

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

MEM-TP

***MODUŁ 3.***

***UMIEJĘTNOŚCI PROFESJONALNE***

***Część 2. ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI PROFESJONALNYCH***

***Wytyczne dla prowadzących***

*Przygotowanie:*

*Olga Leralta i Bibiana Navarro*

*Andalusian School of Public Health*

*Tłumaczenie:*

*Katarzyna Kujawska*



**MODUŁ 3**

**Umiejętności Profesjonalne**

**CZĘŚĆ 2: Rozwijanie umiejętności interpersonalnych**

**Wytyczne dla prowadzących**

**PRZYGOTOWANIE:**

Olga Leralta i Bibiana Navarro,

Andalusian School of Public Health

11.03.2015

**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 2: Rozwój umiejętności interpersonalnych**

**1. Cele i metody**

* 1. **Cele**

**Cele prezentacji:**

* Identyfikacja barier i moderatorów komunikacji według literatury
* Identyfikacja aspektów zarządzania konfliktem i procesami negocjacyjnymi
* Analiza relewancji technik przekazywania złych informacji

**Cele ćwiczeń:**

* Ćwiczenie umiejętności negocjacji i współpracy między uczestnikami
* Wskazanie przykładów dobrych praktyk w komunikacji interpersonalnej
* Refleksja nad zastosowaniem procesu negocjacyjnego w kontekście szkolonego personelu
* Przemyślenie zachowań objętych zarządzaniem konfliktami
  1. **Metody**

*Szacowany czas wymagany na Moduł 3 wynosi 5 godzin, około 2 godziny 30 minut na każdą Część. Materiały szkoleniowe każdej Części składają się z prezentacji, ćwiczeń, pokazu filmu wideo i zalecanego materiału do czytania.*

*Sugerujemy skoncentrowanie się na ćwiczeniach wymaganych przez treść niniejszego Modułu, ponieważ wymagają one eksperymentalnego podejścia pedagogicznego. Każda Część obejmuje różnorodne ćwiczenia odnoszące się do kilku różnych umiejętności profesjonalnych. Wybrane ćwiczenia winny być przystosowane do poziomu rozwoju umiejętności osób szkolonych. Niektóre ćwiczenia są “ćwiczeniami podstawowymi” (oznaczonymi jako C.P.), a inne są podane jako uzupełniające.*

*Treść niniejszej Części obejmuje szczegółowo niektóre kwestie omówione w Części 1. Odnoszą się one do  elementów interpersonalnych kojarzonych z interakcją: pracownik służby zdrowia – pacjent w kulturowo różnych kontekstach.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas** | **Cele** | **Rodzaj aktywności** | **Pomoce dydaktyczne i źródła** |
| 5 minut | Cele i metody Rozdziału | **Prezentacja**  *(Slajdy 2-3)* | Projektor, laptop, ekran M3\_U2 Prezentacja |
| 5 minut | Identyfikacja kluczowych elementów komunikacji | **Prezentacja**  *(Slajd 4)* | Projektor, laptop, ekran.  M3\_U2 Prezentacja |
| 20 minut | - Odzwierciedlenie uprzednio posiadanej wiedzy w  tej kwestii  - Ćwiczenie umiejętności negocjacji i współpracy uczestników | **Ćwiczenie 1** “Kluczowe elementy komunikacji” (C.P.) składa się z czterech części:   * Pokazanie zdjęcia; * Identyfikacja elementów komunikacji; * Dyskusja; * Omówienie argumentacji.   *(Slajd 4)* | Papier i długopis. |
| 10 minut | Identyfikacja barier skutecznej komunikacji napotykanej przez uczestników w ich codziennej praktyce. | **Ćwiczenie 2:** „Bariery w komunikacji” (C.P.) składa się z dwóch części:   * Zebranie doświadczeń Uczestników; * Dyskusja w całej grupie.   *(Slajd 5)* | Papier i długopis |
| 10 minut | Identyfikacja barier i ułatwień w komunikacji według literatury | **Prezentacja**  *(Slajdy 6-8)* | Projektor, laptop, ekran M3\_U2 Prezentacja |
| 30 minut | Przemyślenie zastosowania włączającej komunikacji i jej zasad do ich kontekstu- Podanie przykładów dobrych praktyk | **Ćwiczenie  3:**  „Dobre praktyki w komunikacji włączającej” składa się z dwóch części:   * Opis przypadku i przykłady dobrych praktyk; * Dyskusja w całej grupie.   *(Slajd 9)* | Papier i długopis  M3\_U2\_A3 Wzór Ćwiczenia |
| 5 minut | Identyfikacja barier i ułatwień w komunikacji według literatury | **Prezentacja**  *(Slajdy 10-14)* | Projektor, laptop, ekran M3\_U2 Prezentacja |
| 10 minut | Świadomość wyzwań stawianych przez ograniczenie okresu koncentracji w komunikacji z pacjentem i społecznością | **Ćwiczenie 4:**  „Okres koncentracji” składa się z czterech części:   * Definiowanie pojęcia; * Czytanie fragmentu tekstu; * Ocena sytuacji; * Analiza sytuacji i dyskusja w całej grupie.   *(Slajd 15)* | Czytanie |
| 15 minut | Identyfikacja aspektów zarządzania konfliktem i procesem negocjacji | **Prezentacja**  *(Slajdy 16-17)* | Projektor, laptop, ekran M3\_U2 Prezentacja |
| 20 minut | Przemyślenie stosowania procesu negocjacyjnego w ich kontekście | **Ćwiczenie 5:** „Negocjacja” (C.P.) składa się z trzech części:   * Indywidualne rozważenie sytuacji; * Stworzenie listy doświadczeń; * Dyskusja w całej grupie.   *(Slajd 18)* | M3\_U2\_A5  Wzór Ćwiczenia |
| 30 minut | Ponowne przemyślenie nad zachowaniami które prowadzą do zarządzania konfliktem | **Ćwiczenie 6:** „Zarządzanie konfliktem” (C.P.) składa się z dwóch części:   * Praca indywidualna; * Dyskusja w całej grupie.   *(Slajd 19)* | M3\_U2\_A6 Wzór Ćwiczenia |
| 10 minut | Analiza odpowiedniości technik komunikowania złych wiadomości | **Prezentacja**  *(Slajdy 20-21)* | Projektor, laptop, ekran M3\_U2 Prezentacja |
| 30 minut | Nabycie wiedzy o strategii komunikowania złych wiadomości | **Ćwiczenie 7: „**Odgrywanie ról na temat komunikowania złych wiadomości” składa się z dwóch części:   * Przygotowanie inscenizacji w małych grupach; * Przedstawienie inscenizacji i dyskusja.   *(Slajd 22)* | M3\_U2\_A7 Wzór ćwiczenia |
| 30 minut | Analizowanie sposobów w które delikatne kwestie są poruszane i omawiane | **Ćwiczenie 8:** „Odgrywanie ról na temat radzenia sobie z delikatnymi kwestiami” składa się z dwóch części:   * Odgrywanie ról w grupach; * Dyskusja grupowa.   *(Slajd 23)* | M3\_U2\_A8 Wzór ćwiczenia |

1. **Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

**Slajd 2:** Zarys sesji

**Slajd 3:** Cele

**3. Ćwiczenie 1**

*(Czas trwania: 20 minut)*

**Kluczowe elementy w komunikacji**

Ćwiczeniema na celu zarówno przedyskutowanie elementów kluczowych dla komunikacji jak i przeszkolenie uczestników w zakresie komunikacji w negocjacjach i umiejętności współpracy.

