

**Adam Bobryk**

ORCID: 0000-0001-5876-4685

adam.bobryk@uws.edu.pl

Uniwersytet w Siedlcach

Wydział Nauk Społecznych

## **Wielokulturowość w aspekcie zainteresowań socjologii medycyny**

*Pacjent odmienny kulturowo*, red. Elżbieta Krajewska-Kułak,  
Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Agnieszka Lankau,  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydawnictwo Naukowe  
Silva Rerum, Poznań 2023, ss. 346

DOI: 10.34739/doc.2024.21.16

Globalizacja coraz bardziej dynamizuje proces zmian społecznych. W latach sześćdziesiątych, w odniesieniu do tego zjawiska, rozpowszechniony został termin „globalna wioska”<sup>1</sup>. Spopularyzował go kanadyjski badacz Herbert Marshall McLuhan<sup>2</sup>. Jednocześnie McLuhan rozwijał myśl dotyczącą „globalnej wioski” wskazując, iż wiele problemów można rozwiązać przy podjęciu szerokiej współpracy i zaangażowania nie tylko bezpośrednio zainteresowanych stron, odchodząc od koncepcji regionalizmu do globalizmu<sup>3</sup>. Wydawało się wówczas, że świat zaczął tracić powoli wyraźne granice, które dzieliły go na odrębne części. Rozwój środków transportu, łączności, mediów, kształtowanie ponadnarodowych struktur, coraz większe znaczenie korporacji oderwanych od państwa narodowego, formowały nową rzeczywistość, która powodowała, iż odległość przestrzenna traciła na znaczeniu, a jednocześnie dynamizowała się mobilność migracyjna.

<sup>1</sup> Cf. H.M. McLuhan, *Die Gutenberg-Galaxis. Das Ende des Buchzeitalters*, Düsseldorf 1968.

<sup>2</sup> Vide P. Marchand, *Marshall McLuhan. Botschafter der Medien. Biographie*, Stuttgart 1999.

<sup>3</sup> Cf. H.M. McLuhan, Q. Fiore, *Krieg und Frieden im globalen Dorf. Eine Bestandsaufnahme einiger d. gegenwärtigen festgefahrenen Situationen, aus denen es einen Ausweg gäbe, wenn man mehr vorwirkte*, Düsseldorf 1971.

W efekcie tworzyły się też zupełnie nowe struktury społeczne o zróżnicowanych cechach demograficzno-społecznych. Prowadziło to też do podnoszenia znaczenia społeczności migracyjnych, które wpływały na przekształcenia w krajach zamieszkania oraz rozwój procesów wielokulturowości.

Migracje pobudzały rozwój różnorodności, ale także wytwarzanie się nowych wartości. Od wieków kształtowały one procesy transkulturowości czy wielokulturowości<sup>4</sup>. W literaturze można spotkać nawet odnoszące się do tego kontekstu określenie „młyn narodów” opisujące procesy sprzed wieków<sup>5</sup>. Migracje, funkcjonowanie społeczności imigrantów, wpływ mobilności na kwestie związane z tożsamością, obrosły w wiele mitów i stereotypów<sup>6</sup>. Procesy te oczywiście mają znaczący wpływ na zagadnienia identyfikacji i autoidentyfikacji, gdyż uwarunkowują społecznie i kulturowo szereg istotnych czynników oddziałujących na poczucie przynależności, odrębności, zmienności, stałości czy zakorzenienia<sup>7</sup>. Niewątpliwie wielokulturowość nie stanowi nowego zjawiska, ale uwarunkowania globalizacyjne przyspieszyły jej rozwój i zwiększyły skalę oddziaływania. Można postrzegać ją z wielu perspektyw. Z pewnością wielokulturowość stanowi pewną formę integracji, przy zachowaniu różnorodności. Z założenia ma nie tworzyć dystansu, a sprzyjać zbliżaniu. Według Patricka Savidana takie podejście jest właściwe dla krajów o ustroju demokratycznym. Wielokulturowość opiera się na akceptacji „wielości grup etniczno-kulturowych, stanowiących znaczną część (...) populacji [państwa], z drugiej zaś strony na zapewnieniu pomyślnego współżycia tych różnorodnych kultur, na podstawie możliwie jasno określonych zasad. Koncepcja wielokulturowości oznacza w konsekwencji rezygnację z agresywnej asymilacji, obojętnej na to, co w tych kulturach zasługuje na uznanie”<sup>8</sup>. Należy podkreślić, iż zasada wielokultu-

<sup>4</sup> Cf. H. Fischer, *Migrationen und Migranten. Wanderbewegungen in der Alten Welt zwischen Frühgeschichte und Nachmittelalter*, Koblenz 2019; M. Borgolte, *Migrationen als transkulturelle Verflechtungen im mittelalterlichen Europa. Ein neuer Pflug für alte Forschungsfelder*, Berlin 2023.

<sup>5</sup> M. Matheus, *Völkermühle Europas. Migrationen an Rhein und Mosel*, Stuttgart 2018.

<sup>6</sup> *Migrationen und Mythen, Identitäten und Raumbilder – historische Narrative von Einwanderergesellschaften*, red. M. Asche, U. Niggemann, Augsburg 2015.

<sup>7</sup> Cf. H. Mamzer, *Tożsamość w podróży. Wielokulturowość a kształtowanie tożsamości jednostki*, Poznań 2003.

<sup>8</sup> P. Savidan, *Wielokulturowość*, Warszawa 2012, s. 17-18. Należy również wskazać, za Barbarą Szacką, na relatywizm kulturowy jako element światopoglądu. „Polega [on] na przekonaniu, że wszystkie kultury są równe. Można je porównywać i wskazywać podobieństwa oraz różnice między nimi, ale nie wolno ich mierzyć jedną miarą i szeregować na skali kultur wyższych i niższych, lepszych i gorszych. Światopoglądowy

rowości nie opiera się tylko na funkcjonowaniu różnorodnych kultur obok siebie, a wchodzeniu we wzajemne interakcje, z założeniem optymalizacji stosunków społecznych, co ma przynieść ograniczenie stopnia dysharmonii i napięć oraz prowadzić do zbliżenia<sup>9</sup>.

Kształtowane są więc warunki dla funkcjonowania grup o odmiennej kulturze, a niejednokrotnie także systemach normatywnych, co umożliwia im zachowanie swej tożsamości oraz różnorodności w społeczeństwie. Ma to niebagatelne znaczenie nie tylko dla tożsamości danych społeczności, ale także stanowi mechanizm niwelowania potencjalnych zagrożeń wybuchu konfliktów oraz przyczynia się do zyskiwania lojalności grup, które nie obawiają się wykluczenia. Należy jednak też zwrócić uwagę na występujące przeciwstawne podejście mające na celu ukierunkowywanie procesów na absorbcję wartości i norm społeczności dominującej, co ma prowadzić do istotnej modyfikacji w tożsamości oraz uznania innej kultury, języka i opcji narodowej jako swojej<sup>10</sup>. Wynika to z poczucia zagrożenia bezpieczeństwa ze strony większości, która obawia się osłabienia czy rozmycia swojej dotychczasowej spójności kulturowej, co powiązane jest również z aspektem tożsamościowym. Niemniej dla zapewnienia bezpieczeństwa społecznego istotnym mechanizmem jest wzajemna tolerancja, a zwłaszcza ukształtowanie takich rozwiązań prawnych i sposobów postępowania instytucji publicznych, które zabezpieczą respektowanie potrzeb oraz oczekiwań nie tylko większości, ale także grup mniejszościowych.

