

## Wybrane aspekty opieki medycznej w Polsce nad pacjentem pochodzącym z kręgu kultury islamu

### Chosen aspects of medical care in Poland for patient from the Islamic culture

Agnieszka Chrzan-Rodak<sup>1</sup>, Jadwiga Bąk<sup>1</sup>, Michał Machul<sup>1</sup>, Monika Bieniak<sup>1</sup>, Justyna Chaldaś-Majdańska<sup>1</sup>, Beata Dobrowolska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie / Students' Scientific Association, Department of Nursing Development, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

<sup>2</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, opiekun SKN/ Department of Nursing Development, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Students' Association supervisor

**Słowa kluczowe:** islam, pacjenci zróżnicowani kulturowo, opieka medyczna  
**Key words:** Islam, culturally diverse patients, medical care

Agnieszka Chrzan-Rodak,  
Jadwiga Bąk,  
Michał Machul,  
Monika Bieniak,  
Justyna Chaldaś-Majdańska,  
dr n. hum. Beata Dobrowolska

### Streszczenie

**Wstęp.** Postępujący proces globalizacji stawia nowe wyzwania przed opieką zdrowotną w Polsce, które dotyczą m.in. zapewnienia bezpieczeństwa kulturowego pacjentom pochodzącym z odmiennych kręgów kulturowych.

**Cel.** Celem pracy jest analiza wybranych aspektów opieki medycznej w Polsce nad pacjentem- przedstawicielem kultury islamu.

**Metody.** Dokonano kontekstowej analizy jakościowej wywiadów zgromadzonych wśród pięciu przedstawicieli islamu zamieszkujących miasto Lublin. Badania zostały przeprowadzone w 2016 roku w Centrum Kultury Islamu w Lublinie. W procesie doboru

przedstawicieli islamu zastosowano metodę kuli śnieżnej. Wywiady nagrano a następnie transkrybowano.

**Wyniki.** Analiza jakościowa uzyskanych danych pozwoliła na wyodrębnienie następujących głównych kategorii zagadnień związanych z opieką nad pacjentem z kręgu kultury islamu w praktyce pielęgniarskiej: modlitwa w warunkach szpitalnych; post w warunkach szpitalnych; posiłki w szpitalach; opieka i pielęgnacja a płeć opiekunów; leczenie i leki; wyzwania w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo.

**Wnioski.** Badania pokazały, iż realizacja praktyk religijnych, różnice kulturowe w zakresie spożywanych posiłków, przyjmowanych leków, realizacji wybranych procedur medyczno-opiekuńczych oraz w zakresie komunikacji to te elementy, które wymagają większej uwagi personelu medycznego w procesie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo, a w tym przypadku z kręgu kultury islamu. Pacjenci z kultury islamu przebywający w polskich szpitalach wykazują gotowość dostosowania się do systemu opieki medycznej, w ramach którego objęci są opieką oraz poszukiwania alternatywnych sposobów działania, które pozwolą zachować ich kulturową tożsamość. Istnieje potrzeba kształtowania kompetencji kulturowych studentów kierunków medycznych oraz aktywnych zawodowo pracowników medycznych w celu zapewnienia bezpieczeństwa kulturowego podopiecznym.

## Abstract

**Introduction.** The progressing globalisation process creates new challenges for healthcare in Poland, which are related mainly providing cultural security for patients from different culture circles.

**Aim.** The objective of the study is to analyse chosen aspects of medical care in Poland for patients from the Islamic culture.

**Methods.** A qualitative, contextual analysis of the material from interviews conducted among five followers of Islam who live in Lublin. The survey was carried out from 20 June to 8 July 2016 at the Islamic Cultural Centre in Lublin. The process of sampling the representatives of Islamic culture involved the snowball sampling method. The interviews were recorded and transcribed.

**Results.** The qualitative analysis of the data obtained made it possible to specify the following categories of issues related to care for patients representing the Islamic culture in nursing practice: prayer in the hospital environment, fasting in hospital conditions, meals in hospitals, care and nursing and the carer's sex, treatment and medications, challenges in care for patients from different culture circles.

**Conclusions.** The survey results show that religious practices, cultural differences related to meals, medications, selected medical and care procedures and communication are issues which require greater attention of medical personnel in the process of care for patients representing different cultures – in this case the Islamic culture. Patients from the Islamic culture staying in Polish hospitals are ready to adjust to the healthcare system and to seek alternative procedures enabling them to preserve their cultural identity. Developing the cultural competence of medical students and occupationally active medical professionals is an important issue aiming at protecting cultural safety of the patient.