Ćwiczenie składa się z czterech części:

1. Pokaż zdjęcie uczestnikom.
2. Poproś uczestników podzielonych na  małe grupy (max. 10 osób) o odpowiedzi na następujące pytania:
   * *Jakie elementy umiesz zidentyfikować? Wymień je.*
   * *Za jak ważny uważasz każdy z nich? Uzgodnijcie znaczenie każdego elementu i uporządkujcie je według szablonu.*
3. Dyskusja grupowa o znaczeniu elementów podanych przez uczestników. Upewnij się, że omówiono następujące elementy kluczowe: **Uczestnicy/Kontekst/Przekaz/ Kanał/Kodowanie/Reakcja zwrotna**.
4. Poproś uczestników o wyjaśnienie, w jaki sposób każda grupa zdecydowała o znaczeniu różnych elementów. Połóż nacisk na pracę w grupach i współpracę między nimi oraz negocjacje w celu uzyskania zgody.

**4. Prezentacja**

**Slajd 4:** Według literatury „*przyczyną kluczową” pozwów o błąd lekarski jest załamanie się komunikacji pomiędzy pacjentem i lekarzem. Poprzednie badania nad zeznaniami osób składających pozwy donoszą, że 71% roszczeń o błąd lekarski było składanych w wyniku problemu w relacji pacjent-lekarz. Po bliższym zbadaniu sprawy zaobserwowano, że większość pacjentów wnoszących pozwy do sądów uznało, że ich lekarze byli nieczuli i nie troszczyli się o nich. Niektórzy badacze zauważyli, że jeden na czterech pozywających w sprawach o błąd lekarski zgłaszał niewłaściwe przekazanie informacji medycznej, a 13% sygnalizowało nieuważne słuchanie pacjenta przez lekarza”[[1]](#footnote-1).*

**5. Ćwiczenie 2**

*(Czas trwania: 10 minut)*

**Bariery w komunikacji**

Burza mózgów na temat barier w efektywnej komunikacji, z którymi uczestnicy mają do czynienia w codziennej praktyce.

**Slajd 5:** Ćwiczenie 2 składa się z dwóch części:

* 1. Wyszczególnienie na tablicy wkładu uczestników dotyczących przeszkód doświadczanych w ich interakcji z migrantami i mniejszościami etnicznymi.
  2. Dyskusja w grupie. Połącz przedyskutowane kwestie z treścią Prezentacji.

**6. Prezentacja**

**Slajd 6: Bariery w komunikacji**

Według literatury[[2]](#footnote-2), hałas, przerywanie, wtargnięcie, brak intymności itp., wszystko to zakłóca proces komunikacyjny. Przy zakłóceniu pacjent może postrzegać, że t, co mówi, jest nieważne. Prowadzi to do sytuacji, kiedy pacjenci niechętnie udzielają dodatkowej informacji. Zmniejsza się satysfakcja pacjenta, kiedy członkowie zespołu leczącego nie biorą problemów zdrowotnych pacjenta poważnie, informacja nie zostanie jasno podana ani zespół nie będzie się starał zrozumieć doświadczenia pacjenta czy nie zaproponuje dobrych opcji.

Poświęcony czas jest ważny, ponieważ najbardziej dokładne diagnozy można wydać uważnie przeprowadzając wywiad lekarski. Zatem członkowie personelu powinni otrzymać większe przedziały czasowe na rozwinięcie pełnych zaufania relacji ze swoimi pacjentami oraz pacjentami z populacji wrażliwych, którym służą. Wyniki zdrowotne można polepszyć, jeżeli pracownicy służby zdrowia poświęcą czas na to, by pacjenci “*nawiązywali relacje mające wystarczająco duże znaczenie, by ograniczyć niszczące skutki cierpienia. Wzajemne zrozumienie stanowi fundament efektywnej opieki, ale należy poświęcić czas i miejsce na takie nowe formy opieki klinicznej, by się pojawiły i zakorzeniły”[[3]](#footnote-3).*

Niżej podane bariery są barierami w komunikacji w różnych kontekstach. Pojawiając się w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej mogą doprowadzić do tego, że pacjenci nie rozumieją, co mają zrobić. Mogą uznać, że instrukcje są zbyt trudne, by je przestrzegać, lub czują, że leczenie odbywa się wbrew ich osobistym przekonaniom*[[4]](#footnote-4)*. Może to mieć wpływ na przestrzeganie ustaleń (określone jako stopień, do którego zachowanie pacjenta koresponduje z uprzednio ustanowionymi zaleceniami od świadczeniodawcy) i satysfakcję pacjenta z opieki zdrowotnej.

* Niejednoznaczność
* Brak informacji zwrotnej
* Brak uwagi
* Rozbieżność pomiędzy przesłaniem werbalnym a sygnałami niewerbalnymi
* Wadliwy kanał komunikacji (bez względu na to, czy werbalny, niewerbalny czy drukowany)
* Plotki
* Interpretacja osobista (połączona ze stereotypami i uprzedzeniami)
* Niewłaściwe otoczenie

**Slajd 7: Ułatwienia w komunikacji**

Według literatury, aby zniwelować *różnice kulturowe* pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej a pacjentami spośród migrantów i mniejszości etnicznych, powinno się skoncentrować na wiedzy, postawie i kształtującymi się umiejętnościami pracowników służby zdrowia. Strategie omówione poniżej są głównymi ułatwieniami w radzeniu sobie z tą kwestią.

**Komunikacja włączająca[[5]](#footnote-5)**

Komunikacja włączająca oznacza dzielenie się informacją w sposób, który każdy może zrozumieć. Pacjenci odczuwają potrzebę wsparcia w zakresie komunikacji, jeśli potrzebna jest im pomoc w zrozumieniu, wyrażeniu siebie lub interakcjach z innymi.

*Koncepcja ta jest używana w odniesieniu do poprawy komunikacji z osobami niepełnosprawnymi i została zaadaptowana w niniejszej Części do pacjentów migrantów i pacjentów spośród mniejszości etnicznych.*

**W przypadku pracowników opieki zdrowotnej komunikacja włączająca oznacza, że muszą oni upewnić się, że wiedzą, iż** ludzie rozumieją i wyrażają siebie na różne sposoby. Dla pacjentów oznacza to uzyskanie informacji i wyrażanie siebie w sposób, który zaspokaja ich potrzeby. Komunikacja włączająca sprawia, że usługi są bardziej dostępne dla każdego. Pomaga to uzyskać pomyślne efekty zarówno w komunikacji z osobami indywidualnymi, jak i dla szerszej społeczności.