---

relatywizm kulturowy przejawia się nie tylko w uznaniu równouprawnienia kultur, ale i w towarzyszącym mu postulatcie tolerancji wobec wszelkich praktyk rozmaitych kultur<sup>9</sup>. B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa 2003, s. 84.

<sup>9</sup> A. Śliz, M.S. Szczepański, *Wielokulturowość i jej socjologiczny sens. Festival Caravan czy wielokulturowe Street Party?*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 4, s. 9-10. W tym kontekście należy też zwrócić uwagę na opinię Andrzeja Sadowskiego, który stwierdził, iż „Cechą charakterystyczną społeczeństwa wielokulturowego jest wysoki stopień instytucjonalizacji zróżnicowania kulturowego. Oznacza to wysoki stopień uporządkowania, taki, który umożliwia powtarzalność i odtwarzalność działań społecznych. Instytucjonalizacja oznacza tutaj proces społeczny polegający na tym, że podstawowa działalność zmierzająca do zbudowania społeczeństwa wielokulturowego nie przebiega żywiołowo, ale w obrębie wielu instytucji, że liczba instytucji tego typu wzrasta, zmieniają się funkcje instytucji istniejących oraz następuje internalizacja ich istnienia w społecznej i indywidualnej świadomości mieszkańców mniejszości i większości kulturowej(-ych)”. A. Sadowski, *Spółczesność polskie – od zróżnicowania kulturowego do wielokulturowego. Szanse i zagrożenia*, [w:] *Wielokulturowość: konflikt czy koegzystencja?*, red. A. Śliz, M.S. Szczepański, Warszawa 2011, s. 58.

<sup>10</sup> Cf. A. Bobryk, *Tożsamość narodowa i asymilacja. Dylematy integracji*, [w:] *Kultura pogranicza – pogranicze kultur*, red. A. Bobryk, Siedlce-Pułtusk 2005, s. 41-54.

Polska w okresie powojennym stała się krajem homogenicznym narodowo. Mniejszości stanowiły margines ludności. Ich aktywność grupowa była ograniczana i kontrolowana. Imigracja była bardzo zawężona z wyraźną preferencją osób polskiej narodowości. Przy emigracji preferowano (lub wręcz przymuszano) przedstawicieli innych nacji, jak np. Niemców czy Żydów. Zmiana systemowa w 1989 r. spowodowała zamianę polityki. Zaprzestano stosowania jakichkolwiek ograniczeń związanych z przynależnością narodową. Uregulowano status prawny mniejszości i określono system wsparcia dla nich w zakresie działalności oświatowej, kulturalnej i podtrzymania języka ojczystego. Zasadniczo nie występowały poważne konflikty z mniejszościami narodowymi, ale relacje nie były wolne od napięć i rozbieżnych oczekiwań<sup>11</sup>. Pojawił się też nowy trend osiedlania się w Polsce osób, pochodzących nie tylko z bliskich geograficznie regionów. Po masowych migracjach do Europy, zwłaszcza nielegalnych, będących skutkiem Arabskiej Wiosny, wystąpiło też szereg obaw co do potencjalnych skutków tego procesu<sup>12</sup>. Dotyczyło to również aspektów kulturowych. Polska, która przyjęła ogromną falę migrantów zarobkowych, a następnie uchodźców z Ukrainy oraz coraz szerzej otwierała rynek pracy dla cudzoziemców, pochodzących z Azji i Afryki, jednocześnie będąc też coraz powszechniej terenem nielegalnych migracji, stanęła przed nowymi wyzwaniami. Jednym z nich jest kwestia ochrony zdrowia i opieki medycznej pacjentów zróżnicowanych kulturowo.

Problematyce tej została poświęcona książka *Pacjent odmienny kulturowo*, pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Andrzeja Guzowskiego, Grzegorza Bejdy i Agnieszki Lankau<sup>13</sup>. Są to badacze reprezentujący nauki medyczne, nauki o zdrowiu oraz teologię. W efek-

<sup>11</sup> E. Mironowicz, *Polityka narodowościowa PRL*, Białystok 2000; S. Łodziński, *Równość i różnica. Mniejszości narodowe w porządku demokratycznym w Polsce po 1989 roku*, Warszawa 2005; L. M. Nijakowski, *Domeny symboliczne. Konflikty narodowe i etniczne w wymiarze symbolicznym*, Warszawa 2006; *Mniejszości narodowe i etniczne w Polsce po II wojnie światowej. Wybrane elementy polityki państwa*, red. S. Duda, B. Nitschke, Kraków 2010; T. Browarek, *Uwarunkowania polityki etnicznej państwa polskiego po 1989 roku*, Lublin 2018; Z. Kurcz, *Od narodowości do mniejszości narodowych w Polsce*, Wrocław 2022.

<sup>12</sup> M. Pabst, *Arabischer Frühling ohne Sommer? Die schwierige Neuordnung einer Großregion*, Stuttgart 2021; B. Aschenbrenner-Wellmann, L. Geldner, *Migration und Integration in der Sozialen Arbeit*, Baden-Baden 2022; N. Risse, *Defekte Demokratien in Nordafrika. Warum haben sich in Nordafrika nach dem Arabischen Frühling defekte Demokratien etabliert?*, München 2024.

<sup>13</sup> *Pacjent odmienny kulturowo*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2023.

cie również ma to odbicie w treści książki, która w sposób wieloaspektowy ukazuje problematykę relacji z pacjentami, pochodzącymi z różnych czy wręcz znacząco odmiennych środowisk kulturowych. Niewątpliwie publikacja ta wpisuje się przede wszystkim w perspektywę zainteresowań socjologii medycyny. Właśnie ta dyscyplina poszukuje społecznych wyznaczników dotyczących zjawisk związanych ze zdrowiem, chorobą, specyficznym sytuacji pacjentów, działaniami systemu ochrony zdrowia czy też ukazuje rolę jaką odgrywają pracownicy zawodów medycznych<sup>14</sup>. Wyjaśnia ona, jak uwarunkowania społeczne wpływają na stan zdrowia, sposób leczenia, funkcjonowanie specjalistycznych instytucji. Istotnym aspektem jest także to, jak tło kulturowe wpływa na postrzeganie i definiowanie zdrowia, choroby, profilaktyki, procesu leczenia oraz relacji z pacjentem. Bardzo zwięźle opisywał zakres zainteresowań socjologii medycyny Charles McIntire, stwierdzając, iż są to relacje pomiędzy instytucjami czy profesjami medycznymi a społeczeństwem jako całością. Jednocześnie podkreślał wagę wszystkich aspektów, które związane są z tym obszarem problemowym<sup>15</sup>.

