Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma

MEM-TP

***MODU£ 3.***

***UMIEJÊTNOSCI PROFESJONALNE***

***Czêœæ 1. ROZWÓJ UMIEJÊTNOŒCI INTRAPERSONALNYCH (WEWN¥TRZOSOBNICZYCH)***

***Wytyczne dla prowadz¹cych***

*Przygotowanie:*

*Bibiana Navarro i Olga Leralta*

*Andalusian School of Public Health*

*Tłumaczenie:*

*Katarzyna Kujawska*

**MODUŁ 3**

**Umiejętności Profesjonalne**

**CZĘŚĆ 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych (wewnątrzosobniczych)**

**Wytyczne dla prowadzących**

**PRZYGOTOWANIE:**

Bibiana Navarro i Olga Leralta

Andalusian School of Public Health

27.03.2015

**TŁUMACZENIE:**

Katarzyna Kujawska

© European Union, 2015

For any reproduction of textual and multimedia information which are not under the © of the European Union, permission must be sought directly from the copyright holders.

© Cover Illustrations: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.

**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**

Funded by the European Union in the framework of the EU Health Programme (2008-2013) in the frame of a service contract with the Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (EASP) and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this report, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

**Moduł 3, Umiejętności profesjonalne**

**Część 1: Rozwój umiejętności intrapersonalnych**

**1. Cele i metody**

* 1. **Cele**

**Cele prezentacji:**

* Identyfikacja elementów kluczowych w komunikowaniu się z migrantami lub pacjentami z mniejszości etnicznych
* Rozpoznawanie technik związanych z  skutkami intrapersonalnymi, mające na celu poprawę interakcji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem, w kontekście różnic kulturowych

**Cele ćwiczeń:**

* Identyfikacja roli stereotypów w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi
* Identyfikacja komunikacji i umiejętności intrapersonalnych (empatia, słuchanie aktywne/refleksyjne)
* Nabycie zdolności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi w interakcji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem migrantem/z mniejszości narodowych
	1. **Metody**

*Sugerujemy, żeby skoncentrowali się Państwo na ćwiczeniach będących treścią tego Modułu, co wymaga eksperymentalnego podejścia pedagogicznego. Każda część Modułu obejmuje różne czynności mające na celu przećwiczenie różnych umiejętności profesjonalnych. Wybrane ćwiczenia powinny być zaadaptowane zgodnie z poziomem rozwoju umiejętności osób szkolonych. Niektóre ćwiczenia zostały pomyślane jako “ćwiczenia podstawowe” (oznakowane jako C.P.), a inne należy potraktować jako ćwiczenia uzupełniające.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas** | **Cele** | **Rodzaj aktywności** | **Pomoce dydaktyczne i źródła** |
| 5 minut | Identyfikacja celów części pierwszej Modułu 3 | **Prezentacja***(Slajd 2)* | *M3\_U1 Prezentacja*  |
| 20 minut | Identyfikacja roli stereotypów w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi  | **Ćwiczenie  1** „Konfrontowanie etykiet i stereotypów” (C.P.) składa się z trzech części.W wersji 1.:* Rozdanie karteczek;
* Interakcje;
* Omówienie.

W wersji 2.:* Analiza materiałów;
* Prezentacja analizy;
* Dyskusja w całej grupie.

*(Slajd 4)* | *M3\_U1\_A1 Ćwiczenie Wersja – Szablon 1 lub M3\_U1\_A1 Ćwiczenie Wersja Szablon 2* |
| 15 minut | Identyfikacja elementów kluczowych w komunikacji z migrantami lub pacjentami z mniejszości etnicznych | **Prezentacja** Pokaz filmu wideo*(Slajdy 5-10)* | *M3\_U1 Prezentacja* Wideo 1: *Opieka niekompetentna vs kompetentna kulturowo*M3\_U1 Film |
| 15 minut | Świadomość wpływu komunikacji niewerbalnej w interakcji pracownika służby zdrowia z pacjentem | **Ćwiczenie  2:**„Symboliczne znaczenie gestów”składa się z dwóch części:* Przedstawienie przykładów gestów w różnych kulturach;
* Dyskusja nad gestami przedstawionymi w prezentacji.

*(Slajd 11)* | *M3\_U1\_A2 Ćwiczenie Prezentacja*Stoły i krzesła wystarczające do pracy w czterech grupach |
| 5-10 minut | Identyfikacja komunikacji i umiejętności intrapersonalnych | **Prezentacja***(Slajdy 12-15)* | *M3\_U1 Prezentacja*  |
| 30 minut | Nabywanie zdolności do odgrywania ról | **Ćwiczenie 3:**„Empatia” (C.P.) składa się z dwóch części:* Opisanie trudnej sytuacji;
* Dyskusja w całej grupie.