Trzeba być elastycznym w sposobach komunikowania się i metodach, których używamy, by zaspokoić potrzeby pacjentów migrantów lub pochodzących z mniejszości etnicznych, na przykład poprzez udzielanie informacji pisemnej w ich własnym języku. Należy również dać ludziom szansę na  wyrażenie się w  sposób, który im odpowiada, na przykład używając obrazków zamiast mówienia. Różnice w komunikacyjnym wsparciu potrzeb pacjentów wykazują, że postrzeganie społeczności lub grup za coś oczywistego oznacza konstruowanie “stereotypów”.

**Slajd 8:**

|  |
| --- |
| **Zasady komunikacji włączającej** |
| 1. **Dostępność komunikacji i dostępność fizyczna są równie ważne** |
| Pełne udostępnienie usług zdrowotnych oznacza rozważenie dostępności komunikacyjnej jak i fizycznej w sensie tradycyjnym. |
| 1. **Każda społeczność lub grupa będzie obejmować ludzi z różnymi potrzebami wsparcia komunikacyjnego** |
| Powinieneś założyć, że każda grupa, z którą pracujesz, lub oczekujesz, że będziesz pracował , obejmuje ludzi z potrzebami wsparcia komunikacyjnego. W tym kontekście szkoleniowym, wsparcie komunikacyjne również obejmuje i odnosi się do usług tłumaczeniowych i mediacyjnych. Komunikacja włączająca powinna być brana pod uwagę w każdej sytuacji, bez względu na to, czy podajesz informację lub planujesz wydarzenie, spotkanie lub zajęcia praktyczne. |
| 1. **Komunikacja jest dwustronnym procesem rozumienia innych i wyrażania się** |
| Każdy komunikuje się inaczej bez względu na swoją tożsamość kulturową. Kiedy ktoś odczuwa potrzebę wsparcia komunikacyjnego, może to wymagać więcej wysiłku i czasu, by upewnić się, że pracownicy służby zdrowia i pacjenci lub społeczności korzystające ze świadczeń rozumieją się nawzajem. |
| 1. **Bądź elastyczny w sposobie, w jaki świadczysz usługi opieki zdrowotnej** |
| W celu dopasowania sposobu, w jaki komunikujesz się z potrzebami wszystkich pacjentów i społeczności, które korzystają z usług zdrowotnych, unikaj postawy „wrzucania wszystkich do jednego worka”. Pomyśl, jak dostępne będę Twoje usługi zdrowotne, jakie metody są dostępne i najlepsze, i bądź elastyczny w swoim podejściu. |
| 1. **Efektywne zaangażowanie użytkownika będzie obejmowało uczestnictwo ludzi z różnymi potrzebami wsparcia komunikacyjnego** |
| Zidentyfikuj wszystkie powiązania dostępu do usług zdrowotnych dla wszystkich członków społeczności, włącznie z pacjentami. Usługi świadczone zgodnie z potrzebami ludzi, którzy z nich korzystają, będą bardziej wydajne kosztowo, przyjazne dla użytkowników, nakierowane na cele, dla jakich miały być świadczone. |
| 1. **Nie poddawaj się** |
| Małe, proste zmiany sposobu, w jaki się komunikujesz, mogą sprawić ogromną różnicę w sposobie świadczenia usługi zdrowotnej. |

**7. Ćwiczenie 3**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Dobra praktyka w komunikacji włączającej**

Ćwiczenie to opiera się na stosowaniu sześciu zasad komunikacji i interakcji pracowników służby zdrowia z pacjentami z mniejszości narodowych, migrantami i społecznościami.

**Slajd 9:** Ćwiczenie to opiera się na pracy w podgrupach i finalnej dyskusji w całej grupie.

* + 1. Moderator ustanawia 6 podgrup i daje każdej z nich materiał do czytania, obejmujący jedną z sześciu zasad komunikacji włączającej. Uczestnicy są proszeni o dopisywanie przykładów dobrych praktyk, biorąc pod uwagę swoje codzienne doświadczenia.
    2. Zakończenie i dyskusja w całej grupie. Sprawozdawca każdej z małych grup przedstawia podsumowanie wyników w trzech zdaniach. Dyskusja grupowa.

**8. Prezentacja**

**Slajd 10:** *Treść poniższa omawia inne główne ułatwienia komunikacji:*

**Samoświadomość:**

Pracownicy opieki zdrowotnej są zachęcani, by rozpoznać, że jako istoty kulturowe, mogą przejawiać postawy i przekonania, które mogą w sposób negatywny wpłynąć na ich percepcję i interakcje z osobami z innych grup wiekowych, etnicznych, kulturowych, religijnych, płciowych, orientacji seksualnej, niepełnosprawności i statusu społeczno-ekonomicznego. Pracownicy służby zdrowia posiadają specyficzną wiedzę na temat swoich własnych doświadczeń i tego, jak w wymiarze osobistym i zawodowym wpływają one na  rozumienie definicji i uprzednio przyjętą wiedzę o tym, co jest normalne lub nienormalne oraz o procesie leczenia**[[6]](#footnote-6)**. Świadomość własnej praktyki kulturowej w medycynie obejmuje również własne uprzedzenia, założenia i normy instytucjonalne, wartości, praktyki i hierarchie prestiżu***[[7]](#footnote-7)****.* *Programy Mediacji Kulturowej zostaną szerzej przedyskutowane w Module 4.*

**Procesy empatyczne:**

Jak przedstawiono to w Części 1, procesy empatyczne wpływają na to, w jaki sposób pracownik sektora zdrowotnego myśli i czuje (**skutki intrapersonalne**), oraz jak się zachowuje (**skutki interpersonalne**)w relacji z pacjentem. Skutki interpersonalne są związane z aspektem behawioralnym empatii, włącznie z zachowaniami pomocnymi, agresją i zachowaniami społecznymi. dzięki zrozumieniu sytuacji pacjenta, procesy empatyczne i związane z tym skutki intrapersonalne pozwalają na zwiększenie zachowania pomocnego i redukują zachowanie agresywne. Zachęcają do uniknięcia konfliktu, polepszają zarządzanie konfliktem i promują dobrą komunikację oraz styl społeczny pełen uwagi skierowanej na innych. Empatia jest korzystna w modelach zwracania się zarówno do pacjentów jak i opiekunów, percepcji modeli wyjaśniających i percepcji zdrowia i choroby.