Niewątpliwie choroba może być odbierana jako fenomen, który jest ukształtowany także społecznie i kulturowo. Może być nawet tworzona przez społeczeństwo, poprzez nadanie określonemu przypadkowi takiego znaczenia. Wpływy socjokulturowe mogą oddziaływać na postrzeganie stanu innych, jak i subiektywny odbiór danego przypadku przez określoną jednostkę. Związane to jest również ze sposobami przeciwdziałania chorobie i jej niepożądanym skutkom, w tym dotyczących sfery społecznej, np. tożsamościowej<sup>16</sup>. Czyli ce-

---

<sup>14</sup> A. Doroszevska, A. Sadowska, *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2013, nr 1, s. 59.

<sup>15</sup> Ch. McIntire, *The Importance of the Study of Medical Sociology*, „Sociological Practice” 1991, vol. 9, Issue 1, s. 30-37. Cf. E. von Kardorff, *Ist Medizin-Soziologie noch zeitgemäß?*, [w:] *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*, red. H. Ohlbrecht, A. Seltrecht, Wiesbaden 2018, s. 29-53.

<sup>16</sup> M. Skrzypek, *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, nr 4, s. 375. W tym kontekście, za Renatą Bogusz, należy przywołać opinię, iż „postrzeganie zdrowia zawsze dokonuje się przez pryzmat społeczno-kulturowych uwarunkowań, w jakich żyją ludzie. Kultura stanowi płaszczyznę, na której ujawnia się różnorodność interpretacji związanych z szeroko pojmowanym zdrowiem. Analiza wpływu kultury na zdrowie i realizację zachowań zdrowotnych prowadzi do następujących konstatacji: kultura danej społeczności stanowi punkt odniesienia w ocenie zdrowia jako jednej z wartości życiowych, potoczne określenia zdrowia i choroby uwarunkowane są kulturowo, kultura kształtuje wzory zachowań w zdrowiu i chorobie, kultura określa normy dotyczące zdrowia i choroby”. R. Bogusz, *Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana*,

lem socjologii medycyny jest uchwycenie rozmaitych oraz różnorodnych relacji zachodzących w aspekcie uwarunkowań społecznych w odniesieniu do stanu zdrowia zarówno jednostek jak i grup społecznych. Dlatego słusznie stwierdza Beata Tobias-Adamczyk mówiąc, iż „Jako dyscyplina akademicka, socjologia medycyny skupia się na społecznych przyczynach i konsekwencjach ludzkich zachowań, koncentrując się na celu będącym przedmiotem jej zainteresowań, tj. społecznych przyczynach zmian w stanie zdrowia, jak również konsekwencjach społecznych wynikających z występujących chorób”<sup>17</sup>. Wiele problemów związanych z ochroną zdrowia i opieką medyczną jest wręcz uwarunkowana społecznie. By lepiej zrozumieć ich charakter i skuteczniej przeciwdziałać niepożądanym zjawiskom, niezbędne jest współdziałanie środowisk medycznych ze specjalistami z różnych dyscyplin. Wydaje się, że szczególnie pomocni w tym zakresie są badacze z zakresu socjologii medycyny, którzy nie tylko ułatwiają poznanie zachodzących procesów, ale również mogą odgrywać rolę ekspertów, co może prowadzić do istotnych zmian systemu<sup>18</sup>.

W książce *Pacjent odmienny kulturowo* zamieszczono 23 artykuły. Swoje badania przedstawiło 25 autorów z 8 ośrodków akademickich w Polsce oraz 5 instytucji publicznych (w tym jednej zagranicznej). Ponadto, co niezwykle rzadko zdarza się w publikacjach naukowych, występuje jeden autor instytucjonalny, reprezentujący związek wyznaniowy, bez personalnego wskazania wykonawcy danej analizy. Autorzy podjęli niezmiernie ważny problem. Wypełnia on jednocześnie lukę badawczą. Problematyka ta poruszana jest marginalnie i mimo że ukazała się na ten temat pewna liczba publikacji, zaznacza się tu wyraźny deficyt. Autorzy dokonali również pewnej

---

[w:] *Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Lublin 2004, s. 128.

<sup>17</sup> B. Tobias-Adamczyk, *Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Sociologica” 2015, vol. 1, s. 79. Niewątpliwie w ten obszar wpisuje się również sfera komunikacji, która w znaczącym stopniu, związana jest ze specyfiką socjokulturową. Trafnie więc stwierdza Anna Zembala, że „Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem jest jedną z ważniejszych zmiennych mających wpływ na proces powrotu do zdrowia, a także na zapobieganie nawrotowi choroby. Efektywna komunikacja lekarza z pacjentem jest związana z lepszymi wskaźnikami zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego”. A. Zembala, *Modele komunikacji w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 2, s. 46.

<sup>18</sup> Z. Woźniak, *Socjolog medycyny w rolach eksperckich – między dydaktyką, badaniami i polityką*, [w:] *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, red. A. Ostrowska, M. Skrzypek, Warszawa 2015, s. 39-66.

syntezy. Swoimi rozważaniami objęli bowiem zarówno zróżnicowanych kulturowo obywateli polskich, jak i cudzoziemców przebywających w Rzeczypospolitej.

W publikacji zawartych jest wiele ważnych informacji i analiz. Wskazano również szereg istotnych postulatów. Należy tu zwrócić zwłaszcza uwagę na wniosek, niewątpliwie przejaskrawiony, ale poruszający ważne zagadnienie. Redaktorzy stwierdzają bowiem, iż „Kwestie różnic kulturowych i ich znaczenie dla praktyki powinny stanowić podstawowy element programów nauczania profesjonalistów medycznych, zarówno na poziomie przed, jak i podyplomowym”<sup>19</sup>. Określenie „podstawowy” jest niewątpliwie wyolbrzymieniem skali. Niemniej jest to ważny aspekt procesu dydaktycznego. Przyniosłoby to zapewne pozytywne efekty w zakresie podniesienia poziomu podmiotowości pacjentów, jak i skuteczności stosowanych procedur medycznych. Redaktorzy, rozwijając przytoczony postulat, wyrażają oczekiwanie, iż książka przyczyni się „do zrozumienia, iż jednym z filarów opieki całego zespołu terapeutycznego jest zrozumienie, że ludzie różnią się między sobą nie tylko rodzajem schorzenia, ale także przynależnością kulturową oraz że istnieje ścisły związek między różnorodnością między ludźmi a etyką zawodową. (...) Pracownicy ochrony zdrowia powinni znać i rozumieć wszystkie czynniki kulturowe danej społeczności i odpowiednio je uwzględniać w procesach planowania i realizowania opieki. Powinni systematycznie uzupełniać swoją wiedzę, aby móc w swej codziennej pracy uwzględniać poszanowanie zróżnicowania kulturowego i religijnego. (...) Uważamy, iż wiedza o określonych oczekiwaniach pacjentów innych kulturowo wobec pracowników ochrony zdrowia jest kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej. W naszej opinii przyczyni się to do umocnienia terapeutycznych związków pomiędzy personelem medycznym a pa-

---

<sup>19</sup> E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, *Wstęp*, [w:] *Pacjent odmienny...*, s. 8. Edukacja dotycząca wielokulturowości przynosi znacznie szerszy zakres efektów, wykraczający poza postulaty autorów książki, związane z medycyną. Jak stwierdza Małgorzata Lipińska-Rzeszutek „Poznawanie obcych wcześniej wartości kulturowych innych narodów może sprzyjać integracji społeczeństw, ich wzajemnemu poznaniu, zrozumieniu, akceptacji i tolerancji. Ma to wpływ na zwiększenie poziomu bezpieczeństwa w jego wymiarze międzynarodowym, jak również narodowym”. M. Lipińska-Rzeszutek, *Dlaczego należy uczyć współczesną młodzież otwartości na Innego?*, [w:] *Молодіжна політика: проблеми та перспективи. Випуск 8*, red. С. Шудло, Дрогобич-Зелена Гора 2017, s. 65.

centem i uzmysłowi pracownikom ochrony zdrowia znaczenie wzajemnego szacunku i tolerancji wobec wyznania innych”<sup>20</sup>.

