Multi Culti Med

NOWOCZESNA EDUKACJA WIELOKULTUROWA

DLA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU



Redaktor naukowy:
Małgorzata Szkup

Erasmus+ KA220 project
Zrealizowano w ramach
MultiCultiMed

Co-funded by the European Union

NOWOCZESNA EDUKACJA WIELOKULTUROWA
DLA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

Redaktor naukowy: Małgorzata Szkup

Zrealizowano w ramach
Erasmus+ KA220 project
MultiCultiMed

Co-funded by
the European Union

Finansowane przez Unię Europejską. Wyrażone poglądy i opinie są jednak poglądami i opiniami wyłącznie autora/autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Unii Europejskiej ani Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Edukacji i Kultury (EACEA). Ani Unia Europejska, ani EACEA nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

Autorzy

Małgorzata Szkup, Małgorzata Zimny, Magdalena Stankiewicz, Magdalena Kuczyńska, Karmen Erjavec, Sabina Krsnik, Maria A. Marchwacka, Emilia Burbela, Olha Fedortsiv, Volodymyr Dzhyvak, Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou, Marzena Mikła, Paloma Moral de Calatrava

Recenzanci

Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Dr Irena Papadopoulos

Tytuł

Nowoczesna edukacja wielokulturowa dla studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu

Redakcja i korekta: Aleksandra Kacianowska-Wernik

Skład i łamanie: Eliza Rząd

Projekt graficzny i redaktor techniczny: Sabina Krsnik

Zdjęcia i materiały wizualne Canva Pro, używane na podstawie licencji.

ISBN: 978-83-64906-72-5

Wydawca: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska, 2025

Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin

www.pum.edu.pl/uczelnia/wydawnictwo

e-mail: wydawnictwo@pum.edu.pl

Edycja I

Współfinansowane przez Unię Europejską
Niniejsza publikacja została sfinansowana przy wsparciu Komisji Europejskiej w ramach programu Erasmus+, Akcja 2 – Partnerstwa w zakresie współpracy w szkolnictwie wyższym.

Tytuł projektu: MultiCultiMed – Nowoczesna edukacja wielokulturowa dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu Numer projektu: 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323

Niniejsza praca jest licencjonowana na warunkach licencji Creative Commons Uznanie autorstwa Na warunkach 4.0.



Niniejsza publikacja została udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa.
Na tych samych warunkach CC BY-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Spis treści

Przedmowa 9
O projekcie **MultiCultiMed** 11

1 **Rozdział 1 – Model EMPOWER - innowacyjna koncepcja edukacji wielokulturowej dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu**
Małgorzata Szkup (Polska)

1.1 Wprowadzenie 15
1.2. Cele rozdziału 16
1.3. Efekty uczenia się 16
1.4. Model EMPOWER – kluczowe komponenty 17
1.5. Pokora kulturowa w edukacji kulturowej studentów medycyny i nauk o zdrowiu 19
1.6 Dobrostan zawodowy jako podstawa skuteczności edukacji międzykulturowej dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu 24
1.7. Model EMPOWER – rozwijanie refleksyjnych kompetencji kulturowych wśród profesjonalistów ochrony zdrowia w środowisku wspierającym zdrowie i dobre samopoczucie 27
1.8. Model EMPOWER – zasoby edukacyjne 30
1.9. Model EMPOWER – narzędzia wspierające 37

2 **Rozdział 2 – Różnorodność i inkluzywność w opiece zdrowotnej**
Małgorzata Zimny (Polska)

2.1. Wprowadzenie 43
2.2. Cele rozdziału 43
2.3. Efekty uczenia się 43
2.4. Korzyści z różnorodności i inkluzyjności w opiece zdrowotnej 44
2.5. Przezwyciężanie barier 48
2.6. Inkluzywne przywództwo 50
2.7. Zachowania zawodowe w kontekście różnorodności kulturowej 52
Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER 64

3 **Rozdział 3 – Globalizacja i wielokulturowość w edukacji medycznej oraz zespołach terapeutycznych**
Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukraina)

3.1. Wprowadzenie 67
3.2. Cele rozdziału 68
3.3. Efekty uczenia się 68
3.4. Definicje i terminy 68
3.5. Wyniki badań 69
3.6. Wielokulturowość i różnorodność w zespołach terapeutycznych 73
Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER 78

4 **Rozdział 4 – Tożsamość kulturowa a opieka zdrowotna**
Magdalena Stankiewicz (Polska)

4.1. Wstęp 81

4.2. Cele rozdziału 81
4.3. Wyniki uczenia się 82
4.4. Zasady i wartości 83
4.5. Istotne definicje i terminy 84
4.6. Pacjent jako podmiot w systemie ochrony zdrowia 85
4.7. Tożsamość kulturowa a opieka zdrowotna 86
4.8. Kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby 88
4.9. Rasizm i przemoc strukturalna jako determinanty zdrowia psychicznego – rola pracowników medycznych 95
Refleksja końcowa: Znaczenie tożsamości kulturowej w ochronie zdrowia i modelu EMPOWER 99

5 **Rozdział 5 – Kompetencje międzykulturowe: zmiana perspektywy i refleksyjność**
Maria Anna Marchwacka (Niemcy)