W celu zrozumienia sposobu wyjaśniania problemów zdrowotnych przez pacjentów Komisja *The Lancet Commission* zaleciła wprowadzenie następujących pytań:

1. *Jak nazywasz ten problem?*
2. *Co według Ciebie jest przyczyną tego problemu?*
3. *Jakie są Twoje oczekiwania co do dalszych losów tego problemu? Jak bardzo jest on poważny?*
4. *Jak ten problem objawia się wewnątrz Twojego ciała?*
5. *Jak ten problem wpływa na Twoje ciało i psychikę?*
6. *Czego się najbardziej boisz, kiedy pojawia się ten problem?*
7. *Czego się najbardziej boisz, jeżeli chodzi o przebieg leczenia?*

**Wiedza:**

Po wnioskach z Raportu *Przegląd istniejących materiałów szkoleniowych Projektu* MEM-TP[[8]](#footnote-8) i zaleceniach wspomnianej *The Lancet Commission on Culture* *and Health* [Komisji ds. Kultury i Zdrowia], niniejszy program szkoleniowy ma na celu uniknięcie redukowania indywidualnych zachowań do wygłaszania stereotypowych formułek oraz stosowanie konkretnych zachowań w odniesieniu do specyficznych kategorii ludzi. Pomimo faktu, że uogólnienia mogą być oparte na szeroko pojmowanych prawdach, powinny być one przyjmowane ostrożnie, jako że indywidualne reakcje na normy różnią się w szerokim zakresie. Pracownicy służby zdrowia powinni zdekonstruować ideę kultury jako synonimu etniczności, narodowości i języka, jak gdyby opieka zdrowotna na rzecz pacjentów będących migrantami lub pochodzących z mniejszości etnicznych mogła być świadczona przy zastosowaniu listy kontrolnej (*zrób tak, nie tak*).

**Ponadto, pracownicy służby zdrowia muszą być świadomi błędnego przypisywania przyczyn kulturowych kwestiom związanym z pacjentem w miejsce uznawania, że trudności pacjenta mogą być pochodzenia zarówno ekonomicznego jak logistycznego, mogą być spowodowane przez okoliczności lub być związane ze społeczną nierównością. Podobnie, pracownicy służby zdrowia muszą wiedzieć i rozumieć, jak kwestie związane z imigracją, biedą**, opresją, bezsilnością, rasizmem, seksizmem, dyskryminacją i stereotypowaniem wpłynęły i nadal wpływają na życie ludzi, z którymi pracują.

Wiedza obejmuje również wrażliwość na normy i wartości tych, którzy korzystają z usług opieki zdrowotnej. Jest to *“ważne, jeżeli pracownicy mają poprawić przestrzeganie tych norm.* *Pracownicy opieki zdrowotnej nie mogą skutecznie przedstawić informacji pacjentom, jeżeli pacjenci nie rozumieją korzyści płynących z przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia, w kontekście swoich własnych wartości i problemów życiowych.”[[9]](#footnote-9)*

**Bariery językowe**

W celu przezwyciężenia bariery językowej pracownicy służby zdrowia mogą poprosić o tłumaczenie innego członka rodziny, przyjaciela, sąsiada lub członka personelu mówiącego w języku obcym. W innych przypadkach mogą korzystać ze słowników. Jednakże, strategie te są nieodpowiednie z wielu powodów, takich jak: relacja tłumacza z użytkownikiem usługi (szczególnie jeżeli sytuacja obejmuje problem przemocy lub nadużycia władzy), dokładność i  wierność przekładu informacji (bez informacji dodanych lub pominiętych), bezstronność danej osoby, poufność i neutralność tłumaczenia. W celu prawidłowego radzenia sobie z barierami językowymi w komunikacji z migrantami i pacjentami pochodzącymi z mniejszości etnicznych może być potrzebna pomoc różnych specjalistów z konkretnymi rolami[[10]](#footnote-10), których nazwa zawodu może się różnić w zależności od kraju. Kwestia ta będzie omówiona bardziej szczegółowo w Module 4 w Części 2.

1. **Tłumacze języka pisanego** sąspecjalistami tłumaczącymi pisemnie teksty z języka źródłowego na jeden lub więcej języków docelowych, zazwyczaj na swój język ojczysty (swoje języki ojczyste).
2. **Tłumacze języka mówionego** są specjalistami z doskonałą znajomością swojego języka ojczystego i jednego lub więcej języka obcego. Opanowali oni techniki tłumaczenia pomagające dokonać ustnego przekazu z języka źródłowego na język docelowy. Tłumaczenie ustne wymaga ścisłej koncentracji i znacznych zdolności reagowania, opanowania terminologii z kilku dziedzin, pogłębionej wiedzy z ich zakresu oraz zdolności do stosowania wiedzy w innych sektorach.

Podczas korzystania z usług tłumacza pracownicy służby zdrowia powinni kierować się “potrzebami komfortu” pacjenta w odniesieniu do czynników takich jak wiek, płeć, pochodzenie etniczne i inne potencjalne obszary dyskomfortu. Podczas zaistnienia kwestii problematycznych należy przedyskutować z pacjentem jego potencjalne obszary dyskomfortu i odnieść się do nich w odpowiedni sposób.

1. **Tłumacze środowiskowi** specjalizują się w tłumaczeniach w sytuacjach trójstronnych w celu ułatwienia wzajemnego zrozumienia pomiędzy osobami mówiącymi różnymi językami. Podczas tłumaczenia biorą oni pod uwagę tło społeczno-kulturowe uczestników, posiadają podstawową wiedzę o komunikacji międzykulturowej. Wiedzą, jakie nieporozumienia i konflikty mogą zaistnieć w danym kontekście i są w stanie właściwie reagować w takich sytuacjach.
2. **Mediatorzy kulturowi.** *Programy mediacji kulturowej będą omówione bardziej szczegółowo w Module 4.* Definicje mediacji kulturowej są osadzone w szerszych definicjach mediacji społecznej jako podejście relacyjne *(relational approach)*. Mediacja ma na celu podniesienie jakości, utrzymanie lub ponowne nawiązanie komunikacji pomiędzy dwiema stronami w jednym konkretnym środowisku społecznym. Jej funkcją jest niwelowanie różnic dwoma światami, dwoma zestawami reprezentacji kulturowych. Kultura jest rozumiana jako zjawisko znajdujące się po obu stronach procesu komunikacji, nie tylko po stronie imigrantów lub członków mniejszości etnicznej, włącznie z religią, tradycją i doświadczeniem.

Mediatorzy kulturowi umożliwiają konfrontację kulturowych “modeli wyjaśniających” po obu stronach procesu komunikacji. Czynią tak przez wytłumaczenie i powiązanie wartości oraz norm kojarzonych z takimi modelami. Ostatecznym celem dla rozmówców jest zdolność wzajemnego identyfikowania się z modelami drugiej strony poprzez ich zrozumienie, być może ponowne uformowanie różnych historii, doświadczeń i symptomów w nowej, produktywnej formie.