Zgodnie z *Ustawą o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym* z 2005 r. określono kryteria, jakie muszą spełniać dane społeczności, by mogły być za takie uznane. Ustalono, iż w rozumieniu ustawy mniejszościami narodowymi są: Białorusini, Czesi, Litwini, Niemcy, Ormianie, Rosjanie, Słowacy, Ukraińcy i Żydzi. Mniejszością etniczną są Karaimi, Łemkowie, Romowie, Tatarzy. Za język regionalny uznany zaś został kaszubski. Ustawa określiła też szeroki zakres wsparcia ze strony państwa dla tych mniejszości w obszarze ich ochrony, co dotyczy m.in. możliwości korzystania z języka ojczystego w życiu publicznym<sup>21</sup>.

Jak wynika z danych spisu powszechnego przeprowadzonego w 2021 r., Rzeczpospolitą na stałe zamieszkiwało wówczas, 38 036 118 osób. Z tej liczby 746 357 urodziło się poza granicami RP, co stanowiło 2%. Wśród nich obywatelstwo polskie posiadało 86,2%. Najliczniejsze grupy urodzonych za granicą pochodzą z następujących krajów: Ukraina (176174), Wielka Brytania (126250) i Niemcy (95784)<sup>22</sup>. Łącznie 37 923 902 osoby zamieszkujące RP posiadały obywatelstwo polskie. Inne miało 111 809 osób. W tym ukraińskie 53046, białoruskie 18591, rosyjskie 4882. Było też 66 bezpaństwowców<sup>23</sup>. Osoby z obywatelstwem niepolskim w 80% zamieszkiwały miasta<sup>24</sup>. Jednocześnie w spisie zbadano kwestię przynależności narodowo-etnicznej, umożliwiające wyrażenie także złożonej tożsamości, z wariantem wyboru nie tylko z szerokiego słownika etnonimów, ale również swobodnego określenia. W konsekwencji uzyskano ok. 250 identyfikacji. Wyłącznie polską narodowość zadeklarowało 36 620 217 osób, co stanowi 96,28% ogółu. Polską i inną niż polską podało 974 852. Wyłącznie inną niż polską zadeklarowało 429 921. Łącznie wszystkich, którzy zadeklarowali inną tożsamość, łączoną też z polską, było 1 404 773, co stanowiło 3,69%. Podwójną tożsamość podało 1 006 925. Nie ustalono

<sup>20</sup> E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, *Wstęp...*, s. 8-9.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym, Dz.U. 2005, Nr 17, poz. 141. Cf. A. Bobryk, *The attitudes towards the Mother Tongue as an Identity Manifestation of National and Ethnic Minorities in Poland*, [w:] *Identities of Central-Eastern European Nations*, red. V. Yevtukh, A. Wysocki, G. Kisla, A. Jekaterynczuk, Kyiv 2016, s. 177-196.

<sup>22</sup> M. Cierniak-Piotrowska, A. Chmielewska, P. Kaczorowski, et al., *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021*, Warszawa 2023, s. 58.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 64.

<sup>24</sup> Ibidem, s. 71.



narodowości w stosunku do 11 128 osób<sup>25</sup>. Najliczniejsze mniejszości (niezależnie od kolejności deklaracji) to: śląska 596 224 (wyłącznie jedna deklaracja 167 372), kaszubska 179 685 (11 961), niemiecka 144 177 (23 495), ukraińska 82 400 (45 777), białoruska 56 697 (35 370), angielska 54 424 (3 123), amerykańska 27 756 (1 678), włoska 19 980 (2 241), żydowska 17 156 (6 036), rosyjska 15 994 (7 831)<sup>26</sup>. Językiem komunikacji domowej jest wyłącznie polski dla 36 256 834 osób, polski i niepolski dla 1 611 784 i wyłącznie niepolski dla 135 119. Przy tym nie ustalono języka dla 32 381 stałych mieszkańców. Najczęściej stosowanymi językami w kontaktach domowych, oprócz polskiego, są: angielski 737 276, śląski 467 145, niemiecki 216 342, kaszubski 89 198, rosyjski 63 271, ukraiński 55 104, francuski 41 895, włoski 38 388, hiszpański 29 480, niderlandzki 17 633 i białoruski 17 325<sup>27</sup>. W spisie ustalono również kwestie związane z konfesyjnością. Odpowiedzi o przynależność do określonego wyznania udzieliło 30 212 506 osób. Z tego jako przynależących do określonego wyznania było 27 601 000, co stanowiło 72,57% ogółu ludności. Jako członkowie Kościoła rzymskokatolickiego obrządku łacińskiego zadeklarowało się 71,30% ogółu, Cerkwi prawosławnej 0,40%. Świadków Jehowy 0,29%, Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego 0,17%, Kościoła katolickiego obrządku bizantyjsko-ukraińskiego 0,09%<sup>28</sup>.

Należy jednak uwzględnić, iż spis powszechny był przeprowadzony jeszcze przed rozpoczęciem pełnoskalowego konfliktu zbrojnego na Ukrainie, co związane było z masowym napływem uchodźców<sup>29</sup>. Jednocześnie jak wynika z różnych szacunków skala osiedlania się cudzoziemców jest znacznie większa niż podają oficjalne statystyki. Nie uwzględnia ona bowiem nielegalnych migracji. Można nawet spotkać się z opinią, iż „nikt nie wie, ile milionów obcokrajowców jest w Polsce”<sup>30</sup>. Ponadto na świecie występuje coraz więcej

<sup>25</sup> Ibidem, s. 114.

<sup>26</sup> Ibidem, s. 115.

<sup>27</sup> Ibidem, s. 119.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 123.

<sup>29</sup> Cf. P. Długosz, L. Kryvachuk, D. Izdebska-Długosz, *Uchodźcy wojenni z Ukrainy – życie w Polsce i plany na przyszłość*, Lublin 2002; *Kryzys migracyjny oraz kryzys uchodźczy w Polsce*, red. R. M. Staniszewski, Warszawa 2023.