## Wprowadzenie

Z danych raportu Głównego Urzędu Statystycznego z 2011 roku w społeczeństwie polskim funkcjonują następujące duże grupy kulturowe i religijne: katolicy 33,728 mln.; prawosławni 156,6 tys.; protestanci 122,6 tys.; Świadkowie Jehowy 137,3 tys.; muzułmanie 5,1 tys.; żydzi 0,8 tys.; buddyści 6,0 tys.; hindusi 0,9 tys. [GUS, 2015; 2016]. W związku z

narastającymi ruchami migracyjnymi można się spodziewać, iż odsetek przedstawicieli innych kultur będzie wzrastał. Dlatego ważne jest przygotowanie personelu medycznego do nowych wyzwań, jakie mogą w związku z tym spotkać w praktyce klinicznej. Pracownicy ochrony zdrowia powinni posiadać podstawowe informacje dotyczące różnych grup kulturowych oraz rozwijać postawy szacunku wobec drugiego człowieka i jego kultury. Odpowiednie przygotowanie personelu medycznego oraz systematyczne uzupełnianie przez niego wiedzy pozwala na zapewnienie holistycznej opieki nad chorym, również tym, który własne życie i zdrowie postrzega przez pryzmat swojej kultury oraz na uniknięciu przykrych sytuacji, w których może dochodzić do obrazy uczuć np. religijnych [Szreder & Kurowska, 2011; Pruszyński i wsp., 2013; Krajewska-Kułak i wsp., 2015].

### **Cel pracy**

Celem pracy jest analiza wybranych aspektów opieki medycznej w Polsce nad pacjentem pochodzącym z kręgu kultury islamu.

### **Material i metoda**

Przeprowadzono pięć wywiadów z osobami z kręgu kultury islamu, które nagrano, a następnie transkrybowano. Zastosowano metodę kuli śnieżnej w doborze przedstawicieli islamu. Metoda ta polega na nielosowym doborze próby, rekrutowaniu uczestników dzięki pomocy innych uczestników. Jest to metoda wykorzystywana wówczas, gdy trudno jest dotrzeć do osób badanych.

### **Proces gromadzenia materiału badawczego**

Badania przeprowadzono w okresie od 20 czerwca do 8 lipca 2016 roku w Centrum Kultury Islamu w Lublinie. Centrum to otwarta przestrzeń dialogu i wymiany poglądów między mieszkańcami Lublina, a wyznawcami islamu. Działalność Ośrodka to działalność organizacji życia religijnego lokalnej społeczności muzułmańskiej, edukacja i upowszechnianie kultury islamskiej. Badaniem zostało objętych pięć osób, w tym dwie kobiety i trzech mężczyzn w przedziale wiekowym od 24 do 69 lat. Z opieki medycznej specjalistycznej korzystała w Polsce jedna osoba, dwie osoby korzystały z Podstawowej Opieki Zdrowotnej, pozostałe nie korzystały z opieki zdrowotnej w Polsce. Wywiady przeprowadzono w formie swobodnych rozmów na podstawie wcześniej przygotowanych zagadnień dotyczących: możliwości realizacji praktyk religijnych w szpitalu, diety wynikającej z wierzeń, przyjmowania leków, pielęgnacji, komunikacji z personelem medycznym, problemów z jakimi styka się wyznawca islamu w opiece medycznej. Osoby, które wzięły udział w badaniu zostały poinformowane o celach i przebiegu badań oraz o ich anonimowości i ochronie danych, a także możliwości wycofania się z badań na każdym etapie ich trwania. Wywiady nagrano za pomocą dyktafonu, a następnie transkrybowano. Dokonano analizy jakościowej zgromadzonych danych.

### **Analiza danych**

Analizy kontekstowej [Hsieh & Shannon, 2005] materiału badawczego dokonywały trzy osoby niezależnie od siebie, identyfikując główne kategorie pojawiające się w wywiadach. Następnie przystąpiono do szczegółowej niezależnej analizy wywiadów i wyszczególnienia subkategorii z jednoczesnym przypisaniem anonimowo cytatów do każdej z nich. Po dokonaniu trzech niezależnych analiz porównano wyodrębnione kategorie i subkategorie oraz dokonano procesu ich uzgodnienia i ujednoczenia.