**Slajd 11: Podejście dialogowe** można stosować w sytuacjach potencjalnego konfliktu w celu wspólnego zdefiniowania problemu, znalezienia wzajemnie satysfakcjonujących rozwiązań, osiągnięcia wzajemnego zrozumienia, negocjowania sformułowania lub zastosowania wspólnej normy. Zasady dialogu można podsumować jak następuje:

* Zdolność do słuchania z szacunkiem i otwartością,
* Rozważenie sytuacji z punktu widzenia drugiej strony,
* Pozwolenie drugiej osobie na wyjaśnienie, jak ona widzi sytuację,
* Rozpoznawanie podobieństw i różnic,
* Szukanie wspólnego języka,
* Otwartość na zrównoważone i rozsądne kompromisy w celu znalezienia zadowalających rozwiązań i uzyskania porozumienia.

**Slajd 12: Promowanie podejścia nacechowanego współpracą i kulturą dialogu**:

* Zachęcanie do wzajemnego szacunku, wzajemności i równości pomiędzy stronami,
* Zachęcanie do postawy otwartości i słuchania refleksyjnego,
* Przyjęcie do wiadomości istnienia filtrów kulturowych w dialogu,
* Pozostawienie przestrzeni na manewrowanie i zasoby instytucjonalne,
* Unikanie krytykowania lub osądzania (wydawania osądów wartościujących) przekonań i wierzeń,
* Zwrócenie uwagi, by oddzielić problem od osoby.

**Slajd 13: Dialog międzykulturowy** jest rozumiany jako proces, który obejmuje otwartą i pełną szacunku wymianę poglądów pomiędzy osobami i grupami charakteryzującymi się różnym pochodzeniem i dziedzictwem etnicznym, kulturowym, religijnym i językowym, na podstawie wzajemnego zrozumienia i szacunku. Wymaga swobody i umiejętności wyrażania siebie, jak i chęci oraz zdolności słuchania poglądów innych. Dialog międzykulturowy przyczynia się do integracji politycznej, społecznej, kulturowej i ekonomicznej oraz do spójności kulturowo różnorodnych społeczeństw.

**Slajd 14: Praca zespołowa**

Komunikacja odgrywa ważną rolę w procesie współpracy. Nieporozumienia pomiędzy różnymi pracownikami służby zdrowia prowadzą do rozbieżności w poziomie opieki, skutkując różnymi postawami wobec osiągania tych samych celów dla pacjentów. Umiejętności intrapersonalne przyczyniają się do wspierania pracy zespołowej. Szacunek dla innych członków zespołu i świadomość ich ról, przy wsparciu dobrej komunikacji, są bardzo ważnymi cechami w poszukiwaniu efektywnej praktyki współpracy[[11]](#footnote-11). Ponadto zdrowie i kultura zasługują na uwagę nie tylko z punktu widzenia pacjentów i pracowników służby zdrowia, ale również w związku z narastająco różnorodnym personelem nie pełniącym funkcji medycznych, takim jak pracownicy socjalni, recepcjoniści, telefoniści i obsługa internetowa, administracja opieki zdrowotnej, którzy funkcjonują jako „*bramkarze wpuszczający do systemu”*. Pracownicy ci również pozostają pod wpływem swoich własnych różnorodnych kultur. Zatem “*odpowiedzialność za postęp świadomości kulturowej w praktyce świadczenia opieki zdrowotnej nie powinna spoczywać wyłącznie na tych, którzy świadczą bezpośrednio opiekę zdrowotną, ani odpowiedzialność nie powinna być postrzegana wyłącznie jako sprawa danej społeczności, a zatem nie-kliniczna”[[12]](#footnote-12).*

**9. Ćwiczenie 4**

*(Czas trwania: 10 minut)*

**Koncentracja uwagi[[13]](#footnote-13)**

Czytanie uczestnikom krótkiego fragmentu tekstu umożliwiającego im lepsze zrozumienie, jak ograniczony jest czas trwania koncentracji uwagi oraz jakim wyzwaniem jest on w komunikacji z pacjentem i społecznością.

**Slajd 15:** Ćwiczenie składa się z czterech części:

1. Rozpocznij ćwiczenie pytając uczestników, co ich zdaniem oznacza termin “koncentracja uwagi” w znaczeniu odnoszącym sie do społeczności. Powinieneś/-aś oczekiwać odpowiedzi odnoszących się do czasu, przez który ktoś może skoncentrować się na jednej rzeczy, zanim zostanie jego uwaga w jakiś sposób odwrócona.

2. Przeczytaj Uczestnikom proponowany krótki fragment tekstu z wikipedii (<https://pl.wikipedia.org/wiki/Świetlówka>). Poproś ich o podniesienie ręki (i pozostawienie jej w górze), kiedy przestaną się koncentrować na tym, co czytasz.

***Do zapłonu krótkich świetlówek***

*Do zapłonu krótkich świetlówek może wystarczyć zwykłe napięcie sieciowe, jednak dla większości dłuższych świetlówek napięcie sieciowe jest za niskie do wywołania wyładowania elektrycznego w rurze świetlówki, dlatego stosuje się układ zapłonowy – zapłonnik (potocznie starter).*

*Zapłonnik jest małą lampą*[*jarzeniową*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Lampa_neonowa)*wypełnioną*[*neonem*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Neon_(pierwiastek))*z dodatkiem argonu pod niskim ciśnieniem. Jedna lub obie elektrody zapłonnika są wykonane z*[*termobimetalu*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Termobimetal)*w ten sposób, że pod wpływem ciepła elektrody zwierają się.*

*Przebieg zapłonu świetlówki pokazany jest na animacji. Po załączeniu napięcia, do elektrod lampy i równolegle połączonego zapłonnika doprowadzone jest pełne napięcie sieci, gdyż spadek napięcia na*[*dławiku*](https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%82awik)*, wobec braku przepływu prądu, jest równy zeru. Napięcie to powoduje powstanie wyładowania jarzeniowego w gazie wypełniającym zapłonnik. Prąd przepływa przez dławik, obie katody świetlówki oraz zapłonnik powodując nagrzewanie termobimetalicznych elektrod zapłonnika. W pewnym momencie następuje zwarcie elektrod zapłonnika i przepływ prądu ograniczony jest jedynie przez*[*impedancję*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Impedancja)*dławika L i rezystancję katod świetlówki. Przepływ dużego prądu wywołuje szybkie rozgrzewanie się*[*termokatod*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Termokatoda)*wykonanych z* [*drutu*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Drut)*oporowego zmniejszając napięcie zapłonu. W tym czasie bimetal zapłonnika stygnie, a powracając po upływie ok. 1 s do stanu pierwotnego rozwiera obwód elektryczny. W momencie rozwarcia następuje gwałtowna zmiana prądu przepływającego przez dławik, co wytwarza*[*siłę elektromotoryczną*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Si%C5%82a_elektromotoryczna)[*samoindukcji*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Samoindukcja)*o wartości kilkuset*[*woltów*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wolt)*. Napięcie to dodając się do napięcia sieci wywołuje przez krótką chwilę wysokie napięcie między katodami, które doprowadza do wyładowania w gazie lampy.*