<sup>30</sup> K. Fejfer, *Migranci wożą jedzenie, naprawiają telefony i prowadzą taksówki. Nikt nie wie ile milionów obcokrajowców jest w Polsce*, „Gazeta Wyborcza”, 22 sierpnia 2024. Zofia Kawczyńska-Butrym zwraca uwagę na kilka aspektów zdrowotnych związanych z migracją, które należy uwzględnić w badaniach. Są to „Czynniki ryzyka zdrowotnego migrantów; stan zdrowia i specyfika objawów obserwowanych w trakcie migracji;

zagrożeń dla środowiska naturalnego oraz człowieka<sup>31</sup>. W związku z tym prognozuje się, iż poziom migracji będzie wzrastał. Tylko z powodu zmian klimatycznych do 2050 roku będzie musiało opuścić swoje dotychczasowe miejsca zamieszkania ok. 1,5 mld osób. Będą one więc poszukiwały nowych miejsc osiedlenia<sup>32</sup>. Dlatego tym bardziej istotne jest przygotowywanie personelu medycznego nie tylko do udzielania pomocy, ale realizowania go także z uwzględnieniem specyfiki wielokulturowości.

W monografii szczególną uwagę zwrócili autorzy na zagadnienia religijne. To właściwe rozwiązanie, gdyż w znaczącym stopniu to one przede wszystkim determinują kwestie związane ze sposobem i akceptacją poszczególnych procedur medycznych czy profilaktyki. Mają one również znaczenie w zakresie dotyczącym żywienia czy zapobiegania problemom zdrowotnym lub postrzegania choroby. Do tego obszaru odnoszą się materiały Andrzeja Guzowskiego, Grzegorza Bejdy, Elżbiety Krajewskiej-Kułąk *Chrześcijaństwo – powstanie, przemiany*<sup>33</sup>, Andrzeja Guzowskiego, Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Grzegorza Bejdy, Katarzyny Krajewskiej-Ferishah *Judaizm, Islam i Tatarzy polscy*<sup>34</sup>, Grzegorza Bejdy, Agnieszki Kułąk-Bejdy, Agnieszki Lankau *Wpływ religijności na zdrowie*<sup>35</sup>, Agnieszki Lankau *Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki nad chorym*<sup>36</sup>, Grzegorza Bejdy, Agnieszki Kułąk-Bejdy *Pacjent-Katolik wobec zagadnień choro-*

---

zdrowie grup specjalnych – uchodźców i ofiar handlu ludźmi; uwarunkowania i poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym; kulturowe konteksty zachowań imigrantów w kraju przyjmującym; porównanie stanu zdrowia populacji migrantów i populacji kraju przyjmującego; rozliczenia kosztów świadczeń medycznych między krajem przyjmującym a wysyłającym; transfer «białego personelu» i transfer opieki”. Z. Kawczyńska-Butrym, *Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny*, [w:] *Socjologia medycyny. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, red. W. Piątkowski, Warszawa 2010, s. 87.

<sup>31</sup> Cf. S. Engel, M. Gärtner-Engel, G. Fechtner, *Die globale Umweltkatastrophe hat begonnen! Was tun gegen die mutwillige Zerstörung der Einheit von Mensch und Natur?*, Essen 2024.

<sup>32</sup> Cf. G. Vince, *Das nomadische Jahrhundert. Wie die Klima-Migration unsere Welt verändern wird*, München 2023.

<sup>33</sup> G. Bejda, E. Krajewska-Kułąk, *Chrześcijaństwo – powstanie, przemiany*, [w:] *Pacjent odmienny...*, s. 47-65.

<sup>34</sup> A. Guzowski, E. Krajewska-Kułąk, G. Bejda, K. Krajewska-Ferishah, *Judaizm, Islam i Tatarzy polscy*, [w:] *ibidem*, s. 81-96.

<sup>35</sup> G. Bejda, A. Kułąk-Bejda, A. Lankau, *Wpływ religijności na zdrowie*, [w:] *ibidem*, s. 169-185.

<sup>36</sup> A. Lankau, *Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki nad chorym*, [w:] *ibidem*, s. 187-201.

by i opieki zdrowotnej<sup>37</sup>, ks. mitrata Jana Fiedorczyka, Ireny Fiedorczyk, Justyny Fiedorczyk-Fidziukiewicz *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*<sup>38</sup>, Jerzego Sójki, ks. Andrzeja Korczago *Oczekiwania pacjenta wyznającego Protestantyzm*<sup>39</sup>, Joanny Auron-Górskiej *Oczekiwania pacjenta wyznającego Judaizm*<sup>40</sup>, Zbigniewa Igielskiego *Pacjent Buddysta i Hinduista wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*<sup>41</sup>, Artura Konopackiego, Andrzeja Guzowskiego *Pacjent muzułmański w Polsce*<sup>42</sup> oraz materiał przygotowany przez autora instytucjonalnego, bez wskazania konkretnej osoby, to *Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy*<sup>43</sup>.

Druga grupa artykułów poświęcona została różnorodności kulturowej. Do nich można zaliczyć materiały Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Cecylii R. Łukaszuk, A. Guzowskiego, G. Bejdy, A. Landau, M. Cybulskiego *Miejsce pacjenta odmiennego kulturowo w opiece zdrowotnej*<sup>44</sup>, Emilii Sarnackiej *Prawa pacjenta odmiennego kulturowo*<sup>45</sup>, Mateusza Cybulskiego *Spółeczeństwo wielokulturowe w Polsce*<sup>46</sup> i *Bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*<sup>47</sup>, Katarzyny Van Damme-Ostapowicz *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*<sup>48</sup>, Anny Ślifirczyk *Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia*<sup>49</sup>, Emilii Jaroszewskiej *Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem*<sup>50</sup>, Anny Szymkowiak, Andrzeja

<sup>37</sup> G. Bejda, A. Kułak-Bejda, *Pacjent-Katolik wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] ibidem, s. 241-252.

<sup>38</sup> J. Fiedorczyk, I. Fiedorczyk, J. Fiedorczyk-Fidziukiewicz, *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] ibidem, s. 253-263.

<sup>39</sup> J. Sójka, A. Korczago, *Oczekiwania pacjenta wyznającego Protestantyzm*, [w:] ibidem, s. 265-282.

<sup>40</sup> J. Auron-Górska, *Oczekiwania pacjenta wyznającego Judaizm*, [w:] ibidem, s. 283-294.

<sup>41</sup> Z. Igielski, *Pacjent Buddysta i Hinduista wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] ibidem, s. 295-299.

<sup>42</sup> A. Konopacki, A. Guzowski, *Pacjent muzułmański w Polsce*, [w:] ibidem, s. 315-327.

<sup>43</sup> Świadcowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach, *Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy*, [w:] ibidem, s. 301-313.

<sup>44</sup> E. Krajewska-Kułak, C. R. Łukaszuk, A. Guzowski, G. Bejda, A. Landau, M. Cybulski, *Miejsce pacjenta odmiennego kulturowo w opiece zdrowotnej*, [w:] ibidem, s. 11-25.

<sup>45</sup> E. Sarnacka, *Prawa pacjenta odmiennego kulturowo*, [w:] ibidem, s. 27-46.

<sup>46</sup> M. Cybulski, *Spółeczeństwo wielokulturowe w Polsce*, [w:] ibidem, s. 97-110.

