki z notatek nierozgarniętej katechety, czy próba nieudolnego żartowania, nie sposób rozstrzygnąć. Znalazła się również

definicja egzegezy (nie rozumiem – po co?), ludzko podobna do tej z *Wikipedii* i wzięty z tegoż źródła opis galabiji: *zwykle biała, lecz zdarzają się bogato zdobione cekinami*.

Czy nie jest skandalem naukowym taki wyczyn? Autorki z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego nie ukrywały zresztą, skąd pochodzi ich wiedza i w niektórych rozdziałach uczciwie i wprost powoływały się na *Wikipedię*, czego nie śmiałyby uczynić nawet student piszący pracę magisterską, bowiem wiedziałby, iż ocena będzie przez to obniżona, a ukrycie źródła cudzej, internetowej, anonimowej, niezaopatrzonej cudzysłowem wiedzy program antyplagiatowy natychmiast wychwyci. Po takim przykładzie, w dodatku z najstarszej polskiej uczelni, jak ja mogę studentem, tak krytykowanym za używanie *Wikipedii*, spojrzę prosto w oczy? Przeczytałam również, że Brahma stworzył hinduską mitologię. A wydawało mi się, że to dzieło Hindusów.

Już pierwsze zdanie z I rozdziału [10]: *Kultura to termin wieloznaczny, interpretowany w różny sposób przez przedstawicieli różnych nauk* zadziwia swoim podobieństwem do zdania: *Kultura (z łac. colere = „uprawa, dbać, pielęgnować, kształcenie”) – termin ten jest wieloznaczny, pochodzi od łac. cultus agri („uprawa ziemi”), interpretuje się go w różny sposób przez przedstawicieli różnych nauk* [22]. Niestety, nie jest to prawda, bo spierają się o ten termin także naukowcy w ramach jednej dyscypliny. Inne przykłady – zdania: *Relacja jednostki do sacrum koncentruje się wokół poczucia świętości – chęci zbliżenia się do sacrum, poczucia lęku, czci czy dystansu wobec niego; Najstarsze ślady religii występują już w czasach prehistorycznych w postaci rysunków naskalnych i pochówków – nie różnią się zupełnie od zdań z *Wikipedii* [23].*

Nie sprawdzałam tekstu pod tym kątem dalej. Nie analizowałam również pozycji literatury, na które powoływały się Autorki. Podejrzewam jedynie, iż niektóre z Pań obeszyły się z nią na wzór *Wikipedii*. Czy są to przykłady zaledwie „niefrasobliwości”, czy czegoś więcej, np. niewiedzy? Tego nie wiem, bo nawet studenci odczyli się ściągania z *Wikipedii*. A może, zamiast pisać podręcznik, byłoby dobrze podać adresy stron internetowych, jednak proponowałabym, aby nie była to *Wikipedia*, lecz może *Słownik PWN*? Nie pragnę dalej przytaczać przykładów „niefrasobliwości” i prób tworzenia mitologii naukowej.

Jestem oburzona, lecz zdaję sobie sprawę, że zapewne niektóre z Auterek nie posiadają żadnego wykształcenia humanistycznego i musiały nagle wykonać gigantyczną dla nich pracę, przedzierając się przez gąszcz wcześniej nieznanych im pojęć. Luk w wiedzy humanistycznej nie można jednak tak szybko wypełnić za pomocą *Wikipedii*.

Uprawianie tematów interdyscyplinarnych wymaga pewnej skromności, ale i odwagi. Ambicji Autorkom nie zabrakło, zabrakło natomiast konsultantów. W Krakowie, na tej samej uczelni, przecież ich nie brakuje. Bez nich poruszanie się po gruncie interdyscyplinarnym, skoro się go nie zna, jest raczej niemożliwe, bo to teren grząski.

We wstępie *Pielęgniarstwa transkulturowego* napisano: *Autorki żywią nadzieję, że [publikacja – przyp. aut.] będzie stanowić przyczynek do dalszych studiów oraz interdyscyplinarnych i wielośrodkowych projektów badawczych dotyczących wpływu kultury na opiekę zdrowotną* [9]. Piękne. I jak tu nie być złośliwą? Aby prowadzić *dalsze studia*, trzeba by je najpierw zacząć. Być może dla niektórych Pań Pielęgniarek zredagowanie podręcznika dla studentów, na podstawie m. in. *Wikipedii*, oznacza rozpoczęcie studiów dotyczących „wpływu kultury na opiekę zdrowotną”. Cóż, mogę pokiwać tylko głową.