*(slajd 16)* | *M3\_U1\_A3 Ćwiczenie Szablon*  |
| 5-10 minut | Identyfikacja umiejętności komunikacyjnych i intrapersonalnych  | **Prezentacja***(Slajdy 17-18)* | *M3\_U1 Prezentacja*  |
| 40 minut | Nabycie zdolności słuchania | **Ćwiczenie 4**:„Słuchanie refleksyjne w praktyce” (C.P.) składa się z dwóch części:* Odgrywanie ról w grupach trzyosobowych;
* Dyskusja nad różnicami w percepcji (w całej grupie).

*(slajd 19)* | *M3\_U1\_A4 Ćwiczenie Szablon*  |
| 5-10 minut | Identyfikacja komunikacji i  umiejętności intrapersonalnych  | **Prezentacja***(Slajdy 20-22)* | *M3\_U1 Prezentacja* |
| 30 minut | Nabycie zdolności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi w interakcji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem migrantem/ z mniejszości narodowych | **Ćwiczenie 5**„Konfrontacja trudnych sytuacji z emocjami” (C.P.) składa się z dwóch części:* Indywidualne ćwiczenie „ponownego przemyślenia”;
* Dyskusja w grupie.

*(Slajd 23)* | *M3\_U1\_A5 Ćwiczenie Szablon*  |

1. **Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

**Slajd 2:** Zarys sesji

**Slajd 3:** Cele

1. **Ćwiczenie 1**

*(Czas trwania: 20 minut)*

**Konfrontowanie etykiet i stereotypów**

**Slajd 4:** Ćwiczenie 1

*Proponujemy wybór pomiędzy dwiema różnymi wersjami tego ćwiczenia, w zależności od cech uczestników. Dla uczestników z wyższym poziomem umiejętności sugerujemy wersję 2.*

**Wersja 1**: Ćwiczenie to może być wykorzystywane zarówno do rozluźnienia atmosfery, jak i do wprowadzenia głównej koncepcji czy do rozpoczęcia dyskusji na temat proponowanych pytań. Pomiędzy wszystkimi uczestnikami zajęć rozlosowujemy karteczki, na których widnieją cechy stereotypizacji, zarówno negatywne jak i pozytywne.

1. Uczestnicy nie znają treści swojej własnej karteczki/etykiety i muszą wejść w interakcję ze sobą nawzajem, zgodnie z wyeksponowanymi na karteczkach etykietami.

2. Uczestnicy dzielą się reakcjami i emocjami doświadczanymi w grupie. Dyskusja nad pochodzeniem naszych własnych stereotypów, na podstawie następujących pytań:

* Na jakiej podstawie oparte są informacje na karteczkach? Czy są one oparte na osobistych doświadczeniach z innymi ludźmi ? Jeżeli tak, w jakim kontekście?
* Czy "obcy" może być postrzegany odmiennie w różnych sytuacjach?
* Czy Twoje założenia są oparte na czymś, co mogłeś zasłyszeć od innych? Czego nauczyłeś się z TV lub filmu? Nauczyłeś w szkole?
* Czy jest możliwe, że niektóre z Twoich negatywnych wyobrażeń są postrzegane jako niewłaściwe, przynajmniej przez niektórych ludzi?

**Wersja 2:** Ćwiczenie toskłada się z analizy materiałów, uczestnicy prezentują je i dyskutują na ich temat indywidualnie lub w małych grupach (maksymalnie 5 osób). Tak więc w skład ćwiczenia wchodzą:

1. Indywidualna/grupowa analiza materiałów

2. Prezentacja tej analizy przez jednego z uczestników

3. Dyskusja o prezentacji oraz  interakcji

Ćwiczenie to wg założeń autorów ma się opierać na korzystaniu z lokalnych materiałów informacyjnych (np. ulotki, broszury kliniczne) lub na analizie przypadków zgromadzonych podczas doświadczeń własnych uczestników. Jako alternatywę, w Szablonie *Ćwiczenia wersja 2* prezentujemy transkrypcję zaadaptowaną z włoskiego badania nad interakcjami, w których mediatorem był tłumacz[[1]](#footnote-1).