5.1. Wstęp 101
5.2. Cele rozdziału 101
5.3. Efekty uczenia się 102
5.4. Kultura – odniesienia kulturowe i intersekcjonalność 102
5.5 Różnorodność kulturowa: Przykład Niemiec 105
5.6. Edukacja wielokulturowa jako proces interakcji 107
5.7. Rozwój kompetencji refleksyjnych 110
5.8. Zmiana perspektywy i odejście od esencjalizmu 113
5.9. Podsumowanie 115
Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER ... 119

6 **Rozdział 6 – Zdrowie, uchodźcy i migracja**
Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Cypr)

6.1. Wprowadzenie 123
6.2. Cele rozdziału 123
6.3. Wyniki uczenia się 123
6.4. Istotne definicje i terminy 124
6.5. Wpływ migracji na zdrowie 124
6.6. Bariery zdrowotne dla migrantów i uchodźców 125
6.7. Integracja zdrowia globalnego, migracji, uchodźców i potrzeb transkulturowych 127
6.8. Podsumowanie 127
Refleksja końcowa: Powiązanie kwestii migracji i zdrowia z modelem EMPOWER .. 129

7 **Rozdział 7 – Wpływ zmian klimatycznych i pandemii na zdrowie globalne**
Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Cypr)

7.1. Wprowadzenie 133
7.2. Cele rozdziału 133
7.3. Efekty uczenia się 134
7.4. Istotne definicje i terminy 134

7.5. Pandemie i ich globalny wpływ 134
7.6. Zmiany klimatyczne jako globalne zagrożenie dla zdrowia 136
7.7. Podsumowanie 137
Refleksja końcowa: Powiązanie globalnych kryzysów zdrowotnych z modelem EMPOWER 139

8 **Rozdział 8 – Starzenie się populacji**
Elena Rousou, Panagiota Ellina, Paraskevi Charitou (Cypr)

8.1. Wprowadzenie 143
8.2. Cele rozdziału 143
8.3. Wyniki uczenia się 143
8.4. Istotne definicje i terminy 144
8.5. Zasady i wartości 145
8.6. Starzenie się populacji jako globalne wyzwanie 146
8.7. Postawy pracowników ochrony zdrowia wobec starszych pacjentów 150
8.8. Wpływ kultury na postrzeganie starzenia się 151
8.9. Wyzwania stojące przed imigrantami starzejącymi się w krajach, do których przybyli 151
8.10. Co mówią traktaty i konwencje europejskie na ten temat? 152
Refleksja końcowa: Starzenie się populacji a model EMPOWER 159

9 **Rozdział 9 – Skuteczna komunikacja międzykulturowa i praktyka współpracy: strategie inkluzyjności i dialogu**
Karmen Erjavec, Sabina Krsnik (Słowenia)

9.1. Wprowadzenie 163
9.2. Cele rozdziału 163
9 3. Efekty uczenia się 164
9.4. Istotne definicje i terminy 164
9.5. Komunikacja międzykulturowa w opiece zdrowotnej 166
9.6. Strategie skutecznej komunikacji międzykulturowej 169
9.7. Zaangażowanie w dialog i współpracę w wielokulturowej komunikacji w opiece zdrowotnej 186
Refleksja końcowa: Komunikacja i współpraca międzykulturowa w perspektywie modelu EMPOWER 196

10 **Rozdział 10 – Wpływ czynników kulturowych na postawy wobec zdrowia i choroby**
Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukraina)

10.1. Wprowadzenie 199
10.2. Cele rozdziału 199
10.3. Wyniki uczenia się 200
10.4. Pojęcie zdrowia i choroby w różnych kulturach 200
10.5. Percepcja ciała w różnych kulturach 204
10.6 Wpływ kultury na kształtowanie przekonań dotyczących zdrowia psychicznego 206
Refleksja końcowa: Kulturowe uwarunkowania zdrowia a model EMPOWER 213

11 **Rozdział 11 – Problemy zdrowia psychicznego w społeczeństwie wielokulturowym**
Paloma Moral de Calatrava (Hiszpania)

11.1. Wprowadzenie 217
11.2. Cele rozdziału 217
11.3. Efekty uczenia się 218
11.4. Definicje 218
11.5. Modele akulturacji 219
11.6. Stres akulturacyjny i zarządzanie zdrowiem psychicznym 222
11.7. Syndrom Ulisesa 225
Refleksja końcowa: Zdrowie psychiczne w społeczeństwie wielokulturowym a model EMPOWER 230

12 **Rozdział 12 – Praktyki religijne, duchowe i kulturowe związane ze zdrowiem**
Marzena Mikła (Hiszpania)

12.1. Wprowadzenie 233
12.2. Cele rozdziału 233
12.3. Efekty uczenia się 233
12.4. Odpowiednie definicje i terminy 233
12.5. Krótki przewodnik po praktykach duchowych i religijnych związanych ze zdrowiem 235
12.6. Podsumowanie 248
Refleksja końcowa: Praktyki religijne i kulturowe a model EMPOWER 252

13 **Rozdział 13 – Zagadnienia etyczne dotyczące wielokulturowości w medycynie**
Magdalena Kuczyńska (Polska)