## Aspekty etyczne

Wszyscy rozmówcy wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu i podpisali formularz świadomej zgody. W celu zachowania anonimowości uczestnicy badania zostali oznaczeni numeracją od n1 do n5. Numeracją n2 i n5 zostały oznaczone wypowiedzi kobiet natomiast n1, n3, n4 wypowiedzi mężczyzn.

## Wyniki

Analiza jakościowa zgromadzonego materiału pozwoliła na wyodrębnienie sześciu kategorii i odpowiadających im subkategorii (tabela 1).

**Tabela 1.** Kategorie i subkategorie wyodrębnione w wyniku analizy materiału badawczego

Kategorie	Subkategorie
<b>I. Modlitwa w warunkach szpitalnych</b>	1. Miejsce do modlitwy 2. Modlitwa w trudnych warunkach
<b>II. Post w warunkach szpitalnych</b>	1. Post w czasie choroby 2. Stosunek personelu medycznego do pacjentów innego wyznania
<b>III. Posiłki w szpitalach</b>	1. Zasady żywienia muzułmanów 2. Alternatywa żywieniowa dla muzułmanów
<b>IV. Opieka i pielęgnacja a płęć opiekunów</b>	1. Płęć opiekuna
<b>V. Leczenie i leki</b>	1. Leki a substancje niezgodne z wiarą 2. Gotowość personelu medycznego do współpracy
<b>VI. Wyzwania opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo</b>	1. Lęk przed odmiernością 2. Brak tolerancji dla odmiennej kultury 3. Niewiedza personelu medycznego na temat innej kultury 4. Język komunikacji 5. Uprzedzenia

Pierwszą wyodrębnioną w ramach analizy kategorią jest *modlitwa w warunkach szpitalnych*. W wypowiedziach badanych osób pojawiły się kwestie dotyczące *miejsca do modlitwy*. Badani podkreślali, że każdy pacjent odmienny kulturowo ma prawo do praktyk religijnych i należy wydzielić miejsce dla wyznawców innych religii w postaci np. pokoju z pustymi ścianami, bez symboli religijnych: [n2] „(...) bo różne są wyznania, różnych wyznań są ludzie i powinno się dać możliwość wielbienia Boga w każdej sytuacji”. Sala pacjenta nie jest odpowiednim miejscem przeznaczonym do praktyk religijnych islamu ze względu na obecność innych pacjentów na sali, brak przestrzeni oraz skażenie np. krwią: [n4] „w pokoju w szpitalu myślę, że ciężko się modlić nam, musi być czysto”. Kolejny aspekt pojawiający się w wypowiedziach badanych to *modlitwa w trudnych warunkach*. Religia islamu w przypadku choroby jest dość elastyczna i jeśli warunki na to nie pozwalają to można zrezygnować z modlitwy na pewien czas w takiej formie w jakiej powinna być praktykowana: [n1] „natomiast islam jest na tyle elastyczny, że on się dostosuje, bo ja jestem chory, ja jestem w takim miejscu a nie innym (...)”.

Druga wyodrębniona kategoria to *post w warunkach szpitalnych*. Tutaj wypowiedzi badanych koncentrowały się przede wszystkim na *poście w czasie choroby* oraz na *stosunku*

*personelu medycznego do pacjentów innego wyznania*. Respondenci podkreślali, że w przypadku choroby najważniejsze jest życie i zdrowie człowieka, dlatego jeśli lekarz zaleca odstępianie od postu jest to praktykowane wśród muzułmanów: [n1] „(...) Jeśli lekarz uważa, że nie można pościć to grzechem jest pościć w tym przypadku”. Ważna jest tu jednak kwestia postawy personelu medycznego, który powinien wskazać pacjentowi medyczne uzasadnienie konieczności odstępiania od postu: [n2] „nie było tłumaczenia, że ja poszczę, tylko nakaz”.

Następna wyłoniona kategoria to **posiłki w szpitalach**. Wypowiedzi badanych dotyczyły przede wszystkim *zasad żywienia muzułmanów*, które dotyczą zakazu spożywania wieprzowiny. W polskich szpitalach często są podawane posiłki z wieprzowiną, bądź jej dodatkiem: [n4] „nie wiem czy w szpitalu by mi nie dali wieprzowiny, a by powiedzieli, że to wołowina może... (oklamaliby) żeby było łatwiej”. Podkreślano także kwestię *alternatywy żywieniowej dla muzułmanów*: zdarzają się sytuacje, w których personel medyczny nie uwzględnia preferencji żywieniowych pacjentów odmiennych kulturowo i nie proponuje alternatywnych rozwiązań żywieniowych, przez co często rodzina musi zapewniać pacjentowi wyżywienie: [n5] „pamiętam, jak jedna właśnie pielęgniarka mi powiedziała, że to nie restauracja, że dają co mają”.