1. **Prezentacja**

**Slajd 5: Stereotypy** to uogólnienia lub założenia tworzone na temat cech charakterystycznych wszystkich członków grupy, na podstawie wyobrażeń (często niewłaściwych i zawsze niepełnych) o ludziach należących do danej grupy, o tym, jacy oni są i jak się zachowują[[2]](#footnote-2). Stereotypy prowadzą do uprzedzeń, stygmatyzowania i dyskryminacji[[3]](#footnote-3). Stygmatyzacja może być zdefiniowana jako niekorzystna reakcja na  percepcję negatywnie ocenianej różnicy[[4]](#footnote-4). Jako taka, nie jest czymś przypisanym do osoby, która różni się od innych, ale raczej zawiera się w interakcji pomiędzy różniącą się osobą, a innymi osobami, które postrzegają tę różnicę w negatywny sposób[[5]](#footnote-5). Rasizm i dyskryminacja w bardzo mocnym stopniu wpływają na zdrowie i samopoczucie tych, którzy cierpią z ich powodu.

Ćwiczenia w tej Części są oparte na przyjęciu postawy sprzyjającej refleksji i badaniu swego nastawienia, zamiast stwarzania nacisku na bierne nabywanie wiedzy na temat różnych grup etnicznych. Zmiana stereotypów jest zadaniem indywidualnym. Każdy z nas powinien zbadać założenia, które tworzymy na temat innych ludzi i zapytać samego siebie, skąd te założenia pochodzą.

**Slajd 6:** Wideo: Opieka niekompetentna a kompetentna kulturowo:

<https://www.youtube.com/watch?v=Dx4Ia-jatNQ>

**Slajd 7:** Według Duffy et al, komunikacja z pacjentem “*może być zdefiniowana jako konkretne zadania i dające się zaobserwować zachowania, które obejmują przeprowadzanie wywiadu w celu uzyskania historii choroby, jak i powodu, dla którego pacjent pojawił się na wizycie; przedyskutowanie diagnozy i prognozy; udzielanie instrukcji dotyczącej terapii i informacji koniecznej do uzyskania poinformowanej zgody przed przejściem do jakichkolwiek procedur; oraz  udzielenie porady, by zmotywować pacjenta do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia lub w celu złagodzenia objawów”[[6]](#footnote-6).*

**Slajd 8:** Wyniki badań wykazały znaczenie ciepła i słuchania dla uzyskania satysfakcji u pacjenta[[7]](#footnote-7). *Wyniki badań wskazują, że istnieje silny pozytywny związek pomiędzy umiejętnościami komunikacyjnymi członków zespołu pracowników służby zdrowia a zdolnością pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich, samodzielnym radzeniem sobie z chorobą przewlekłą i przyjęciem zachowań prozdrowotnych zapobiegających chorobom. Badania przeprowadzone podczas ostatnich trzech dekad wykazują, że zdolność klinicysty do wyjaśniania, wysłuchania i odczuwania empatii może mieć ogromny wpływ na biologiczne i funkcjonalne wyniki zdrowotne, a również i na i satysfakcję pacjenta oraz doświadczenia związane z opieką zdrowotną*8,9.

**Slajd 9: Opieka zdrowotna skoncentrowana na ludziach** identyfikuje jako istotne aspekty kulturę opieki i komunikację, włącznie z podejmowaniem decyzji na podstawie udzielonych informacji, szacunkiem dla prywatności i godności, jak i reagowaniem na potrzeby pacjenta w sposób holistyczny, świadczeniem usług responsywnych i odpowiedzialnych; usług na których można polegać, usług opartych na zasadzie dostępności, przystępnych cen oraz etyki[[8]](#footnote-8).*“Oczekuje się, że podejście bardziej skoncentrowane na ludziach i zintegrowane podejście do świadczenia usług zwiększy dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych w trakcie całego życia pacjenta, polepszy stan zdrowia i wyniki kliniczne, poprawi ciągłość trwania opieki i  satysfakcję pacjenta ze świadczeń zdrowotnych, zwiększy uczestnictwo pacjentów i całych społeczności w ich własnej opiece medycznej, podniesie satysfakcję z pracy u świadczeniodawców, zredukuje nieefektywność systemu i nakładanie się świadczeń, oraz, wreszcie,  ułatwi współpracę intersektorową w celu zajęcia się innymi, szerszymi determinantami zdrowia”[[9]](#footnote-9).*

*Dodatkowa Informacja o modelu opieki skoncentrowanym na ludziach jest zawarta w M4\_U1.*

**Slajd 10:** *W badaniach nad komunikacją rola języka wydaje się w najlepszym razie  drugoplanowa, o ile nie przyjmie się, że język stanowi część procesu kodowania i odkodowywania przekazu, co zachodzi podczas interakcji międzykulturowych. Obserwujemy stałe zainteresowanie sposobem, w jaki zachowanie niewerbalne i werbalne różni się w zależności od  kultury, dotycząc głównie tego, co wynika z bezpośredniego kontekstu znaczeniowego lub z przekazania wiadomości11.*

1. **Ćwiczenie 2**

*(Czas trwania: 15 minut)*

**Symboliczne znaczenie gestów**

**Slajd 11:** Ćwiczenie 2 składa się z dwóch części:

* **W parach:**

Poproś uczestników, by skomentowali różne gesty z poszczególnymi znaczeniami w różnych kontekstach kulturowych, a potem sporządzili ich listę.