*Jeśli tak się stanie, to po zapłonie świetlówki, dzięki spadkowi napięcia na dławiku, napięcie na lampie obniża się do napięcia wyładowania jarzeniowego. Napięcie to jest mniejsze od napięcia zapłonu neonówki i jak długo lampa się świeci, zapłonnik pozostaje nieaktywny. Jeśli zapłon świetlówki nie nastąpi za pierwszym razem po jej włączeniu, to proces powtarza się od nowa, aż do skutku.*

*Wbudowany w zapłonnik kondensator o niewielkiej pojemności zmniejsza amplitudę impulsu zapłonowego do kilkuset V, jednocześnie wydłużając czas jego trwania. Zmniejsza to iskrzenie, ograniczając zużycie styków. Kondensator redukuje również zakłócenia elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości zarówno w trakcie zapłonu jak i pracy lampy.*

*Drugi kondensator o pojemności kilku μF połączony równolegle do zacisków sieci nie jest niezbędny do pracy, a jego zadaniem jest powiększenie*[*współczynnika mocy*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wsp%C3%B3%C5%82czynnik_mocy)[*oprawy oświetleniowej*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Oprawa_o%C5%9Bwietleniowa)*.*

3. Po przeczytaniu tego fragmentu zobacz, ilu uczestników podniosło rękę i powiedz im, że mogą ją teraz opuścić.

4. Poproś tych, którzy potwierdzili utratę koncentracji, by opowiedzieli, co się stało. Możesz oczekiwać odpowiedzi takich jak: uczestnik zaczął myśleć o innych rzeczach podczas słuchania fragmentu, pogrążył się w marzeniach, znudził treścią fragmentu, itd. Mogą się również pojawić odpowiedzi, że niektórych uczestników bardzo interesowały odczytywane informacje i bardzo mocno się koncentrowali, bez żadnych zakłóceń. Pokazuje to, że jeżeli coś cię zainteresuje, twoja koncentracja będzie trwała dłużej.

**10. Prezentacja**

**Slajd 17: Proces regulacji i negocjacji konfliktu[[14]](#footnote-14)**

Konflikty są nieuniknione w ludzkiej interakcji i mogą przyjmować formę ukrytych lub otwartych napięć z różnymi poziomami złożoności społecznej. Konflikty interpersonalne mogą się odnosić do różnic dotyczących oczekiwań, interesów, potrzeb lub wartości. Niektóre poszczególne oczekiwania lub typy zachowań mogą prowadzić do konfliktów pomiędzy pacjentami a sposobami organizacji pracy w usługach zdrowotnych.

Według literatury[[15]](#footnote-15), pojęcie głoszące, że każda grupa etniczna lub kraj pochodzenia jest skojarzony ze stabilną i jednorodną kulturą, znalazło się pod ostrzałem w ciągu ostatnich dekad. Ponadto, życia nie prowadzi się w próżni: zdrowe odżywianie się, na przykład, nie jest wyłącznie wyborem osobistym, ale zależy od dostępności właściwych produktów spożywczych i możliwości nabywczych konsumentów, jak i od posiadania czasu i miejsca do ich przygotowania. Również reklama i presja społeczna w bardzo mocnym stopniu determinują zachowanie.

Niektóre przekonania kulturowe mogą być niewłaściwie zrozumiane jako opór przed poddaniem się opiece zdrowotnej[[16]](#footnote-16). Zaobserwowano na przykład, że Sudanki w Kanadzie postrzegają ciążę i poród jako procesy naturalne, które niekoniecznie wymagają zintensyfikowanego kontaktu z opieką zdrowotną. Inne badanie dociekało wpływu czynników kulturowych na interakcje pomiędzy pracownikami służby zdrowia a Somalijkami w Finlandii[[17]](#footnote-17). Lekarze, pielęgniarki i położne opisywali sytuacje, gdzie normy kulturowe po obydwu stronach przeszkadzały, spowalniały lub uniemożliwiały świadczenie opieki zdrowotnej we właściwym czasie. Opisano, że na przykład większość Somalijek prosiła o kobiety ginekologów. Inne przykłady obejmowały różne style komunikacji, tabu otaczające podawanie rąk i inne formy kontaktu fizycznego z lekarzami mężczyznami, jak i przekonania religijne dotyczące porodu.

Jednakże, ponieważ skład populacji migrantów i mniejszości etnicznych różni się pomiędzy krajami w taki sam sposób jak stopień integracji pomiędzy grupami i osobami oraz ich przestrzeganie praktyk tradycyjnych lub kulturowych, pracownicy opieki zdrowotnej powinni unikać ulegania stereotypom kulturowym i zamiast tego podczas kontaktu z pacjentem okazywać postawę skoncentrowania się na pacjencie przy zachowaniu wyczulenia na wielorakie formy różnorodności.

Konflikty często mają swoje źródło w różniących się percepcjach, np. pielęgniarki mogą się czuć zestresowane “inwazją” dużych grup rodzinnych, podczas gdy niektórzy pacjenci mogą uważać surowe przestrzeganie godzin odwiedzin za niepotrzebne ograniczenie. Inne przykłady próśb pacjentów obejmują:

* Dostęp do usług w języku ojczystym pacjenta
* Zróżnicowanie menu lub wprowadzenie ograniczeń dietetycznych z powodów moralnych lub religijnych
* Prośba o pracownika konkretnej płci, mężczyznę/kobietę
* Noszenie symboli religijnych lub zwolnienie z przestrzegania wymogów stroju służbowego
* Uwzględnianie praktyk kulturowych i wartości
* Szacunek dla prywatności

Nie zawsze udaje się uzyskać kompromis co do zasad sprawiedliwości lub “rozsądnego” charakteru prośby. Chociaż instytucje są zobowiązane do zapewnienia wyraźnych zaleceń jako podstawy dla jakiegokolwiek działania podejmowanego przez pracowników, ważne jest, by personel był zaznajomiony z zasadami negocjacji i komunikacji w kontekście międzykulturowym. Źle zarządzany lub nierozwiązany konflikt może mieć reperkusje dla osób, atmosfery w miejscu pracy i jakości usług. Z drugiej strony, konflikty rozwiązane konstruktywnie mogą pomóc wzmocnić relację międzykulturową.