Wyodrębniono także kategorię **opieka i pielęgnacja a płeć opiekunów**. W szpitalach wyznawcy islamu preferują, kiedy osoba opiekuna medycznego ma płeć pacjenta: [n3] „Kobieta jest dla kobiet.” Jednak w aspekcie zagrożenia zdrowia i w przypadku braku możliwości opieki oraz pielęgnacji pacjentów przez osoby tej samej płci odstępuje się od tej zasady, ponieważ życie i zdrowie człowieka jest najważniejszą wartością: [n5] „jak by nikogo nie było no to zdrowie najważniejsze, zawsze”.

Następna kategoria dotyczy **leczenia i leków**. W ramach tej kategorii, wypowiedzi respondentów koncentrowały się na dwóch kwestiach: *leki a substancje niezgodne z wiarą* oraz *gotowość personelu medycznego do współpracy*. Personel medyczny powinien proponować zamienniki lekowe, jeśli istnieje taka możliwość, dostosowując leczenie do zasad wiary. Jednak w przypadku ich braku na czele stoi zasada ochrony życia i zdrowia ludzkiego jako najwyższych wartości: [n1] „jak nie ma odpowiednika to też to nie jest żaden problem, dlatego też wchodzi to pod konieczność”; [n4] „ja bym poprosił o inny lek... jak nie ma to jesteśmy w sumieniu zwolnieni. Zdrowie jest ważne, ręce lekarza to ręce Allaha.” Proponowanie zamienników lekowych nie jest według badanych powszechnie stosowaną praktyką w szpitalach: [n2] „nie proponują, po prostu nie przestrzega się tych zasad ani reguł, które po prostu obowiązują nas (...)”.

Ostatnią wyłonioną w analizie kategorią to **wyzwania w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo**. Tutaj pojawiła się kwestia *lęku przed odmiennością*. Według rozmówców, w polskich szpitalach personel medyczny jak i pacjenci reagują niepokojem na wszystko co jest nieznanne i obce, natomiast lęk przed odmienną kulturą najczęściej wynika z braku wiedzy: [n4] „Widać jak ludzie czasami na nas patrzą, jak idę z dziećmi i żoną, jakieś zdziwienie czy coś (...)”. Lęk przed czymś co nieznanne i obce wyzwała w ludziach negatywne odczucia, które często w służbie zdrowia przekładają się na zachowanie i stosunek wobec pacjenta. Agresywne zachowania przejawiać się mogą w werbalny lub niewerbalny sposób, czasem nawet bez świadomości, iż druga osoba odczytuje dane zachowanie w ten sposób: [n1] „jest strach, który przeradza się w agresję”. Inną kwestią poruszaną przez respondentów była *tolerancja dla odmiennych kultur*. Badani pacjenci uważają, iż w polskich szpitalach brak jest poszanowania cudzych poglądów i wierzeń, szczególnie kiedy różnią się od tych powszechnie przyjętych w naszym kraju: [n2] „to jest brak tolerancji do czegoś co jest po prostu inne”. Kolejną wyodrębnioną subkategorią jest *wiedza personelu medycznego na temat innej kultury*. Według respondentów, w polskiej służbie zdrowia jak również w społeczeństwie polskim brakuje wiedzy na temat innych kultur i tradycji oraz brak jest przejawów chęci uzupełniania tej wiedzy, nawet poprzez bezpośrednie pytania do osób z

innej kultury: [n4] „Polacy jednak często za mało o nas wiedzą”. Następnym zagadnieniem poruszonym w ramach tej kategorii jest *język komunikacji*. W polskich szpitalach pacjenci odmiennych kultur często napotykają na bariery językowe, niewiele osób z personelu medycznego włada językiem angielskim, natomiast pacjenci reprezentujący inną kulturę nie zawsze w pełni posługują się językiem polskim. Badane osoby wyrażają zrozumienie i czują potrzebę uczenia się języka kraju, w którym przebywają: [n5] „język, to raczej jest problem. Wiesz, nie każdy z nas mówi po polsku, trzeba się uczyć tyle. To raczej nasz problem”. Ostatnią kwestią wyłonioną w toku analizy są *uprzedzenia*. Polacy nie wzbogacają swojej wiedzy o obiektywne informacje na temat islamu. Najczęściej źródłem wiedzy o świecie są media, które przedstawiają tą religię w sposób negatywny, skąd biorą się uprzedzenia: [n1] „niektórzy są tak uprzedzeni bezpodstawnie”.