* **Dyskusja grupowa:**

Pokazane zostaną zdjęcia gestów dłoni (użyj prezentacji M3\_U1\_A2). Uczestnicy zostaną poproszeni, by wskazać, jakie emocje kojarzą z każdym z nich i przedstawią wyniki tych skojarzeń w parach.

Grupa zidentyfikuje pozostałe gesty, które mają różne znaczenia w różnych kulturach.

1. **Prezentacja**

**Slajd 12: Zachowanie niewerbalne okazało się mieć związek z satysfakcją pacjenta**[[10]](#footnote-10). Chociaż jest to nieprawdopodobne, by komunikacja niewerbalna miała natychmiastowy wpływ na fizyczne lub psychiczne zdrowie pacjenta, może ona jednak doprowadzić do zmian w stanie zdrowia, przejawianych przez satysfakcję pacjenta lub przestrzeganie zaleconych wizyt i sposobu leczenia i w ten, pośredni, sposób wywrzeć wpływ na stan zdrowia[[11]](#footnote-11). Zatem, aspekty niewerbalne odgrywają istotną rolę w interakcji pomiędzy pracownikiem medycznym a pacjentem, ponieważ osąd interpersonalny polega głównie na sygnałach niewerbalnych i wyglądzie zewnętrznym.

**Slajd 13:** Wiele aspektów komunikacji niewerbalnej często zachodzi nieświadomie, np. zmiany w tonie głosu i języku ciała, ale pracownicy służby zdrowia mogą nauczyć się monitorować swoje własne niewerbalne zachowanie. Uśmiech, kontakt wzrokowy, pochylenie do przodu, ekspresyjny ton głosu i wyraz twarzy, więcej przytakiwania mogą mieć pozytywny wpływ na pacjentów. Dominujący ton głosu, brak uśmiechu lub unikanie kontaktu wzrokowego zazwyczaj działa w przeciwnym kierunku. Ponadto, pracownicy służby zdrowia muszą być świadomi sygnałów niewerbalnych wysyłanych przez ich pacjentów oraz powinni umieć odczytać, w jaki sposób odzwierciedlają one uczucia pacjenta.

Biorąc pod uwagę, że to samo zachowanie niewerbalne może oznaczać różne rzeczy w zależności od osób i sytuacji, istotna jest ostrożność przy interpretacji znaczenia specyficznych sygnałów niewerbalnych. Szkolenie o zachowaniach niewerbalnych powinno skoncentrować się na  indywidualnych różnicach w zachowaniu, a nie nauczać o jednym specyficznym zachowaniu. Ponadto, szczerość jest zalecana, ponieważ im bardziej autentyczne jest niewerbalne zachowanie pracownika służby zdrowia, tym bardziej zadowoleni są jego pacjenci[[12]](#footnote-12).

**Slajd 14:** W odniesieniu do barier językowych, jak omówiono to w Module 2, Części 2:

*Zrozumienie, co zostało powiedziane na niwie kontaktów ze służbą zdrowia jest często dużym wyzwaniem, nawet kiedy pacjent i pracownicy służby zdrowia porozumiewają się w tym samym języku. W przypadku migrantów podstawowa znajomość języka kraju docelowego może nie wystarczać, by skutecznie wypowiadać się o swoich problemach zdrowotnych lub zrozumieć, co mówi pracownik służby zdrowia.*

Podstawowa cecha komunikacji w opiece zdrowotnej polega na kluczowych umiejętnościach komunikacyjnych, takich jak **pytanie otwarte**, **słuchanie refleksyjne i empatia**, co jest sposobem reagowania na unikalne potrzeby, wartości i preferencje indywidualnych pacjentów[[13]](#footnote-13). Takie umiejętności są nawet bardziej istotne w komunikacji z migrantami i mniejszościami etnicznymi.