Obserwacji dotyczących *wpływu kultury na opiekę zdrowotną* nie poczynimy siedząc w Polsce w wygodnym fotelu przed komputerem. Jeśli się chce poważnie podejść do etnomedycyny i etnpielęgniarstwa, nie wystarczy *Wikipedia*, pobieżne konsultacje, ani też wiadomości od jednego terapeuty zajmującego się medycyną ludową, tradycyjną czy popularną. Potrzeba poznać inne kraje, mentalność ich mieszkańców, ich życie codzienne, zwyczaje, wierzenia, charakterystyczne dla regionu schorzenia, popracować również w buszu czy na pustyni, a przynajmniej mieć jakiegokolwiek elementarne doświadczenie i obserwacje z pracy terenowej [24]. Badania w dyscyplinach takich jak antropologia kulturowa, etnografia, czy historia medycyny wymagają cierpliwości. Dopiero po uznaniu, iż jest się gotowym do przedstawienia nowych spostrzeżeń, można spróbować to uczynić. Niekoniecznie trzeba wyjeżdżać na drugi koniec świata. Można np. pomieszkać przez kilka lat w jednym domu z Romami, spisać relacje wielu informatorów. Lecz to zaledwie początek dociekań, bo informacje zebrane pośród romskich mieszkańców jednej tylko kamienicy nie pozwolą na napisanie sensownej pracy o pielęgnowaniu chorych pośród wszystkich Romów. Na koniec zostają książki i artykuły naukowe. Prace z etnomedycyny czy etnpielęgniarstwa wymagają czasu i niekiedy długoletnich badań, a nie presji Listy Filadelfijskiej czy punktacji za napisany podręcznik, tak potrzebnej przy akredytacji. Dobór materiału źródłowego, krytyka źródeł, nadal nie są przebrzmiałymi frazesami. Gdy przebadana jest dane zjawisko, przeczyta wszystkie dostępne naukowe opracowania, to potem można sobie pozwolić na uogólnianie.

Jak się wydaje, współpraca w nauce powinna być oparta na partnerstwie, a co więcej – na zaufaniu. Trudno, po lekturze podręcznika *Pielęgniarstwo transkulturowe*, o to ostatnie. Interdyscyplinarne i wieloosrodkowe projekty badawcze można zatem odsunąć w sferę marzeń. Polski pielęgniarstwo establishment nie jest przygotowany do tego, aby traktować osoby z wykształceniem humanistycznym na równych prawach. Sądzę, iż niektóre pielęgniarki pracujące naukowo nie pragną wcale tej interdyscyplinarnej współpracy, o nią się nie starają, a niektóre z nich wręcz tępią próby sięgnięcia po „ich” własność. Nie szkodzi, że owa iluzoryczna „własność” jest efektem posługiwania się wiedzą z innych niż pielęgniarstwo nauk – etnografii, antropologii kulturowej i historii. Pomimo iż studiowałam właśnie te kierunki i dużo wcześniej niż w innych uczelniach (uczciwie zaznaczę, że nie byłam pierwsza) zaczęłam przybliżać studentom tajniki opieki nad chorymi w innych kulturach, KRASzM uznał, że do współpracy z Paniąmi Pielęgniarkami w dziedzinie pielęgniarstwa transkulturowego nie mam właściwych kwalifikacji. Nie wolno mi prowadzić zajęć z tego przedmiotu. Po lekturze podręcznika zaczęłam w pełni podzielać ten pogląd, a ponadto trudno z KRASzM-em polemizować. Pozwolę sobie jednak wyrazić swoje zdumienie, iż zaakceptowano *Pielęgniarstwo transkulturowe* jako *Podręcznik dla studiów medycznych*. Bez recenzji?

Odwróć i ja, na wzór pielęgniarstwa, „kota ogonem”: dlaczego niektóre pielęgniarki roszczą sobie prawo do wykorzystywania wiedzy z historii, antropologii, religioznawstwa i innych dyscyplin, dowolnie nią żonglują, na wzór średniowiecznych kuglarzy? Dlaczego nie wyklada się rzetelnie historii medycyny i pielęgniarstwa oraz logiki? Może wtedy w pielęgniarstwie „transkulturowych” pracach znalazłoby się mniej błędów rzeczowych? A może zdobycie nawet minimalnego wykształcenia o charakterze humanistycznym nie jest wskazane, bo przecież łatwiej i taniej można wprowadzić

kolejne „nadrzędne” już standardy typu „chory katolik”, „chory luteranin”?

Tylko że ten chory „luteranin” jest np. z Gabonu, przy okazji może być animistą i nie tylko prezentować objawy psychozy, ale ją faktycznie mieć, oprócz złamanej nogi. Jaki standard powinien zostać zastosowany? Jak należy zaopiekować się chorym ateistą, który został wegetarianinem, albo – gorzej – weganinem? Nie ma tych słów w *Słowniczku w Pielęgniarstwie transkulturowym*, za to jest *Wielki Post – okres 40 dni poprzedzający Wielkanoc – pamiątka zmartwychwstania pańskiego* (zdumiewająca precyzja naukowa).