13.1. Wprowadzenie 255
13.2. Cele rozdziału 256
13.3. Wyniki uczenia się 256
13.4. Wybrana terminologia 257
13.5. Godność człowieka jako nadrzędna wartość wielokulturowych relacji w medycynie 261
13.6. Tolerancja a wielokulturowość w medycynie 263
13.7. Trzy komponenty postawy moralnej w odniesieniu do wielokulturowości w medycynie 263
13.8. Podsumowanie 265
Refleksja końcowa: Zagadnienia etyczne w odniesieniu do wielokulturowości w medycynie a model EMPOWER 267

14 **Rozdział 14 – Prawa człowieka**
Olha Fedortsiv, Emilia Burbela, Volodymyr Dzhyvak (Ukraina)

14.1. Wstęp 271
14.2. Cele rozdziału 272
14.3. Wyniki uczenia się 272
14.4. Definicje i terminy 273
14.5. Wyniki badań 274
Refleksja końcowa: Prawa człowieka w kontekście modelu EMPOWER 278
Lista autorów 281

Przedmowa

Współczesna opieka zdrowotna funkcjonuje na przecięciu dynamicznych przemian społecznych, kulturowych i demograficznych. W dobie globalizacji, masowych migracji, starzejących się społeczeństw oraz rosnącego znaczenia praw człowieka i równości, edukacja medyczna nie może już ograniczać się jedynie do przekazywania wiedzy klinicznej. Konieczne jest przygotowanie przyszłych pracowników ochrony zdrowia do działania w sposób skuteczny, empatyczny i sprawiedliwy w coraz bardziej zróżnicowanym kulturowo środowisku zawodowym.

Niniejszy podręcznik powstał właśnie jako odpowiedź na te wyzwania. To rezultat unikalnej współpracy międzynarodowego zespołu ekspertów i integracja najnowszych podejść w edukacji międzykulturowej, wiedzy akademickiej oraz doświadczenia praktycznego. U jego podstaw leży autorski model EMPOWER – koncepcyjne i edukacyjne ramy promujące skuteczność, wielokulturowość, profesjonalizm, dobrostan zawodowy oraz dostęp do wspierających zasobów edukacyjnych.

Ta książka to nie tylko źródło wiedzy akademickiej – to zaproszenie do dialogu, refleksji i zmiany. Daje czytelnikowi przestrzeń do zastanowienia się nad pokorą kulturową, samoświadomością i współodpowiedzialnością w budowaniu systemu otwartego na różnorodność opieki zdrowotnej. Stanowi również teoretyczną podstawę szerszego ekosystemu edukacyjnego, uzupełnionego o praktyczne narzędzia i interaktywne ćwiczenia dostępne na platformie MultiCultiMed.

Zachęcam do osobistego i pełnego zaangażowania podejścia do tej publikacji – jako student, przyszły profesjonalista medyczny, i jako człowiek.

Z serdecznymi pozdrowieniami,
Małgorzata Szkup

O projekcie MultiCultiMed

Cieszymy się z Waszego zainteresowania podręcznikiem powstałym w ramach projektu MultiCultiMed – nowoczesna edukacja międzykulturowa dla studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu (nr 2024-1-PL01-KA-220-HED-000251323). To unikatowe, międzynarodowe przedsięwzięcie realizowane przez sześć uczelni wyższych z Polski, Hiszpanii, Słowenii, Cypru, Ukrainy i Niemiec odpowiada na pilną potrzebę kształcenia kadr medycznych przygotowanych do pracy w zróżnicowanym kulturowo środowisku.

W obliczu rosnącej migracji, zmian demograficznych oraz wyzwań zdrowotnych XXI wieku, refleksyjne kompetencje międzykulturowe przestają być wartością dodaną – stają się koniecznością. Projekt MultiCultiMed oferuje innowacyjne narzędzia edukacyjne, wspierające rozwój wrażliwości kulturowej, samoświadomości, wiedzy oraz praktycznych umiejętności przyszłych lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, psychologów, dietetyków i innych specjalistów ochrony zdrowia.

Książka, którą trzymasz w rękach, to efekt współpracy ekspertów z różnych krajów i dziedzin. Stanowi teoretyczną podstawę większego systemu edukacyjnego, który – w połączeniu z interaktywną platformą edukacyjną MultiCultiMed, zawierającą ćwiczenia dopasowane do omawianych treści oraz wskazówki dla nauczycieli, trenerów i mentorów – tworzy nowoczesny, wielowymiarowy model kształcenia otwartego na różnorodność.

Zachęcamy do odkrywania, uczenia się i współtworzenia przyszłości medycyny opartej na empatii, zrozumieniu i szacunku dla każdego pacjenta – niezależnie od jego pochodzenia, języka czy światopoglądu.