**Slajd 15: Empatia**

Według źródeł[[14]](#footnote-14), pracownicy służby zdrowia, którzy podchodzą do pacjenta w ciepły, przyjazny i uspakajający sposób, są bardziej skuteczni. Empatię można zdefiniować jako proces psychologiczny, który obejmuje zbiór afektywnych, kognitywnych i behawioralnych mechanizmów i skutków w reakcji na zaobserwowane doświadczenia innych[[15]](#footnote-15). Proces empatyczny ma wpływ na to, w jaki sposób pracownicy służby zdrowia myślą i czują (skutek intrapersonalny/wewnątrzosobniczy), i zachowują się (skutek interpersonalny/międzyludzki) w relacji z pacjentem. Skutek intrapersonalny może być:

* **Afektywny:** zawiera równoległe (np. niepokój wywołany u pracownika służby zdrowia na widok niespokojnego pacjenta) i reaktywne emocje (np. złość pracownika służby zdrowia podczas oglądania niesprawiedliwie traktowanego pacjenta).
* **Nie-afektywny** w otoczeniu klinicznym, to zazwyczaj dokonywanie przez pracownika służby zdrowia oceny odnośnie myśli, uczuć i cech pacjenta, a także przypisywanie pacjentowi zachowań i decyzji.

Pracownicy służby zdrowia mogą lepiej zrozumieć pacjenta, jeżeli pacjent jak najwięcej opowie o swojej sytuacji. Odgrywanie ról jest najbardziej zaawansowanym procesem, w którym obserwator aktywnie wyobraża sobie perspektywę swojego rozmówcy i reaguje we właściwy sposób. Kognitywne odgrywanie ról zakłada wyciąganie wniosków na temat czyichś myśli, motywów lub intencji. Afektywne odgrywanie ról zakłada wyciąganie wniosków na temat czyichś emocji, np. pracownik służby zdrowia wyobraża sobie, że jest w sytuacji pacjenta lub wyobraża sobie, co czuje lub myśli pacjent.

1. **Ćwiczenie 3**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Współodczuwanie z pacjentem**

**Slajd 16:** Ćwiczenie składa się z dwóch części:

Pierwsza część obejmuje pracę w grupach około 4-5-osobowych, mającą na celu opisanie trudnej sytuacji doświadczonej przez pacjenta będącego migrantem lub pochodzącego z mniejszości etnicznej.

Wypełnij formularz opisujący i wyjaśniający sytuację *(M3\_U1\_ Szablon Ćwiczenia A3):*

1. Jak byś się sam/sama czuł/czuła w sytuacji pacjenta.
2. Wyobraź sobie myśli i uczucia pacjenta.

Druga część jest dyskusją grupową na temat odpowiedzi wpisanych do formularza (*M3\_U1\_ Szablon Ćwiczenia A3*).

1. **Prezentacja**

**Slajd 17: Słuchanie**

Zgodnie z Subiela JA, zdolność do słuchania we właściwy sposób jest zdolnością, która pozwala nam na uchwycenie tego, co inna osoba komunikuje i  na potwierdzenie, że otrzymujemy i rozumiemy jej przesłanie**.** Słuchanie obejmuje aktywny proces, w którym działają nasze zmysły, nasz intelekt i  nasze emocje[[16]](#footnote-16).

**Słuchanie refleksyjne[[17]](#footnote-17)** w kontekście opieki zdrowotnej jest techniką, w której pracownik służby zdrowia referuje pacjentowi jego wypowiedź w celu potwierdzenia, że przesłanie zostało zrozumiane właściwie. Technika ta ułatwia osiągnięcie porozumienia, podjęcie decyzji i uzyskanie odpowiedzi, może też pomóc w uniknięciu konfliktów. Jest równie ważne, by słuchać jak i potrafić okazać, że słuchamy. W dodatku ważne jest, by zwrócić uwagę nie tylko na to, “co” jest mówione (treść), ale również "jak” coś jest powiedziane.

**Slajd 18:** Większość odniesień[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19),[[20]](#footnote-20),[[21]](#footnote-21),[[22]](#footnote-22) dotyczących tej kwestii zaleca, by:

* Unikać rozpraszania uwagi.
* Nie przerywać, ale pokazać, że słuchamy, przez dźwięki takie jak *tak, uhm, aha*, itp.
* Zauważyć sygnały niewerbalne wysyłane przez pacjenta, ponieważ mogą zawierać ważne informacje.
* Utrzymać kontakt wzrokowy, odpowiedni ton głosu i postawę.
* Interpretować przesłanie bez zmiany jego znaczenia, w ten sposób okazując że słuchasz, co zachęca rozmówcę do dalszego mówienia.
* Współ-odczuwać z pacjentem odnośnie jego punktu widzenia, co nie oznacza, że mamy identyczne poglądy, tylko po prostu staramy się spojrzeć na zagadnienie z jego perspektywy
* Okazywać szacunek uczuciom przeżywanym przez daną osobę, również przybierając odpowiedni wyraz twarzy.
* Odzwierciedlić stan emocjonalny pacjenta słowami i komunikacją niewerbalną.
* Zadawać tylko konieczne pytania.
* Podsumować rozmowę w celu potwierdzenia informacji i uniknięcia nieporozumień.
1. **Ćwiczenie 4**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Słuchanie refleksyjne**