Czy historykowi ze specjalizacją nauczycielską (co podkreślał KRASzM, ale chyba nie docenił tej zalety) wolno będzie zaproponować, by w kolejnych „pielęgniarstwach transkulturowych” znalazła się propozycja traktowania każdego chorego, również animisty, agnostyka i ateisty, po prostu w ludzki i kulturalny sposób?

Do niedawna w Polsce pielęgniarstwo nie było dyscypliną naukową wymienianą przez KBN. Być może ten fakt powoduje, iż niektóre niedowartościowane przedstawicielki zawodu zaczęły występować z pozycji neofickich. Kompetencje wypierają: arogancja, ignorancja, nieuczciwość, ambitna chęć uzyskania szybkiego sukcesu za wszelką cenę, zachłanność. Gdy uczelnie medyczne powszechnie wprowadzały studia na tym kierunku, zaczęto mnożyć przedmioty „pielęgniarstwie”. Podejrzewam, iż socjologdy dopatryliby się w tym zjawisku przejawów efektu św. Mateusza. Istnieją przecież już porządnie napisane podręczniki, choćby angielskie czy francuskie, które można przetłumaczyć i dostosować do polskich warunków, dodając odpowiedni rozdział.

Lektura tylnej okładki podręcznika *Pielęgniarstwo transkulturowe* pozwoliła odkryć zupełny bezkrytycyzm Autorki zamieszczonego tam tekstu, która napisała: *Publikacja adresowana jest do pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa. Może być również przydatna dla położnych, lekarzy, psychologów, rehabilitantów, ratowników medycznych, dietetyków i pracowników socjalnych*. Doprawdy, „przydatna”? Polscy lekarze domyślą się wreszcie, że są akademickimi dyletantami, bowiem lecząc metodami tybetańskimi, wyleczą cukrzycę i nadciśnienie, a przeszczepy nerek okażą się zbędne. Dowiedzą się też, że można przeszczepiać oczy, a holizm znalazł się w medycynie dzięki Florencji Nightingale. Czyż nie jest to cudowna wizja?

Etnopielęgniarstwo od pielęgniarstwa transkulturowego dzieli jedynie sposób uprawiania tych dyscyplin, lecz to sprawia, iż trzeba pokonać pewną metodologiczną przepaść, a dla niektórych nieprzygotowanych osób jest ona nie do pokonania. Nie pojmuję, dlaczego to akurat humanista jest zmuszany do wyławiania medycznych nonsensów z podręcznika dla studiów medycznych? Czyżby przedstawiciele zawodów medycznych ich nie widzieli? Od ukazania się podręcznika minęły prawie dwa lata.

Przedmiot *pielęgniarstwo transkulturowe* może teraz wyklądać wyłącznie pielęgniarka z prawem wykonywania zawodu, po rocznym stażu (gdzie? – nie wiadomo), na podstawie podręcznika napisanego głównie przez pielęgniarki, po zajęciach z dydaktyki pielęgniarstwiej oraz praktyce pielęgniarstwa-pedagogicznej, z uwzględnieniem standardów.

Czy „pielęgniarstwo transkulturowe” zwane kiedyś „etnpielęgniarstwem” naprawdę stało się wyłącznie pielęgniarstkiem „kotem czarnym”? W magicznych wierzeniach w europejskim społeczeństwie, czarne koty uchodzą za feralne. Wypadałoby pogłębić wiedzę o kulturach świata i o etyce pracy naukowej, bo już trochę za późno na interdyscyplinarną

współpracę. Jak dotąd ta „współpraca” jest wysoce nieuczciwa – pielęgniarstwo z innych nauk obficie korzysta, nie uznaje jednak wiedzy zaczerpniętej z medycyny i pielęgniarstwa u osób parających się innymi dyscyplinami. Z żalem stwierdzam, iż zasada wzajemności, manifestowana w antropologii kulturowej już w badaniach nad społecznościami plemiennymi (jako *potlacz czy kula*), niestety w „cywilizowanym” polskim pielęgniarstwie nie obowiązuje. Szkoda. Przecież można podzielić zajęcia pomiędzy pielęgniarkę i osobę z wykształceniem humanistycznym. Skoro KRASzM wyraża niepokój, co do kompetencji humanisty w pielęgniarstwie, dlaczego nie wyraża jakiegokolwiek niepokoju co do kompetencji pielęgniarek w zakresie nauk humanistycznych? Pytanie to pozostanie zapewne retoryczne. Pielęgniarstwo transkulturowe wykładają zatem pielęgniarki w oparciu o „odpowiedni” podręcznik. Minęły dwa lata, a nikt się na jego jakość nie skarży?

PIŚMIENICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych z dnia 15 kwietnia 2002 roku, Dz.U.2002.55.499, § 3, pkt 2.
2. Dynowski W. Miejsce etnografii wśród innych nauk i znaczenie badań nad jej dziejami W: Terlecka M, red. Historia etnografii polskiej. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Wyd. PAN; 1972; 13-28.
3. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010.
4. Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000; 2(43): 34-6.
5. Kutalek R. Erich Drobec – Pionier der Ethnomedizin im Spannungsfeld Religion und Medizin. Anthropos. 2009; 2(104): 527-532.
6. Penkala-Gawęcka D. Etnomedycyna. W: Staszczak Z, red. Słownik etnologiczny. Terminy ogólne. Warszawa–Poznań: PWN; 1987; 100-102.
7. Wdowiak L. Miejsce etnomedycyny w antropologii i medycynie. Arch Hist Filoz Med. 2003; 3-4(66): 285-292.
8. Staszczak Z, red. Słownik etnologiczny. Terminy ogólne. Warszawa–Poznań: PWN; 1987.
9. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B. Przedmowa. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010; 5-7.
10. Majda A, Zalewska-Puchała J. Teoria transkulturowej opieki pielęgniarskiej. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010: 13-26.
11. Grzymała-Moszczyńska H. Komunikowanie międzykulturowe. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010: 27-31.
12. Słowniczek. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010: 174-181.
13. Warren M. World Religions. Belmont: Cengage Learning; 2008.
14. Eliade M. Sacrum i profanum. O istocie religijności. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999.
15. Ziarko E, Bodys-Cupak I, Fonfara I. Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad Świadcami Jehowy. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010: 141-148.
16. Smuts J. Ch. Holism and Evolution. London: Macmillan and Co.; 1927.
17. Ogórek-Łęcza B. Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi buddyzm. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Łęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010: 124-140.
18. Mani MK. Development of cadaver renal transplantation in India. Nephrology. 2002; 4(7): 177-182.
19. Abraham G, i wsp. Deceased-donor renal transplantation program in India Nephrologists Sans Frontières. Kidney Int. 2010; 77(5): 378-380.
20. <http://wikipedia.org/wiki/Ajurweda> i następne: Fez, Szariat, Halal, Turban, Galabija, Abhidharma, Egzegeza (dostęp: 17.08.2010).
21. Frauwallner E. Historia filozofii indyjskiej. Warszawa: PWN Tom 1 1990: 172-175.
22. Kultura. [www.http://wikipedia.org/wiki/Kultura](http://wikipedia.org/wiki/Kultura) (dostęp: 13.02.2011).
23. Religia. [www.http://wikipedia.org/wiki/Religia](http://wikipedia.org/wiki/Religia) (dostęp: 13.02.2011).
24. Heinrich M, Edwards S, Moerman D E, Leonti M. Ethnopharmacological field studies: A critical assessment of their conceptual basis and methods. JEP. 2009; 124: 1-17.

Ethnonursing and transcultural nursing – ‘putting the cart before the horse’ based on personal experience

Abstract

In Polish nursing, certain xenophobic behaviour can be observed which manifests itself, among other things, in assigning interdisciplinary subjects only to nurses. Abandoning education in the specialty of ethnonursing and introducing a new subject ‘transcultural nursing’ taught by academic staff without ethnological, anthropological or historical studies degree, raises suspicions that they may not be prepared to teach the subject or conduct scientific research in the ‘new branch of nursing’ – the transcultural branch. Almost two years ago, scientific researchers from the Collegium Medicum at the Jagiellonian University wrote an academic book dealing with ‘Transcultural Nursing’, without prior research and based on data that was not always scientific. To-date, this had not come to the attention of any representatives of the medical professions. It seems that only one of the authors has legitimate scientific experience in the field of cultural anthropology, but the chapter written by her is only five pages long and based only on one source. The handbook does not contain essential knowledge regarding ethnonursing, its focus is mainly on the problems that may arise when taking care of patients from various cultural backgrounds from the point of view of selected religions. It also provides details about taking care of Romani patients. The handbook does not distinguish between culture and religion, even though the Romani example clearly indicates that it is an inept concept. Such actions not only lower the rank of nursing as a new scientific branch, but also cause harm to the 650 years of tradition of the Jagiellonian University. It seems that the nursing studies urgently require the introduction of a greater number of hours of classes in logic and the history of medicine and nursing than to-date.

Key words

ethnonursing, transcultural nursing, ethics, ethnomedicine