Zespół MultiCultiMed

Rozdział 1

Model EMPOWER

– innowacyjna koncepcja edukacji wielokulturowej dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu

MAŁGORZATA SZKUP
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)

> **Edukacja, która uczy zrozumienia świata, jego ludzi i ich różnych perspektyw, jest najpotężniejszym narzędziem do promowania pokoju, empatii i współpracy.**
>
> — Kofi Annan

1.1. Wprowadzenie

Nowoczesna edukacja wielokulturowa dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu to podejście edukacyjne, które integruje zasady dotyczące różnorodności kulturowej, równości i inkluzyjności w ramach szkolenia medycznego. Jest coraz częściej uznawana za ważny element w kształceniu profesjonalistów zdrowia, dając studentom szansę na nabycie umiejętności skutecznej współpracy z różnorodnymi grupami pacjentów. W miarę jak społeczeństwa stają się coraz bardziej wielokulturowe, edukacja medyczna ewoluuje w kierunku programu nauczania, który kładzie nacisk na kompetencje kulturowe, umożliwiając przyszłym pracownikom ochrony zdrowia zrozumienie i reagowanie na różnorodne potrzeby zdrowotne, będące wynikiem odmiennych kultur (Liu et al., 2022; Verbree et al., 2023; Papadopoulos, 2024). Wzrost znaczenia edukacji wielokulturowej w programach edukacji medycznej wynika z rosnącej świadomości istotnych nierówności w wynikach zdrowotnych w różnych grupach kulturowych. Badania wskazują, że opieka zdrowotna oparta na kompetencjach kulturowych nie tylko poprawia satysfakcję pacjentów, ale także usprawnia świadczenie usług zdrowotnych, odpowiadając na unikalne wyzwania, przed którymi stoją przedstawiciele społeczności mniejszościowych (Majda et al., 2021). W związku z tym uczelnie medyczne zmieniają swoje strategie edukacyjne, aby wprowadzić szkolenia z zakresu kompetencji kulturowych jako jeden z celów kształcenia (Liu et al., 2022; Zanetti et al., 2014). Pomimo pozytywnych zmian, wdrażanie edukacji wielokulturowej nie jest wolne od wyzwań. Krytycy zwracają uwagę na takie problemy, jak niewystarczające wsparcie instytucjonalne, utrzymujące się stereotypy oraz potrzeba wdrożenia skuteczniejszych metod edukacji i oceny kompetencji kulturowych (Srinivasan et al., 2024).

Centralnymi elementami modelu EMPOWER są:
- *wzmocnienie roli studentów w edukacji wielokulturowej,*
- *promowanie wzmocnienia roli pacjentów.*

Dyskurs dotyczący tych wyzwań podkreśla znaczenie ciągłych wysiłków podejmowanych w celu udoskonalenia praktyk edukacyjnych oraz stworzenia inkluzyjnego środowiska, które priorytetowo traktuje pokorę kulturową i świadomość w szkoleniu przyszłych pracowników ochrony zdrowia. Transformacja edukacji medycznej, uwzględniająca te elementy, jest kluczowa dla wykształcenia kadry, która będzie w stanie poruszać się po złożonościach coraz bardziej powiązanego ze sobą świata. Wyposażenie przyszłych profesjonalistów ochrony zdrowia w niezbędne umiejętności i wiedzę, a także ukształtowanie ich postaw odpowiednio do pracy z różnorodnymi społecznościami, może odegrać istotną rolę w promowaniu równości i poprawianiu wyników zdrowotnych w systemie opieki zdrowotnej (Verbree et al., 2023; Majda et al., 2021).

Model EMPOWER to innowacyjna, autorska propozycja podejścia do edukacji wielokulturowej, zaprojektowana specjalnie dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu, mająca na celu zwiększenie refleksyjnych kompetencji kulturowych oraz pokory kulturowej wśród przyszłych pracowników ochrony zdrowia.

Model EMPOWER ma na celu podniesienie skuteczności edukacji wielokulturowej i dostosowanie jej do realnych wyzwań codziennej praktyki. Koncentruje się na wzmocnieniu zarówno roli studentów, nauczycieli, wykwalifikowanych pracowników opieki

zdrowotnej, jak i pacjentów, przyczyniając się do tworzenia bardziej otwartego i wspierającego środowiska zdobywania kompetencji. Wzmocnienie roli studentów kładzie nacisk na samodzielne uczenie się i aktywne zaangażowanie, wyposażając ich w umiejętności niezbędne do skutecznego działania w zróżnicowanych środowiskach klinicznych.

Wzmocnienie roli pacjentów wspiera samodzielne zarządzanie własnym zdrowiem oraz udział w podejmowaniu decyzji medycznych, umożliwiając aktywne uczestnictwo w opiece zdrowotnej. Integrując te elementy, model EMPOWER ma na celu zbudowanie postaw osobistego zaangażowania, pokory, refleksji, odpowiedzialności i otwartości. Wdrożenie jego założeń do edukacji multikulturowej prowadzić będzie do zniwelowania luki między wiedzą teoretyczną a jej praktycznym zastosowaniem.

Jako nowa koncepcja w dziedzinie edukacji medycznej, model EMPOWER nie tylko dąży do poprawy skuteczności szkolenia przyszłych pracowników ochrony zdrowia, ale także odpowiada na pilną potrzebę zapewnienia równości i lepszych wyników zdrowotnych dla pacjentów, zwłaszcza z grup marginalizowanych. Jego nacisk na głęboko angażujące doświadczenia edukacyjne sprawia, że ma potencjał, by stać się cennym narzędziem w tworzeniu bardziej inkluzyjnego systemu opieki zdrowotnej, który odpowiada na zróżnicowane potrzeby pacjentów i społeczności.