**Slajd 19:** Dzielimy uczestników na grupy składające się z trzech osób. Każdy uczestnik powinien odgrywać inną rolę: pracownika służby zdrowia, pacjenta migranta lub z mniejszości etnicznej oraz obserwatora.

* Osoba odgrywająca rolę migranta lub pacjenta z mniejszości etnicznych będzie musiała przedstawić prawdziwą lub wymyśloną sytuację konfliktową zaistniałą w opiece zdrowotnej lub osobistą historię dotyczącą stanu zdrowia.
* Pracownik służby zdrowia będzie starał się przećwiczyć słuchanie refleksyjne.
* Obserwator musi zauważyć wszystkie pozytywne i negatywne aspekty związane z wykorzystaniem tej techniki.

Następnie uczestnicy zamienią się rolami, tak by każdy członek grupy miał możliwość doświadczenia każdej z tych trzech sytuacji. Po zakończeniu, uczestnicy powinni:

1. Przeanalizować, która sytuacja była łatwiejsza w odbiorze
2. Porównać różnice w percepcji.
3. **Prezentacja**

**Slajd 20: Emocje i techniki samokontroli emocjonalnej**

Emocje są przyrodzone istocie ludzkiej, są obecne we wszystkich aspektach naszego życia i oczywiście są obecne podczas pracy w sektorze opieki zdrowotnej[[23]](#footnote-23). Nasze emocje wpływają na nasze działania, istotne jest więc osiągnięcie odpowiedniego poziomu umiejętności zarządzania emocjami w celu:

* Świadczenia lepszych usług
* Uzyskania lepszego samopoczucia

**Slajd 21:** Według Golemana[[24]](#footnote-24), na inteligencję emocjonalną składa się:

**1. Znajomość własnych emocji**. Samoświadomość, umiejętność rozpoznania uczucia podczas jego odczuwania.

**2. Radzenie sobie z emocjami**. Radzenie sobie z uczuciami tak, by były one adekwatne do występujących bodźców; zdawanie sobie sprawy, co stoi za danym uczuciem; znajdowanie sposobów na radzenie sobie z obawami i niepokojem, gniewem i smutkiem**.**

**3.** **Samomotywacja**. Porządkowanie emocji z nastawieniem na osiągnięcie celu; samokontrola emocjonalna nad mechanizmem nagrody i tłumienie impulsów.

**4.** **Rozpoznawanie emocji u innych**. Empatia i świadomość społeczna.

**5.** **Radzenie sobie w różnych relacjach**. Zarządzanie emocjami w interakcji z innymi.

**Slajd 22:** Dysonans poznawczy i schematy myślowe są ważne, ponieważ wpływają na sposób, w jaki rozumujemy, na nasze uczucia i zachowanie. Zatem istotne jest, by wykryć te dysonanse i ponownie je przemyśleć[[25]](#footnote-25). Etykietowanie i stereotypizowanie są przykładami schematów myślowych.

1. **Ćwiczenie 5**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Konfrontowanie się z trudnymi sytuacjami i emocjami („Ponowne przemyślenie”)**

**Slajd 23:** Ćwiczenie składa się z pracy indywidualnej, po której przeprowadzona jest dyskusja grupowa (około 10 minut), po ukończeniu zadania 2.

**Zadanie 1:** Wybierz trudną sytuację, której doświadczyłeś/aś w pracy w kontakcie z migrantem/ pacjentem z mniejszości etnicznej. Opisz ją i wyjaśnij, jak ją rozwiązałeś/aś, uwzględniając odczuwane przez ciebie emocje. Możesz użyć wzoru formularza, by zapisać informację (M3\_U1\_A5 Szablon Ćwiczenia).