## Dyskusja

Muzułmanów obowiązuje stosowanie się do pięciu filarów islamu. Przynależy do niej modlitwa codzienna, czyli salat. To rytuał, który odmawia się pięć razy w ciągu doby. Odmawiającego salat obowiązuje stan rytualnej czystości, dokonania obmycia wodą bądź piaskiem. Należy rozłożyć specjalny dywanik (nie jest obowiązkowy), następnie zwrócić się w kierunku Mekki i wykonać określoną liczbę pokłonów, gestów i recytacji wersetów Koranu. Istotne znaczenie mają modlitwy piątkowe, które odmawia się wspólnie w meczecie z towarzyszącym kazaniem [Pruszyński i wsp., 2013]. Badani zwracali uwagę, że chcieliby mieć możliwość skorzystania z wydzielonego dla nich miejsca w szpitalu do odmówienia modlitwy w czystości, ciszy oraz bez towarzyszącego wzroku współpacjentów. Jednocześnie, podkreślali, że w sytuacji choroby mają przyzwolenie niewykonywania większości praktyk religijnych, na co wskazują także inne wyniki badań [Szrder & Kurowska, 2011].

Kolejnym ważnym aspektem dla wyznawców islamu jest post czyli Ramadan. Trwa on 30 dni od brzasku do zachodu słońca i odbywa się zawsze w dziewiątym miesiącu roku księżycowego, który wypada w różnych okresach roku słonecznego. W tym czasie obowiązują następujące zasady: nie wolno jeść ani pić, kłamać, a także palić tytoniu i odbywać stosunków seksualnych [Guzowski i wsp., 2015]. Od jego przestrzegania zwolnione są osoby przewlekle chore, kobiety w ciąży, a także karmiące piersią oraz podróżujący. W zamian mają oni obowiązek zachować post w innym okresie roku [Pruszyński i wsp., 2013]. Badane osoby potwierdziły ten aspekt przyznając, że muzułmanin jest w stanie odmówić sobie postu dla dobra własnego zdrowia.

Nawyki żywieniowe przedstawicieli islamu w tym zasady żywienia mogą stanowić problem w warunkach szpitalnych. Niedozwolone jest spożycie wieprzowiny i pochodnych produktów w nieodpowiedni sposób zabijanych zwierząt (obowiązuje rytualny ubój dokonany przez muzułmanina). Dozwolone jest mięso drobiowe, kóz, owiec, wielbłądów oraz wołowina, króliki, ryby roślinożerne i zwierzęta roślinożerne (dziczyzna). Do produktów wątpliwych zalicza się żelatynę, enzymy, emulgatory i inne produkty pochodzenia zwierzęcego. [Pruszyński i wsp., 2013] Z relacji lekarzy wynika, iż: „W dobie zewnętrznego cateringu, jakim posiłkują się szpitale, nie byłoby problemem zamówienie posiłków bez mięsa wieprzowego. Jednak do takich decyzji potrzebna jest wiedza pozamedyczna i chęć zrozumienia potrzeb „innego”. Są to oczywiście „techniczne” kwestie obsługi pacjenta innego kulturowo” [Cyt. za: Konopacki & Ryszewska, 2015, s. 320] Dlatego też, muzułmanie przystosowali się do organizacji posiłków we własnym zakresie [Konopacki & Ryszewska, 2015]. Także z tego względu, iż brakuje im zaufania do polskiego personelu medycznego, obawiają się bowiem, iż mogliby zostać oszukani na temat produktów podanych na talerzu.

Dla wyznawców islamu płeć lekarza i innych pracowników ochrony zdrowia świadczących opiekę medyczną nie stanowi problemu. Są zdania, iż zdrowie jest najważniejsze, choć w swojej tradycji preferują zasadę, że kobietą powinna opiekować się kobietą, a nad męczyzną opiekę medyczną powinien sprawować mężczyzna [Szreder & Kurowska, 2011].

Kolejnym istotnym aspektem opieki medycznej są leki i ich składniki. Powyżej wspomniano już o produktach zakazanych, lecz w opinii badanych dla dobra zdrowia mogą przyjąć lekarstwa, których skład wyklucza ich stosowanie według zasad islamu. Osoby badane zwracają uwagę na inny problem występujący w polskich szpitalach, czyli brak alternatywy

i chęci ze strony personelu do stosowania zamienników. Zwraca się uwagę, iż dla świadków Jehowy polskie szpitale są w stanie działać zgodnie z zasadami ich wiary, o czym świadczy posiadany przez nich dokument „Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej” [Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach, 2015].