W związku z dynamicznym rozwojem edukacji wielokulturowej oraz jej niezmiernie szerokim zakresem, konieczna będzie ciągła krytyczna ocena i dostosowywanie modelu do różnych kontekstów edukacyjnych.

1.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- poznania podstawowych zasad edukacji wielokulturowej w medycynie i naukach o zdrowiu,
- zrozumienia znaczenia refleksyjnych kompetencji kulturowych, pokory kulturowej, dobrostanu zawodowego, zasobów edukacyjnych i narzędzi wspierających inkluzyjność w szkoleniu z zakresu opieki zdrowotnej,
- zapoznania z modelem EMPOWER jako innowacyjnym podejściem do edukacji wielokulturowej, mającym na celu wzmocnienie zarówno roli studentów, jak i opieki skoncentrowanej na pacjencie,
- wzmocnienia roli pacjentów w poprawie wyników zdrowotnych i promowania równości zdrowotnej,
- autorefleksji na temat własnych uprzedzeń i stereotypów, wspierającej tym samym rozwój pokory kulturowej i świadomości w praktyce medycznej.

1.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- wyjaśnić podstawowe zasady edukacji wielokulturowej w kontekście medycyny i nauk o zdrowiu, podkreślając jej znaczenie w kształtowaniu różnorodnego i inkluzyjnego środowiska opieki zdrowotnej,

- opisać pojęcie pokory kulturowej i jej znaczenie w praktyce medycznej, podkreślając jej rolę w poprawie relacji między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia oraz w poprawie wyników leczenia,
- wykorzystywać zasoby edukacyjne oraz narzędzia wspierające inkluzyjność w rozwijaniu własnych refleksyjnych kompetencji kulturowych, dążąc do zrozumienia zjawiska różnorodności w środowisku opieki zdrowotnej,
- analizować i stosować model EMPOWER w kontekście edukacji wielokulturowej, wykazując jego wpływ na poprawę procesu edukacji i opieki poprzez nacisk na wzmocnienie roli pacjentów i studentów,
- zrozumieć zasady wzmocnienia roli pacjentów i wyjaśnić jej wpływ na poprawę wyników zdrowotnych, podejmowanie decyzji oraz promowanie większej równości zdrowotnej wśród zróżnicowanych grup pacjentów,
- dokonać krytycznej refleksji nad własnymi uprzedzeniami i stereotypami oraz stosować zasadę pokory kulturowej w praktyce medycznej, rozumiejąc, jak uprzedzenia wpływają na podejmowanie decyzji klinicznych, opiekę nad pacjentem i komunikację,
- wykazać zdolność do tworzenia inkluzyjnego i kulturowo wrażliwego środowiska opieki zdrowotnej, włączając kluczowe elementy edukacji wielokulturowej i wzmocnienia roli pacjentów w praktyce klinicznej oraz codziennych interakcjach z pacjentami.

> *Każdy człowiek ma prawo do zrozumienia swoich potrzeb kulturowych i duchowych, tak samo, jak oczekuje się, że jego potrzeby fizyczne i psychiczne będą zaspokojone.*
>
> *Madeleine Leininger*

1.4. Model EMPOWER – kluczowe komponenty

W odpowiedzi na rosnącą potrzebę dostosowania edukacji medycznej do zróżnicowanych społeczeństw, proponowane jest nowe podejście do edukacji wielokulturowej, oparte na modelu EMPOWER, którego celem jest wzmocnienie kompetencji studentów medycyny i nauk o zdrowiu. Model ten ma 5 kluczowych charakterystyk, które razem opisują kompleksową strukturę edukacyjną, wspierającą rozwój przyszłych profesjonalistów zdrowia w kontekście wielokulturowym.

E – (Effective) – **Skuteczność** – podkreśla znaczenie efektywności w edukacji, koncentrując się na optymalizacji procesów nauczania i uczenia się. Skuteczność edukacyjna oznacza nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również wyposażenie studentów w umiejętność jej zastosowania w różnych środowiskach klinicznych, co stanowi fundament wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

M – (Multicultural) – **Wielokulturowość** – podkreśla znaczenie włączenia różnorodności kulturowej do programów edukacyjnych. W erze globalizacji umiejętność zrozumienia i szacunku dla różnych kultur jest niezbędna w pracy z pacjentami o odmiennych wartościach, wierzeniach i potrzebach zdrowotnych. Wprowadzenie koncepcji wielokulturowości do programu nauczania pozwala studentom nauk o zdrowiu lepiej przygotować się do efektywnej współpracy z pacjentami z różnych środowisk.

P– (Professional) – **Profesjonalizm –** odnosi się do wysokiego poziomu wrażliwości ludzkiej, fachowej wiedzy, doświadczenia oraz postępowania etycznego. Kształcenie studentów medycyny i nauk o zdrowiu to nie tylko nauka umiejętności technicznych, ale również rozwój postaw opartych na empatii, etycznym zachowaniu i zaangażowaniu w dobro pacjentów. Te wartości są fundamentem wysokiej jakości w opiece zdrowotnej i przyczyniają się do budowania zaufania między pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia.