<sup>47</sup> Idem, *Bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*, [w:] ibidem, s. 123-136.

<sup>48</sup> K. Van Damme-Ostapowicz, *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*, [w:] ibidem, s. 111-122.

<sup>49</sup> A. Ślifirczyk, *Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia*, [w:] ibidem, s. 137-153.

<sup>50</sup> E. Jaroszewska, *Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem*, [w:] ibidem, s. 155-168.

Guzowskiego *Język żyrafy, język szakala – błędy w komunikacji z pacjentem trans*<sup>51</sup>.

W trzeciej grupie materiałów zawarto kwestie związane z różnymi aspektami funkcjonowania służby zdrowia. W pewnym stopniu one również odnoszą się do problematyki różnorodności kulturowej, ale przede wszystkim stanowią tło głównego nurtu podjętych analiz. Tutaj wymienić należy teksty Marty Blecharczyk, Grzegorza Bejdy *Dylematy etyczne w ochronie zdrowia*<sup>52</sup>, Jolanty Lewko *Historyczny model opieki nad chorym*<sup>53</sup>, Dariusza Kucia *Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia*<sup>54</sup>, Cecylii R. Łukaszuk, Elżbiety Krajewskiej-Kułak *Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem*<sup>55</sup>.

Autorzy trafnie opisują badany obszar problemowy, nie traktując go w sposób uproszczony i jednorodny. Przykładowo wskazują, iż stosunek do cudzoziemców ze strony personelu medycznego jest przede wszystkim uwarunkowany krajem pochodzenia i formą korzystania ze świadczeń. Przy tym wyraźnie zaznacza się uprzywilejowanie pacjentów pochodzących z Europy Zachodniej i USA oraz korzystających z prywatnych usług. Jednocześnie migranci unikają wizyt u lekarza, a do szpitali trafiają najczęściej w wyniku wypadków lub przypadków zagrażających życiu<sup>56</sup>. Przy tym w publikacji zwraca się uwagę, iż „Prawa pacjenta są pochodnymi praw człowieka. Co za tym idzie, ich respektowanie nabiera szczególnego znaczenia zarówno moralnego, jak i prawnego”<sup>57</sup>. Jednocześnie wskazano, z czego wynika niechęć wobec pacjentów odmiennych kulturowo. Oceniono, że podstawowymi przyczynami są złe doświadczenia, frustracja powiązana z trudnościami natury kulturowej, brak wiedzy, nieporozumie-

<sup>51</sup> A. Szymkowiak, A. Guzowski, *Język żyrafy, język szakala – błędy w komunikacji z pacjentem trans*, [w:] ibidem, s. 329-344.

<sup>52</sup> M. Blecharczyk, G. Bejda, *Dylematy etyczne w ochronie zdrowia*, [w:] ibidem, s. 47-65.

<sup>53</sup> J. Lewko, *Historyczny model opieki nad chorym*, [w:] ibidem, s. 203-213.

<sup>54</sup> D. Kuć, *Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia*, [w:] ibidem, s. 215-225.

<sup>55</sup> C. R. Łukaszuk, E. Krajewska-Kułak, *Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem*, [w:] ibidem, s. 227-239.

<sup>56</sup> E. Krajewska-Kułak, C. R. Łukaszuk, A. Guzowski, G. Bejda, A. Landau, M. Cybulski, *Miejsce pacjenta...*, s. 12-13. Jednocześnie jak zwraca uwagę Zofia Kawczyńska-Butrym, odwołując się m.in. do badań realizowanych w Kanadzie, występuje tendencja do niższego poziomu zdrowia wśród imigrantów niż populacji kraju przyjmującego. Przede wszystkim na niekorzystny stan zdrowia migrantów wpływa ich status społeczny w państwie osiedlenia i sfera emocjonalna. Z. Kawczyńska-Butrym, *Migracje. Wybrane zagadnienia*, Lublin 2009, s. 92.

<sup>57</sup> E. Sarnacka, *Prawa pacjenta...*, s. 27.

nia, emocje, niedobory językowe, stereotypy czy przeszkody strukturalne, jak legalność pobytu, brak informacji dotyczącej rozliczenia kosztów leczenia, wydawania leków osobom nieubezpieczonym i reakcja zwrotna na brak wiedzy cudzoziemców na temat zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju<sup>58</sup>.

Konsekwencją tego może być zjawisko dyskryminacji na poziomie instytucjonalnym (brak bądź nieprecyzyjność zasad korzystania z opieki medycznej) lub poziomie indywidualnym (obniżenie jakości bądź zakresu wykonywanych świadczeń, co może być skutkiem uprzedzeń)<sup>59</sup>. Przy tym niewykluczone, że wystąpi odmowa skorzystania z usług medycznych ze strony pacjentów, gdy sprzeczne jest to z ich rodzimą kulturą czy zasadami religijnymi. Powodem może być różnica płci (np. badania ginekologiczne), wiek lekarza (zbyt młody w relacji do wieku pacjenta), ograniczenia kulturowe (np. brak kontaktu wzrokowego podczas badania), nieprzyjmowanie niektórych preparatów, gdy występuje obawa, iż z punktu widzenia wyznania mogą być one „nieczyste”, lęk przed leczeniem specjalistycznym (np. psychiatrycznym), odbieranym jako utrata zdolności honorowej lub napiętnowanie, niekorzystanie z niektórych procedur (np. transfuzja krwi, przeszczep organów), kwestia diet i postów, wykonywania określonych czynności w dni świąteczne<sup>60</sup>. Przy tym może się zdarzyć, iż pacjent wyraża uprzedzenia wobec społeczności religijnej bądź pochodzenia rasowego przedstawicieli personelu medycznego. W konsekwencji postrzega ich jako gorszych, zajmujących niższą pozycję

---

<sup>58</sup> E. Krajewska-Kulać, C. R. Łukaszuk, A. Guzowski, G. Bejda, A. Landau, M. Cybulski, *Miejsce pacjenta...*, s. 13-23.

<sup>59</sup> M. Cybulski, *Bariery w dostępie...*, s. 132-133.

<sup>60</sup> Ibidem, s. 131-132; J. Auron-Górska, *Oczekiwania pacjenta...*, s. 286-290; Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach, *Opieka medyczna...*, s. 302-305; A. Konopacki, A. Guzowski, *Pacjent muzułmański...*, s. 317-319. W tym kontekście należy przywołać słowa Anny Ślifirczyk „W Polsce personel medyczny ma coraz częściej kontakt z pacjentami innych narodowości. W związku z tym faktem istotną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturowo adekwatnym niesieniem pomocy i komunikacją w tym zakresie z osobami należącymi do innych kultur. Pracownicy służby zdrowia udzielający świadczeń zdrowotnych powinni czynić to w sposób odpowiadający potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, uwzględniając ich różnorodność kulturową, ponieważ każdy ma prawo do poszanowania swojego pochodzenia i dziedzictwa kulturowego. Ważne jest, aby personel udzielający pomocy medycznej pacjentom obcego pochodzenia zdobył pewną wiedzę na temat ich kultury i religii, co pozwoli zapewnić kulturowo wrażliwą i kompetentną opiekę. Różnic kulturowych należy się bowiem spodziewać w wielu aspektach naszego życia: w stylu komunikacji, w wyrażaniu emocji, w stosunku do władzy, w kontaktach między płciami, w relacjach i zadaniach, w postrzeganiu przestrzeni i w rozumieniu czasu”. A. Ślifirczyk, *Komunikacja międzykulturowa...*, s. 138.

w strukturze stratyfikacyjnej. W efekcie może dojść do podważania kompetencji zawodowych lub lekceważenia zalecanego procesu medycznego<sup>61</sup>. Odmienność może prowadzić też do stygmatyzacji<sup>62</sup>. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, iż z Polski wyjechało do pracy w innych krajach (zwłaszcza po wstąpieniu RP do UE) wielu pracowników personelu medycznego. Na ich miejsce przyjeżdżają więc osoby z innych państw, co wpisuje się w światową tendencję drenażu białego personelu<sup>63</sup>.