Kobiety noszące hidżab, poprzez swój strój przyciągają wzrok innych ludzi, ponieważ wyróżniają się z tłumu [Konopacki & Ryszewska, 2015]. Ciągłe spojrzenia przechodniów traktują jako brak tolerancji. Innym czynnikiem, oprócz wyglądu fizycznego, mającym wpływ na postrzeganie osób odmiennych kulturowo jest utrudniona komunikacja międzykulturowa. Pracownicy służby zdrowia powinni nieść pomoc w sposób odpowiadający potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, ze względu na ich różnorodność kulturową, gdyż każdy z nas ma prawo do poszanowania swojego pochodzenia i dziedzictwa kulturowego. Ważne by personel medyczny zdobył pewien zasób wiedzy na temat innej kultury i religii, co umożliwi prowadzenie kulturowo wrażliwej i kompetentnej opieki. Bariery językowe, w tym brak podstawowej znajomości języka angielskiego stanowi jeden z istotnych problemów. Również postrzeganie obcych przez pryzmat uprzedzeń i stereotypów uniemożliwia obiektywne postrzeganie innych oraz zniechęca do podjęcia komunikacji [Ślifirczyk, 2015]. Obawy osób badanych w tym zakresie nie są bezpodstawne. W dobie XXI wieku, w związku z rosnącą wielokulturowością społeczeństwa, niezbędne jest uwzględnienie tej problematyki w procesie edukacji dyplomowej i podyplomowej przedstawicieli opieki zdrowotnej. Warto w podręcznikach akademickich oraz podczas studiów dla przyszłych pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych grup zawodowych wprowadzić zajęcia, które będą uwrażliwić na różnice kulturowe i religijne, z którymi będą się stykać w swojej codziennej pracy. Należy również nabyte umiejętności stosować w praktyce w kierunku wyzbycia się stereotypów kulturowych i wzmacniania postawy szacunku wobec drugiego człowieka i jego kultury oraz religii [Van Damme - Ostapowicz, 2015].

## **Wnioski**

Dokonana analiza pokazała, iż realizacja praktyk religijnych, różnice kulturowe w zakresie spożywanych posiłków, przyjmowanych leków, realizacji wybranych procedur medyczno-opiekuńczych oraz w zakresie komunikacji to te elementy, które wymagają większej uwagi personelu medycznego w procesie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo, a w tym przypadku z kręgu kultury islamu. Pacjenci z kultury islamu w sytuacji hospitalizacji wykazują gotowość dostosowania się do systemu opieki medycznej, w ramach którego objęci są opieką oraz poszukiwania alternatywnych sposobów działania, które pozwolą zachować ich kulturową tożsamość. Należy prowadzić dalsze badania na temat opieki i edukacji wobec odmiennych kultur w Polsce, aby podwyższyć standardy opieki.

Bardzo istotne jest również kształtowanie kompetencji kulturowych i wrażliwości kulturowej wśród personelu medycznego, które pozwolą zadbać o bezpieczeństwo kulturowe pacjentów reprezentującym odmienną kulturę.

## Piśmiennictwo

1. GUS. Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2015.
2. GUS. Wyznania religijne w Polsce 2012-2014, Warszawa 2016
3. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G., Krajewska-Ferishah K. *Judaizm, Islam i Tatarzy polscy*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A., Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 93- 94.
4. Hsieh H.F., Shannon S.E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15: 1277-1288.
5. Konopacki A., Ryszewska M. *Pacjent muzułmański w Polsce*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 318-320.
6. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Guzowski A., Bejda G., Lankau A., Cybulski M. *Miejsce pacjenta odmiennego kulturowo w opiece zdrowotnej*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 13-14.
7. Pruszyński J., Putz J., Cianciara D. *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*. *Hygeia Public Health*, 2013; 48(1): 108, 114.
8. Ślifirczyk A. *Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 140-144.
9. Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach. *Opieka medyczna nad pacjentem – świadkiem Jehowy*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 308-309.
10. Szreder B., Kurowska K. *Muzułmanka w szpitalu*. W: *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2011, 10: 40.
11. Van Damme- Ostapowicz K. *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*. W: Pacjent odmienny kulturowo, red.: Krajewska –Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. Wyd. I, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2015: 113-124.