W– (Wellness) – **Dobrostan –** podkreśla znaczenie zapewnienia rozwoju profesjonalistów w środowisku, które wspiera ich zdrowie i dobrostan. Promowanie dobrostanu w edukacji medycznej oznacza tworzenie przestrzeni, w której studenci uczą się, jak dbać o innych, ale także o siebie, zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie. Takie podejście ma szczególne znaczenie w kontekście rosnących wyzwań zdrowotnych, z jakimi muszą mierzyć się pracownicy ochrony zdrowia.

ER– (Education Resource) – **Zasoby edukacyjne –** koncentruje się na dostarczaniu odpowiednich zasobów edukacyjnych, które wspierają rozwój kompetencji kulturowych i profesjonalnych wśród studentów. Odpowiednie materiały edukacyjne, takie jak literatura, narzędzia cyfrowe i angażujące zestawy ćwiczeń praktycznych, są niezbędne, aby studenci mogli rozwijać swoje umiejętności w zakresie opieki zdrowotnej, uwzględniając różnorodność społeczną i kulturową.

Model EMPOWER stanowi innowacyjne podejście, które nie tylko umożliwia studentom medycyny i nauk o zdrowiu rozwój w kontekście kulturowym, ale także przygotowuje ich do przyszłej pracy w coraz bardziej zróżnicowanym społeczeństwie. Integrując pięć kluczowych charakterystyk modelu – skuteczność, wielokulturowość, profesjonalizm, dobrostan oraz odpowiednie zasoby edukacyjne – wzmacnia kompetencje studentów, przygotowując ich do roli liderów w opiece zdrowotnej oraz rzeczników równości zdrowotnej w globalnym kontekście.

E – Skuteczność – podkreśla efektywność w procesie edukacyjnym
M – Wielokulturowość – akcentuje znaczenie różnorodności kulturowej
P – Profesjonalizm – wysoki poziom wrażliwości, wiedzy, kompetencji i zachowań etycznych
W – Dobrostan – rozwój profesjonalistów w środowisku wspierającym ich zdrowie i dobrostan
ER – Zasoby edukacyjne – odpowiednie zasoby edukacyjne wspierające rozwój kompetencji

Model EMPOWER przedstawia podejście, w którym pokora stanowi centralny element wspierający cztery kluczowe filary efektywnego funkcjonowania w środowiskach zawodowych i edukacyjnych. Do filarów tych należą:

- refleksyjne kompetencje kulturowe,
- dobrostan zawodowy,
- zasoby edukacyjne,
- narzędzia wspierające.

Model ten podkreśla, że pokora stanowi fundament rozwoju każdego z obszarów, sprzyjając tworzeniu bardziej świadomego, elastycznego i zrównoważonego środowiska pracy oraz nauki.



Ryc. 1.1. Kluczowe elementy modelu EMPOWER

1.5. Pokora kulturowa w edukacji kulturowej studentów medycyny i nauk o zdrowiu

Koncepcja pokory kulturowej pojawiła się pod koniec lat 90. Definiowano ją jako dynamiczny i trwający przez całe życie proces, który kładzie nacisk na autorefleksję i osobistą krytykę w celu uznania własnych uprzedzeń i ograniczeń. Uznaje, że tożsamości kulturowe są złożone i nieustannie ewoluują, podkreślając znaczenie ciągłej ciekawości, a nie dążenia do skończonego opanowania wiedzy o kulturach (Pawlak-Sobczak, 2019). W przeciwieństwie do kompetencji kulturowych, które mogą sugerować istnienie punktu zakończenia nauki o różnych kulturach (zdobycia kompetencji), pokora kulturowa wymaga zrozumienia, że nauka jest niekończącą się podróżą, wymagającą od jednostek otwartości na nowe doświadczenia i perspektywy (Lekas et al., 2020) (Tab. 1).

Table 1. Porównanie kompetencji kulturowych i pokory kulturowej (Fisher-Borne et al., 2015; Foronda et al., 2016)

	Kompetencje kulturowe	Pokora kulturowa
Cele	rozwijanie głębszego zrozumienia kultur mniejszościowych (grup docelowych), aby świadczyć usługi w sposób bardziej efektywny i odpowiedni	promowanie autorefleksji i rozwoju w zakresie kultury w celu zwiększenia świadomości dostawców usług
Podstawowe zasady	wiedza; szkolenie	autorefleksja; wspólna nauka

	Kompetencje kulturowe	Pokora kulturowa
Ograniczenia	wzmacnia przekonanie, że można być „kompetentnym" w kulturze różnej od własnej; utrzymuje mit, że kultury są jednorodne; opiera się na wiedzy teoretycznej, a nie na doświadczeniu życiowym i zakłada, że profesjonaliści mogą być „certyfikowani" w rozumieniu kulturowym	trudności dla profesjonalistów w pełnym zrozumieniu koncepcji uczenia się razem z pacjentami i od nich; brak ostatecznego wyniku, co może stanowić wyzwanie dla osób w obszarach akademickich i medycznych
Zalety	umożliwia jednostkom dążenie do osiągnięcia celu; zachęca do rozwoju umiejętności	promuje ciągłe uczenie się bez określonego punktu końcowego, koncentrując się na wartości procesu wzrostu i zrozumienia; wspiera budowanie pozytywnych relacji między profesjonalistami a pacjentami, dążąc do zmniejszenia szkodliwych nierówności w obszarze opieki zdrowotnej