Trafnie zwraca uwagę Katarzyna Van Damme-Ostapowicz na znaczenie kultury w zakresie zdrowia, stwierdzając, że spełnia ona zarówno rolę „swoistego czynnika patogennego, generując wzrost ryzyka wystąpienia choroby, jak i terapeutycznego, redukując go. Kultura wpływa na charakter relacji międzyludzkich, spożywane pokarmy, zażywane używki, zasady higieny, aktywność, styl pracy, sposoby spędzania wolnego czasu, wybór określonego modelu opieki zdrowotnej, zasady opieki nad chorym, oddziałuje na otaczające człowieka środowisko. Kultura wpływa np. na postrzeganie etiologii choroby”<sup>64</sup>. Jednocześnie wskazane zostały różne czynniki zaburzające określenie właściwej diagnozy w przypadku leczenia międzykulturowego. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz wyjaśnia, że mogą być one powiązane z tym, iż „pacjent cierpi na schorzenie, które w kulturze reprezentowanej przez lekarza nie jest znane. Problemy diagnostyczne mogą wynikać także ze zjawiska patoplastyczności (kulturowej specyfiki wyrażania zjawisk psychopatologicznych), dotyczących np. reakcji na ból pacjentów z różnych krajów. (...) Przyczyną błędnej diagnozy może być także emocjonalna reakcja pacjenta na lekarza (tzw. przeniesienie lub przeciwprzeniesienie kulturowe), która wynika z jego stosunku do kraju/regionu/kultury, reprezentowanej przez lekarza, albo też emocjonalna reakcja lekarza na pacjenta, wynikająca z jego stosunku do kultury, reprezentowanej przez pacjenta”<sup>65</sup>. Dodatkowo może występować bariera językowa. Nawet, gdy jest możliwość porozumienia się na poziomie podstawowym w przypadku opisu objawów, diagnozy lub zaleceń mogą się pojawić liczne nieporozumienia. Zasadniczo występuje też deficyt profesjonalnych tłumaczy

<sup>61</sup> A. Lankau, *Rola przekonań...*, s. 193.

<sup>62</sup> Cf. E. Czykwin, *Stygmat społeczny*, Warszawa 2007.

<sup>63</sup> Cf. Z. Kawczyńska-Butrym, *Zdrowie migrantów i drenaż białego personelu. Wyzwania dla zdrowia publicznego, socjologii zdrowia i zawodów medycznych*, Lublin 2019.

<sup>64</sup> K. Van Damme-Ostapowicz, *Kontekst kultury...*, s. 117.

<sup>65</sup> Ibidem, s. 118.

w wielu obszarach językowych, którzy mogliby być pomocni w procesie opieki medycznej. Zadania te wypełniają więc najczęściej członkowie rodziny czy osoby z personelu pomocniczego, co może istotnie wpływać na przekaz informacji, zwłaszcza jeśli dotyczy to kwestii intymnych<sup>66</sup>.

W związku ze zmianami, które zachodzą w Polsce, dotyczący mi przemian o charakterze kulturowo-demograficznym, będących konsekwencjami migracji oraz procesów globalizacji, Cecylia R. Łukaszuk i Elżbieta Krajewska-Kułąk formułują postulat, aby personel medyczny udzielający pomocy pacjentom „posiadał pewną wiedzę na temat ich kultury i religii, by świadczył opiekę medyczną w sposób dostosowany do ich potrzeb oraz by w celu zniwelowania różnic nie obawiał się skorzystać z wiedzy osoby dobrze znającej daną kulturę – pośrednika międzykulturowego. Jego udział w opiece nad chorym ułatwi komunikację pomiędzy osobami innymi kulturowo a personelem medycznym i w konsekwencji wpłynie na poprawę jakości opieki”<sup>67</sup>. Niewątpliwie przyczyniałoby się to nie tylko do podniesienia skuteczności pomocy medycznej, ale także wzrostu poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Książkę *Pacjent odmienny kulturowo* pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Andrzeja Guzowskiego, Grzegorza Bejdy i Agnieszki Lankau należy ocenić bardzo wysoko. Podjęte zostały w niej bardzo aktualne wątki dotyczące zmian społeczno-kulturowych i ich konsekwencji w obszarze medycyny. Publikacja wychodzi więc naprzeciw oczekiwaniom współczesności. Niemniej pojawiły się w niej pewne niedociągnięcia czy kwestie polemiczne. W spisie treści pominięto *Wstęp*. Wykazy piśmiennictwa nie są ułożone w porządku alfabetycznym. Umieszczenie poszczególnych tekstów mogło być bardziej powiązane tematycznie ze sobą. Wykonanie indeksu osobowego stworzyłoby większą przejrzystość materiału. Dobrym rozwiązaniem byłoby także dodanie spisu treści w języku angielskim. Korzystne efekty przyniosłoby również większe zwrócenie uwagi na procesy globalizacji

---

<sup>66</sup> E. Jaroszewska, *Bariery w komunikacji...*, s. 158-165. Należy pamiętać że posługiwanie się różnymi językami, to także kształtowanie innego opisu rzeczywistości. Występowanie niekoniernie tych samych emocji, definicji, kontekstu, wartościowania. Nie zawsze dosłownie przetłumaczone słowa, w danej sytuacji, mają te samo znaczenie. M. Lipińska-Rzeszutek, *Różnijmy się pięknie – jak układać relacje z „Innym” / „Obcym” nie tracąc bezpieczeństwa*, [w:] *Konteksty bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego – jedność w różnorodności*, red. M. Kubiak, M. Marcinkowski, Siedlce 2021, s. 243.

<sup>67</sup> C. R. Łukaszuk, E. Krajewska-Kułąk, *Satysfakcja z opieki...*, s. 236.

oraz powiązane z nimi kwestie żywieniowe, co wywołuje istotne konsekwencje zdrowotne<sup>68</sup>. Niemniej uwagi te nie umniejszają merytorycznego znaczenia publikacji. Krąg potencjalnych odbiorców książki jest bardzo szeroki. Bez wątpienia można ją polecić specjalistom z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu, socjologom (zwłaszcza socjologom medycyny), politologom, pedagogom, psychologom, antropologom, religioznawcom czy osobom zajmującym się bezpieczeństwem społecznym.