**Slajd 18: Proces negocjacji** zależy od zdolności danego pracownika do dialogu i chęci pacjenta do negocjowania. Jeżeli protagoniści nie mają zamiaru zrezygnować z powodujących konflikty przekonań, rozpoczynanie dyskusji na temat ich wspólnych wartości lub pozycji jest bezcelowe i ryzykowne. Najważniejsze kroki podejmowane w procesie negocjacyjnym podsumowane są poniżej:

* **Zapytaj pacjenta, jak postrzega** problem/sytuację (na czym polega problem? Kiedy się pojawia? Co złego się dzieje?)
* **Poproś pacjenta, by określił problem** (co ten problem oznacza dla niego/niej?) Zapisz oczekiwania stron konfliktu.
* **Postaraj się osiągnąć zbieżne zrozumienie** problemu poprzez **uzgodnienie faktów** (zanotuj obiektywne fakty i opisz prośbę sformułowaną na podstawie tych faktów raczej niż wrażeń)
* **Najpierw połóż nacisk na elementy zgody,** a na rozbieżności - później.
* **Współpracuj w**celuznalezienia rozwiązań, biorąc pod uwagę: czas potrzebny do zbadania sytuacji, podstawę skonsultowania się z innymi osobami, wykluczenie rozwiązań nierealistycznych, niesprawiedliwych lub wygórowanych. Dla każdej sugestii byłoby pomocne zapytać, jaka nastąpiłaby zmiana, gdyby postąpiono według tego pomysłu. Opisz zalety rozwiązania po osiągnięciu porozumienia.
* **Wdrażaj** rozwiązanie i **zweryfikuj**, czy jest skuteczne i zadowalające; zarezerwuj przestrzeń dla korekt i ewaluacji.

Usilnie zalecamy poszukiwanie rozwiązań kreatywnych, chociaż często oznacza to odrzucenie starych nawyków myślenia w celu zmiany swoich umiejętności praktycznych. By to osiągnąć, nie wystarcza sięgnąć do katalogu gotowych dobrych praktyk, ale otworzyć umysł na nowe idee i propozycje innych osób.

**11. Ćwiczenie 5**

*(Czas trwania: 15 minut)*

**Proces negocjacji**

Moderowana dyskusja o doświadczeniach uczestników w procesach negocjacji i współpracy w celu rozwiązania konfliktów w ich codziennej praktyce.

**Slajd 18:** Ćwiczenie składa się z trzech części:

1. Poproś uczestników, by indywidualnie pomyśleli o sytuacji, której doświadczyli; mogą wypełnić wzór formularza (sprawdź listę kontrolną kroków negocjacyjnych).

2. Wypisz na tablicy wkład uczestników w dyskusję dotyczącą ich doświadczenia w negocjacjach i współpracy w celu rozwiązania problemów w interakcji pomiędzy świadczeniodawcami usług zdrowotnych a migrantami i mniejszościami etnicznymi.

3. Dyskusja w grupie, wspierana przez prezentację treści.

**12. Ćwiczenie 6**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Zarządzanie konfliktem**

**Slajd 19:** Ćwiczenie składa się z dwóch części:

* + - 1. Praca indywidualna: Poproś uczestników o ponowne rozważenie trudnej sytuacji opisanej we wzorze Modułu 3, Części 1, Ćwiczenie 5 “Konfrontacja z trudnymi sytuacjami i emocjami”. Poproś uczestników o wypełnienie nowych kolumn w tabeli we wzorze *M3\_U2\_A8 Wzór Ćwiczenia*.
      2. Dyskusja grupowa na temat zmian zachowania, które mogą rozwiązać opisany problem/konflikt.

**13. Prezentacja**

**Slajd 20: Komunikowanie złych wiadomości**[[18]](#footnote-18)

Dlaczego pracownicy opieki zdrowotnej powinni poświęcić uwagę tej kwestii?

* Jest to częsta praktyka dla pracowników opieki zdrowotnej.
* Brak szkoleń z tego zakresu.
* Niewłaściwe komunikowanie złych wiadomości może przyczyniać niepotrzebnych cierpień pacjentowi lub jego krewnym. Ponadto, może spowodować szkody w relacji pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a  pacjentem.
* Wiedza o tym, jak zakomunikować złe wiadomości może zmniejszyć szok emocjonalny w danym momencie. Może przyczynić się do akceptacji sytuacji przez pacjenta, a zatem konsoliduje związek między pracownikiem służby zdrowia a pacjentem.
* Zmniejsza poziom lęku pracowników opieki zdrowotnej.

Złe wiadomości można określić jako informacje, które w negatywny sposób mają wpływ na oczekiwania danej osoby, czy to z powodu bezpośredniego wpływu choroby na daną osobę czy z powodu wpływu, jaki informacja ta wywrze na kogoś z ich środowiska.

**Slajd 21: Strategia i umiejętności**

* Ważne jest, by znaleźć właściwe otoczenie, np. należy unikać korytarzy i pokojów dzielonych z innymi. Jeżeli jest to możliwe, należy udzielić informacji osobiście i unikać rozmów telefonicznych, by zmierzyć się z reakcją.
* Należy zagwarantować, że pacjent nie będzie sam przy otrzymaniu takiej informacji, np. poczekać, aż przyjdzie krewny. Unikać komunikowania złych wiadomości przed nocą.
* Wydłużenie czasu trwania wizyty, by właściwie zareagować na jakikolwiek przypadek załamania się emocjonalnego.
* Cisza jest odpowiednim narzędziem komunikacji i terapii. Empatyczna cisza, patrzenie pacjentom w twarz i świadomość ich potrzeb może przyczynić się do wzmocnienia relacji między pracownikiem opieki zdrowotnej a pacjentem.
* Zalecaną techniką jest refleksyjne słuchanie, zgodnie z Częścią 1.
* Asertywność w celu pokazania pacjentowi, że pracownicy opieki zdrowotnej „wiedzą co robić” i szanują jego opinie.

Zgodnie ze Strategią S.P.I.K.E.S opracowaną przez Buckmana, należy podjąć następujące kroki, by we właściwy sposób przekazać złe wiadomości:

* + **S**etting ( Miejsce). Przygotowanie otoczenia
  + **P**erception. (Percepcja) Co on/ona wie?
  + **I**nvitation.(Zaproszenie) Co on/ona chce wiedzieć?
  + **K**nowledge. (Wiedza) Dzielenie się informacją
  + **E**mpathy.(Empatia) Odpowiedź na uczucia pacjenta.
  + **S**trategy and summary. (Strategia i podsumowanie). Zaplanowanie terapii.

**14. Ćwiczenie 7**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Odgrywanie ról w komunikowaniu złych wiadomości**

Wdrożenie 6 kroków strategii Buckmana w podgrupach i dyskusja wobec całej grupy.

**Slajd 22:** Ćwiczenie składa się dwóch części:

Część 1: Zaimplementuj w podgrupach 6 kroków z pomocą *Szablonu Ćwiczenia M3\_U2\_A9*. Sytuacje możliwe do opisania to przykładowo: diagnoza przewlekłej choroby, np. cukrzycy; postępująco degeneracyjnej choroby lub wyniszczającej choroby psychopatycznej, np. choroby Alzheimera.