**Zadanie 2:** Analiza sytuacji i następnie ponowne rozważenie Twoich myśli i uczuć (M3\_U1\_A5 Szablon Ćwiczenia).

1. **Prezentacja**

**Slajd 24:** Dziękujemy za uwagę.

**Slajdy 25-26:** Spis literatury

1. **Literatura**

**Literatura zalecana:**

Eric B. Larson, MD, MPH; Xin Yao, PhC (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Health professional Relationship.*JAMA. 2005;* 293(9):1100-1106 Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200456> (retrieved January 20, 2015)

IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> (retrieved: March 19, 2015)

Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns. 2007;67:315-8. available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973U>H (retrieved January, 21 2015)

* McGarty, Craig; Yzerbyt, Vincent Y.; Spears, Russel (2002).H[U"Social, cultural and cognitive factors in stereotype formation"U](http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam033/2002073438.pdf)H. Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups. Cambridge: H[UCambridge University PressU](http://en.wikipedia.org/wiki/Cambridge_University_Press)H. pp. 1–15.

Stephen G.Henry et al (2012) Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2012;86:297–315 available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739#U>H (retrieved January, 21 2015)

WHO-WPRO, World Health Organization, West Pacific Region Office. People-Centred Health Care: a policy framework. Geneva: WHO, 2007. <http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf> (retrieved: January 12, 2015).

Jaroszewska E. (2013) Migranci a zdrowie. Uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej, Wyd. Aspra.

**Literatura w języku polskim:**

* Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J. i Kosno, M. (2013) Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci i młodzieży. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji. <http://www.psychologia.uj.edu.pl/index.php/site/pracownik/daniel_dzida>

Branka M, Cieślikowska D. (2010) Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski. Kraków: Villa Decius. Podręcznik będący podsumowaniem trzyletniej pracy autorek w ramach Akademii Treningu Antydyskryminacyjnego. Jego zadaniem jest ułatwienie prowadzenia zajęć w zakresie edukacji międzykulturowej.

Chmielecka A. (2012) Od migracji do integracji. Vademecum. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka. <http://www.hfhrpol.waw.pl/wielokulturowosc/odmidoin_Vademecum.pdf>

Chmielecka A., Krywoszejew B. red. (2011) Weź kurs na wielokulturowość. E-podręcznik dla trenera, Warszawa 2011. <http://www.hfhr.org.pl/wezkurs/e-podrecznik>

Grzymała-Moszczyńska H. Potrzeby nowych kompetencji zawodowych psychologów w związku z polską sytuacją migracyjną w: H. Grzymała-Moszczyńska, A. Kwiatkowska, J. Roszak (red.)Drogi i rozdroża: Migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku – analiza psychologiczno-socjologiczna, , Kraków, s. 351-369.

Grzymała-Moszczyńska H. (2000) Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami. Kraków: Nomos

Kułak A., Kułak P., Shpakau A., Okurowska-Zawada B. (2011) Postrzeganie innych narodów i kultur przez młodzież polską studiującą nauki medyczne. Probl. Hig. Epidemiol, 92 (3) s.679-687.

Kondracka E. (2006) Społeczeństwo wielokulturowe. Lek. Rodz., 11 (2), s.164, 167.

Lipińska M. (2008) Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów. Warszawa: MCAZ i UW. <http://uchodzcydoszkoly.pl/files/warsztaty_kompetencji_miedzykulturowych-podrecznik_dla_trenerow.pdf> Podręcznik przeznaczony dla osób organizujących treningi kompetencji kulturowych, których celem jest pomoc w psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu osobom przenoszącym się z jednej kultury do drugiej. Jest to wybór ćwiczeń, wykładów, symulacji stworzonych lub zaadaptowanych na potrzeby kształcenia pracowników służb społecznych pracujących z migrantami, słuchaczy Studiów Podyplomowych „Wspieranie osób odmiennych kulturowo na rynku pracy”.

Matsumoto D., Juang L. (2007). Psychologia międzykulturowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Zajenkowska A. „Zrozumieć kontekst kulturowy”, w: Inspirator międzykulturowy, Grot K., Klaus W. (red.), Instytut Spraw Publicznych <http://interwencjaprawna.pl/wp-content/uploads/inspirator-miedzykulturowy.pdf> (dostęp: kwiecień 2015), s. 40-55.

**Literatura uzupełniająca:**

* Breslin, J. William. (1991). "Breaking Away from Subtle Biases" in *Negotiation Theory and Practice,*eds. J. William
* Cadman C, Brewer J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. J Nurs Manag. 9:321–4.

Davis MH. Empathy: a Social Psychological Approach. Boulder, Colo: Westview Press; 1996

Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med 2004; 79: 495-07.

* Goffman, Erving. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
* Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence* (London 1996)

Holliday, A. (2011) Intercultural Communication and Ideology. London: Sage

* Link, Bruce and Jo Phelan. (2001). “Conceptualizing Stigma.” Annual Review of Sociology 27:363–85.
* Llacuna Morera J. La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. Formación Médica Continuada. 2000;9:576-87.
* Rodriguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F. Escuchar, algo más que oir. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol 6. Núm. 10. Diciembre 1999.
* Subiela García, JA et al. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global, nº 34, Abril 2014.
* Susman, Joan. 1994. “Disability, Stigma and Deviance.” Social Science and Medicine 38:15–22.