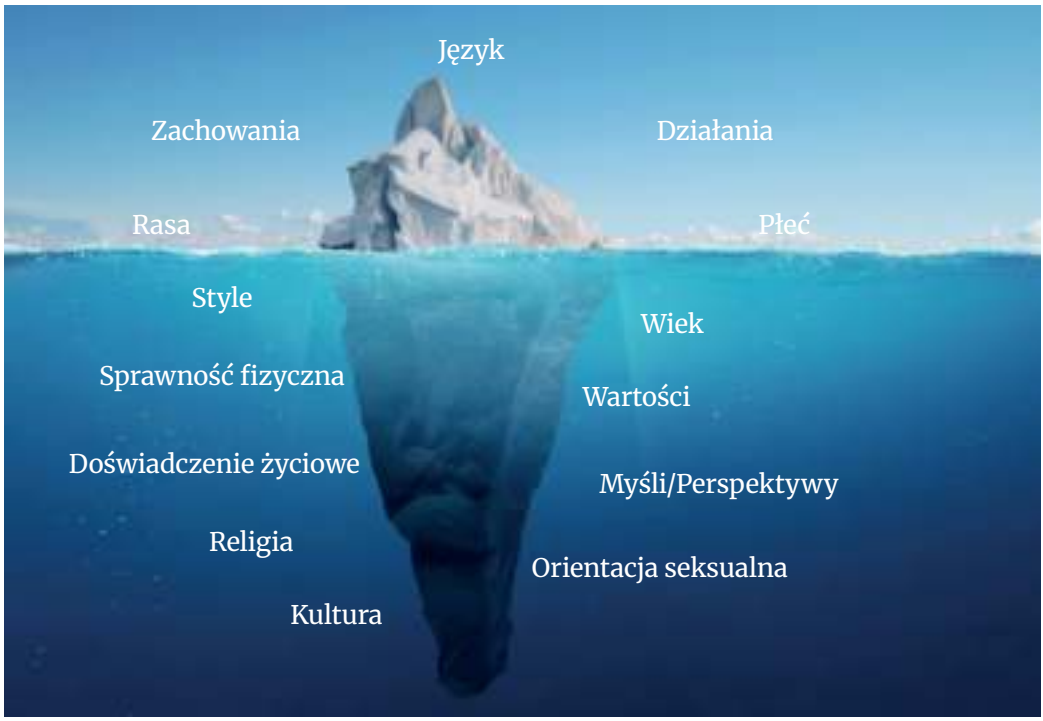
Korzenie koncepcji pokory kulturowej są związane z dążeniem do poprawy interakcji w opiece zdrowotnej z różnorodnymi grupami społecznymi. Wprowadzenie pojęcia pokory kulturowej było częściowo inspirowane uznaniem systemowych nierówności, z którymi borykają się grupy marginalizowane.

Chociaż podejście oparte na pokorze kulturowej zyskuje coraz większą popularność, autorzy podkreślają, że nie powinno być wybierane kosztem podejścia opartego na kompetencjach kulturowych. Zamiast tego proponują model typu „zarówno/jak i", który integruje mocne strony obu koncepcji. Argumentują oni, że:

- kompetencje kulturowe oraz pokora kulturowa mają charakter komplementarny,
- łącznie wspierają skuteczniejsze i sprawiedliwsze praktyki w obszarze opieki zdrowotnej i społecznej, zwłaszcza w kontekście rosnącej różnorodności i wyzwań społecznych (Greene-Moton i Minkler, 2019).

Model góry lodowej służy jako podstawowa metafora w dyskusjach na temat świadomości kulturowej, podkreślając, że kultura to nie tylko obserwowalne zachowania, ale także głębsze warstwy, takie jak wartości i przekonania (So et al., 2023), Ryc. 1.2.

Rozwijanie kompetencji kulturowych i angażowanie się w pokorę kulturową to procesy ciągłe, które ewoluują w odpowiedzi na nowe sytuacje, doświadczenia i relacje. Kompetencje kulturowe stanowią niezbędną podstawę do praktykowania pokory