Część 2: Dyskusja grupowa po odegraniu scenek. *Nie wszystkie grupy muszą być zaangażowane w odgrywanie ról wobec całej grupy.*

**15. Ćwiczenie 8**

*(Czas trwania: 30 minut)*

**Odgrywanie ról przy radzeniu sobie w delikatnych sytuacjach**

Odgrywanie ról w odniesieniu do interakcji dotyczących delikatnych kwestii. Uczestnicy są proszeni o wykorzystanie swoich własnych przykładów lub tych przedstawionych w szablonie, zaadaptowanym z włoskich badań dotyczących interakcji mediowanych przez tłumacza, na temat opieki zdrowotnej dla kobiet. Wartość tego Ćwiczenia polega na sposobie, w jaki przedstawiane są i omawiane delikatne kwestie.

**Slajd 23:** Ćwiczenie to składa się z dwóch części:

Część 1: Praca grupowa: Niektórzy uczestnicy będą odgrywać rolę postaci zaangażowanych w interakcję (*M3\_U2\_A10 - Ćwiczenie),* podczas gdy inni będąobserwatorami w celu udzielenia informacji zwrotnej po odegraniu przez nich ról.

Część 2: Dyskusja grupowa po prezentacji. *Nie wszystkie grupy muszą być zaangażowane w odgrywanie ról wobec całej grupy.*

**Slajd 24:** Dziękujemy za uwagę.

**Slajd 25:** Spis literatury

**16. Literatura**

**Literatura zalecana:**

* Council of Europe. Constructing an inclusive institutional culture. Council of Europe Publishing, 2011 (Part F Conflict resolution, negotiation and dialogue for mutual understanding, pp. 102-116). Available at: <http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_100713-4.pdf>
* Scottish Government. Principles of Inclusive Communication: An information and self-assessment tool for public authorities, 201º. Available at: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/14082209/0>
* The Lancet Commission on Culture and Health. Lancet 2014;384:1607–39. Available at: <http://www.thelancet.com/commissions/neglect-of-culture-in-health>
* T-SHaRE Project team. Transcultural Skills for Health and Health Care. Standards and Guidelines for Practice and Training, 2012. Available at: <http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf>
* Buckman RA (2005) Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2005;2(2)Available at: <http://www.acssurgerynews.com/co/journal/articles/0202138.pdf>

**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>

* Górski G. (2010) Medycyna wielokulturowa. W: Górski G., Kosowicz A., Marek A. Uchodźcy z polskim społeczeństwie. Vox Humana. <http://www.voxhumana.pl/files/Uchodzcy_2010.pdf> Celem rozdziału jest przedstawienie różnic kulturowych w leczeniu pacjentów wyznania muzułmańskiego. Omówione zostały następujące kwestie: podstawowe różnice dotyczące zbierania wywiadu lekarskiego, prowadzenia badania przedmiotowego, postrzegania lekarza i systemu opieki zdrowotnej, a także postrzegania zaleceń leczniczych przez pacjentów z kultury islamskiej.

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”.

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.

**Zalecany materiał audiowizualny:**

Integracja w Polsce – różnice kulturowe (Polskie Forum Migracyjne): <https://www.youtube.com/watch?v=wSXKPvu8c8c> (prezentuje „dobre praktyki” w zakresie integracji, adaptacji do życia w odmiennym środowisku kulturowym).

Między wschodem a zachodem czyli o różnicach kulturowych!:

<https://www.youtube.com/watch?v=emsnf60X3zY> (m.in.: czym różni się sposób rozwiązywania problemów na Wschodzie od sposobu „zachodniego”?)

**Literatura uzupełniająca:**

* IHC (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at <http://bit.ly/1o6nHGiUH>
* Davis, K., Schoenbaum, S. C., Collins, K. S., Tenney, K., Hughes, D. L., & Audet, A. M. (2002). *Room for improvement: Patients report on the quality of their health care*. New York: [Commonwealth Fund](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/davis_improvement_534.pdf)
* Howarth Michelle M (2006) Education needed to support integrated care: a literature review. Journal of advanced nursing , 2006, 56 (2): 144-56

1. 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-1)
2. 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-2)
3. *The lancet Commission Culture and Health (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (retrieved December 19, 2015) [↑](#footnote-ref-3)
4. Davis, K., Schoenbaum, S. C., Collins, K. S., Tenney, K., Hughes, D. L., & Audet, A. M. (2002). Room for improvement: Patients report on the quality of their health care. New York: [Commonwealth Fund](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/davis_improvement_534.pdf) [↑](#footnote-ref-4)
5. This content is based on Scottish Government (2011) Principles of Inclusive Communication: An information and self-assessment tool for public authorities; available at <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/14082209/0> (retrieved January 11, 2015) [↑](#footnote-ref-5)
6. **T-SHaRE Project team TRANSCULTURAL SKILLS FOR HEALTH AND CARE. Standards and Guidelines for Practice and Training (2012) available at:** <http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf> **(retrieved January 11, 2015)** [↑](#footnote-ref-6)
7. *The Lancet Commission Culture and Health (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2> (retrieved December 19, 2014) [↑](#footnote-ref-7)
8. Chiarenza A, Horvat L, Ciannameo A, Vaccaro G, Lanting K, Bodewes A, Suurmond J. Final Report Review of existing training materials. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Reggio Emillia, Amsterdam: Andalusian School of Public Health, AYSL of Reggio Emilia, University of Amsterdam, 2015. [↑](#footnote-ref-8)
9. *The Lancet Commission on Culture and Health (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2> (retrieved December 19, 2015) [↑](#footnote-ref-9)
10. Definitions and roles have been get from *Constructing an inclusive institutional culture (*the source is INTERPRET, a Swiss training and certification association for community interpreting and cultural mediation: www.inter-pret.ch, accessed 6 June 2011) and **T-SHaRE Project team TRANSCULTURAL SKILLS FOR HEALTH AND CARE. Standards and Guidelines for Practice and Training (2012) available at** <http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidencial/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf> **(retrieved January 11, 2015)** [↑](#footnote-ref-10)
11. Howarth Michelle M (2006) Education needed to support integrated care: a literature review. Journal of advanced nursing , 2006, 56 (2): 144-56 [↑](#footnote-ref-11)
12. *The Lancet Commission on Culture and Health (2014) Lancet* 2014; 384: 1607–39 available at http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (retrieved December 19, 2015) [↑](#footnote-ref-12)
13. Adapted from *50 Communications Activities, Icebreakers, and Exercises*, by Peter R. Garber. Amherst, MA, HRD Press, 2008 [↑](#footnote-ref-13)
14. This content is adapted from Council of Europe (2011) *Constructing an inclusive institutional culture*. Council of Europe Publishing [↑](#footnote-ref-14)
15. Mock-Muñoz de Luna C, Graval E, Ingleby D. Appendix I, Synthesis Repport. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015. [↑](#footnote-ref-15)
16. Higginbottom, G.M. *et al* (2013). "I have to do what i believe": Sudanese women's beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13:51. [↑](#footnote-ref-16)
17. Degni, F. *et al* (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers’ Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health.* Volume 14, Issue 2. Pg. 330-343. [↑](#footnote-ref-17)
18. Information for this issue was obtained from Robert A. Buckman (2005) protocol referred as recommended reading. [↑](#footnote-ref-18)