### **Bibliografia / References**

- Aschenbrenner-Wellmann B., Geldner L., *Migration und Integration in der Sozialen Arbeit*, Baden-Baden 2022.
- Bobryk A., *The attitudes towards the Mother Tongue as an Identity Manifestation of National and Ethnic Minorities in Poland*, [w:] *Identities of Central-Eastern European Nations*, red. V. Yevtukh, A. Wysocki, G. Kisla, A. Jekaterynczuk, Kyiv 2016.
- Bobryk A., *Tożsamość narodowa i asymilacja. Dylematy integracji*, [w:] *Kultura pograniczna – pogranicze kultur*, red. A. Bobryk, Siedlce-Pułtusk 2005.
- Bogusz R., *Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana*, [w:] *Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Lublin 2004.
- Borgolte M., *Migrationen als transkulturelle Verflechtungen im mittelalterlichen Europa. Ein neuer Pflug für alte Forschungsfelder*, Berlin 2023.
- Browarek T., *Uwarunkowania polityki etnicznej państwa polskiego po 1989 roku*, Lublin 2018
- Cierniak-Piotrowska M., Chmielewska A., Kaczorowski P., et al., *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021*, Warszawa 2023.
- Czykwin E., *Stygmat społeczny*, Warszawa 2007.
- Delacroix J.P., *Die Physiologie des Geschmacks im Zeitalter von Fastfood und Globalisierung*, Bremen 2004.
- Długosz P., Kryvachuk L., Izdebska-Długosz D., *Uchodźcy wojenni z Ukrainy – życie w Polsce i plany na przyszłość*, Lublin 2002.
- Doroszevska A., Sadowska A., *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2013, nr 1.
- Engel S., Gärtner-Engel M., Fechtner G., *Die globale Umweltkatastrophe hat begonnen! Was tun gegen die mutwillige Zerstörung der Einheit von Mensch und Natur?*, Essen 2024.
- Fejfer K., *Migranci wożą jedzenie, naprawiają telefony i prowadzą taksówki. Nikt nie wie ile milionów obcokrajowców jest w Polsce*, „Gazeta Wyborcza”, 22 sierpnia 2024.
- Fischer H., *Migrationen und Migranten. Wanderbewegungen in der Alten Welt zwischen Frühgeschichte und Nachmittelalter*, Koblenz 2019.

<sup>68</sup> Cf. J.P. Delacroix, *Die Physiologie des Geschmacks im Zeitalter von Fastfood und Globalisierung*, Bremen 2004.



- Lipińska-Rzeszutek M., *Dlaczego należy uczyć współczesną młodzież otwartości na Innego?*, [w:] *Młodzieżna politika: problemi ta perspektivi*. Vipusk 8, red. S. Šudlo, Drogobič-Zelena Gura [Молодіжна політика: проблеми та перспективи]. Bunyk 8, red. С. Шудло, Дрогобич-Зелена Гура 2017].
- Lipińska-Rzeszutek M., *Różnijmy się pięknie – jak układać relacje z „Innym” / „Obcym” nie tracąc bezpieczeństwa*, [w:] *Konteksty bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego – jedność w różnorodności*, red. M. Kubiak, M. Marcinkowski, Siedlce 2021.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Migracje. Wybrane zagadnienia*, Lublin 2009.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny*, [w:] *Socjologia medycyny. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokółowskiej*, red. W. Piątkowski, Warszawa 2010.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Zdrowie migrantów i drenaż białego personelu. Wyzwania dla zdrowia publicznego, socjologii zdrowia i zawodów medycznych*, Lublin 2019.
- Kryzys migracyjny oraz kryzys uchodźczy w Polsce, red. R. M. Staniszewski, Warszawa 2023.
- Kurcz Z., *Od narodowości do mniejszości narodowych w Polsce*, Wrocław 2022.
- Łodziński S., *Równość i różnica. Mniejszości narodowe w porządku demokratycznym w Polsce po 1989 roku*, Warszawa 2005.
- Mamzer H., *Tożsamość w podróży. Wielokulturowość a kształtowanie tożsamości jednostki*, Poznań 2003.
- Marchand P., *Marshall McLuhan. Botschafter der Medien. Biographie*, Stuttgart 1999.
- Matheus M., *Völkermühle Europas. Migrationen an Rhein und Mosel*, Stuttgart 2018.
- McIntire Ch., *The Importance of the Study of Medical Sociology*, „Sociological Practice” 1991, vol. 9, Issue 1.
- McLuhan H. M., *Die Gutenberg-Galaxis. Das Ende des Buchzeitalters*, Düsseldorf 1968.
- McLuhan H. M., Fiore Q., *Krieg und Frieden im globalen Dorf. Eine Bestandsaufnahme einiger d. gegenwärtigen festgefahrenen Situationen, aus denen es einen Ausweg gäbe, wenn man mehr vorwirkte*, Düsseldorf 1971.
- Migrationen und Mythen, Identitäten und Raumbilder – historische Narrative von Einwanderergesellschaften*, red. M. Asche, U. Niggemann, Augsburg 2015.
- Mironowicz E., *Polityka narodowościowa PRL*, Białystok 2000.
- Mniejszości narodowe i etniczne w Polsce po II wojnie światowej. Wybrane elementy polityki państwa*, red. S. Dudra, B. Nitschke, Kraków 2010.
- Nijakowski L. M., *Domeny symboliczne. Konflikty narodowe i etniczne w wymiarze symbolicznym*, Warszawa 2006.
- Pabst M., *Arabischer Frühling ohne Sommer? Die schwierige Neuordnung einer Großregion*, Stuttgart 2021.
- Pacjent odmienny kulturowo*, red. E. Krajewska-Kulak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2023.
- Risse N., *Defekte Demokratien in Nordafrika. Warum haben sich in Nordafrika nach dem Arabischen Frühling defekte Demokratien etabliert?*, München 2024.
- Savidan P., *Wielokulturowość*, Warszawa 2012.
- Sadowski A., *Spółczesność polskie – od zróżnicowania kulturowego do wielokulturowego. Szanse i zagrożenia*, [w:] *Wielokulturowość: konflikt czy koegzystencja?*, red. A. Śliz, M. S. Szczepański, Warszawa 2011.
- Skrzypek M., *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, nr 4.

- Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa 2003.
- Śliz A., Szczepański M. S., *Wielokulturowość i jej socjologiczny sens. Festival Caravan czy wielokulturowe Street Party?*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 4.
- Tobias-Adamczyk B., *Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Sociologica”, 2015, vol. 1.
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym*, Dz.U. 2005, Nr 17, poz. 141.
- Vince G., *Das nomadische Jahrhundert. Wie die Klima-Migration unsere Welt verändern wird*, München 2023.
- von Kardorff E., *Ist Medizin-Soziologie noch zeitgemäß?*, [w:] *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*, red. H. Ohlbrecht, A. Seltrecht, Wiesbaden 2018.
- Woźniak Z., *Socjolog medycyny w rolach eksperckich – między dydaktyką, badaniami i polityką*, [w:] *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, red. A. Ostrowska, M. Skrzypek, Warszawa 2015.
- Zembala A., *Modele komunikacji w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 2.