Stewart M, Brown J, Donner A, et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract.;49:805-807

* Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patien-Doctor Communication. American Journal of Medical Quality 1999;14(4):153-9.

WHO, World Health Organization. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. Geneva: WHO, 2014.

1. Coordinated by Claudio Baraldi and Laura Gavioli (Department of Studies on Language and Culture, University of Modena and Reggio Emilia) [↑](#footnote-ref-1)
2. Breslin, J. William. (1991). "Breaking Away from Subtle Biases" in *Negotiation Theory and Practice,*eds. J. William [↑](#footnote-ref-2)
3. Link, Bruce and Jo Phelan. (2001). “Conceptualizing Stigma.” Annual Review of Sociology 27:363–85. [↑](#footnote-ref-3)
4. Susman, Joan. 1994. “Disability, Stigma and Deviance.” Social Science and Medicine 38:15–22. [↑](#footnote-ref-4)
5. Goffman, Erving. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. [↑](#footnote-ref-5)
6. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med 2004; 79: 495-07. [↑](#footnote-ref-6)
7. Stephen G.Henry et al (2012) Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2012;86:297–315 available at H[Uhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739#U](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739)H (retrieved January, 21 2015) [↑](#footnote-ref-7)
8. WHO-WPRO, World Health Organization, West Pacific Region Office. People-Centred Health Care: a policy framework. Geneva: WHO, 2007. <http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf> (retrieved: January 12, 2015). [↑](#footnote-ref-8)
9. WHO, World Health Organization. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. Geneva: WHO, 2014. [↑](#footnote-ref-9)
10. [↑](#footnote-ref-10)
11. 11 IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at H[Uhttp://bit.ly/1o6nHGinU](http://bit.ly/1o6nHGin)H (retrieved: January 19, 2015)

 Stephen G.Henry et al (2012) Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2012;86:297–315 available at H[Uhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739#U](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739)H (retrieved January, 21 2015) [↑](#footnote-ref-11)
12. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns. 2007;67:315-8. available at H[Uhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973U](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973)H (retrieved January, 21 2015) [↑](#footnote-ref-12)
13. Stewart M, Brown J, Donner A, et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract.;49:805-807 [↑](#footnote-ref-13)
14. Contents have been taken from: Eric B. Larson, MD, MPH; Xin Yao, PhC (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Health professional Relationship.*JAMA. 2005;* 293(9):1100-1106 available at:

H[Uhttp://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200456U](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200456)H (retrieved January 20, 2015) [↑](#footnote-ref-14)
15. Davis MH. Empathy: a Social Psychological Approach. Boulder, Colo: Westview Press; 1996 [↑](#footnote-ref-15)
16. Subiela García, JA et al. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global, nº 34, Abril 2014. [↑](#footnote-ref-16)
17. This module uses **reflective listening** instead of active listening as in IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at H[Uhttp://bit.ly/1o6nHGiU](http://bit.ly/1o6nHGi)H (retrieved: January 19, 2015). [↑](#footnote-ref-17)
18. Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patien-Doctor Communication. American Journal of Medical Quality 1999;14(4):153-9. [↑](#footnote-ref-18)
19. Llacuna Morera J. La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. Formación Médica Continuada. 2000;9:576-87. [↑](#footnote-ref-19)
20. Rodriguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F. Escuchar, algo más que oir. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol 6. Núm. 10. Diciembre 1999. [↑](#footnote-ref-20)
21. ###  Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns. 2007;67:315-8 available at H<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973>H (retrieved January, 21 2015)

 [↑](#footnote-ref-21)
22. Stephen G.Henry et al (2012) Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2012;86:297–315 available at H[Uhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739#U](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111003739)H (retrieved January, 21 2015) [↑](#footnote-ref-22)
23. Cadman C, Brewer J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. J Nurs Manag. 9:321–4.  [↑](#footnote-ref-23)
24. Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence* (London 1996) [↑](#footnote-ref-24)
25. McGarty, Craig; Yzerbyt, Vincent Y.; Spears, Russel (2002).H[U"Social, cultural and cognitive factors in stereotype formation"U](http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam033/2002073438.pdf)H. Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups. Cambridge: H[UCambridge University PressU](http://en.wikipedia.org/wiki/Cambridge_University_Press)H. pp. 1–15.  [↑](#footnote-ref-25)