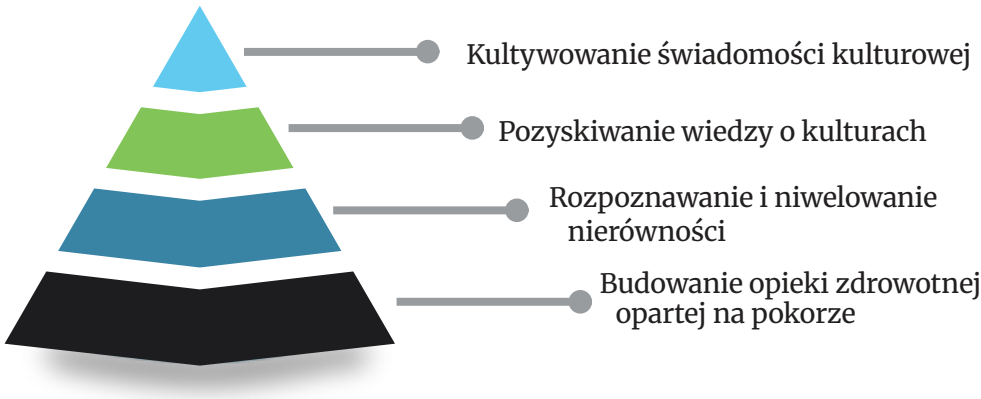


Ryc. 1.2. Metafora góry lodowej w odniesieniu do złożoności kultury

Kompetencje kulturowe + pokora kulturowa = refleksyjne kompetencje kulturowe

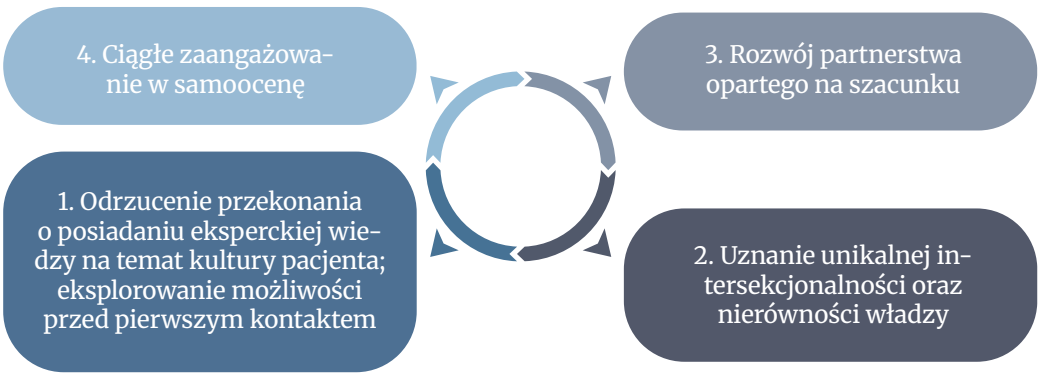
kulturowej. Aby uzyskać wyższy poziom opieki nad pacjentami o zróżnicowanym tle kulturowym, konieczne jest włączenie procesów refleksji i autorefleksji, opierających się na zaprezentowanej poniżej ścieżce myślowej, prowadzącej do progresji od kompetencji kulturowej do pokory kulturowej (Ryc 1.2.).

1. Kultywowanie własnej świadomości kulturowej: Co definiuje moją kulturę i jak kształtuje to sposób, w jaki postrzegam innych i wchodzę z nimi w interakcje?
2. Pozyskiwanie wiedzy o kulturach: Czym charakteryzują są inne kultury i jakie unikalne mocne strony mają? Co może być szczególnie ważne dla osób, które się z nimi identyfikują?
3. Rozpoznawanie i rozwiązywanie nierówności władzy: Jak mogę wykorzystać zrozumienie mojej własnej kultury oraz innych kultur, aby zidentyfikować niesprawiedliwości w opiece zdrowotnej i dążyć do ich eliminacji?
4. Budowanie opieki zdrowotnej opartej na pokorze: Jakie mogę podjąć działania, aby zapewnić, że opieka, którą świadczę, zmierza w kierunku większej inkluzyjności i równości?



Ryc. 1.3. Proces progresji od kompetencji do pokory kulturowej

Pokora kulturowa opiera się na kilku kluczowych zasadach (Ryc. 1.4.), które pomagają profesjonalistom w ich relacjach z różnorodnymi grupami kulturowymi. Zasady te podkreślają znaczenie autorefleksji, uznanie dynamiki władzy oraz rozwijanie partnerstwa opartego na szacunku (Yeager i Bauer-Wu, 2013).



Ryc. 1.4. Główne zasady pokory kulturowej

Odrzucenie przekonania o posiadaniu eksperckiej wiedzy na temat kultury pacjenta; eksplorowanie możliwości przed pierwszym kontaktem

W kontekście edukacji wielokulturowej dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu istotnym aspektem jest odrzucenie przekonania o posiadaniu eksperckiej wiedzy na temat kultury pacjenta przed pierwszym kontaktem z nim. Współczesne podejścia do kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej podkreślają, że każdy pacjent jest unikalny, ma indywidualne i zmieniające się doświadczenia kulturowe. Praktyka zakładania, że istnieje jedna uniwersalna ekspercka wiedza na temat kultury danej grupy, może prowadzić do uproszczeń i stereotypów, które mogą negatywnie wpłynąć na jakość opieki zdrowotnej. Bardziej efektywne jest elastyczne i otwarte podejście do

różnych tożsamości pacjentów, zamiast przyjmowania z góry ustalonej wiedzy kulturowej. Studenci powinni rozwijać umiejętności zadawania pytań, słuchania i angażowania pacjentów w proces diagnostyczny i leczenie, co pozwoli im na uwzględnienie indywidualnych potrzeb i doświadczeń kulturowych. Wprowadzenie do edukacji medycznej strategii, które koncentrują się na rozwijaniu umiejętności poznawania pacjentów i badania możliwości interakcji przed pierwszym spotkaniem, może pomóc uniknąć pułapek uogólniania. Ponadto kształtowanie zdolności aktywnego słuchania i wykazywania otwartości na różnorodność kulturową powinno być podstawowym elementem edukacji medycznej, umożliwiającym skuteczną interakcję z pacjentami z różnych środowisk społecznych i kulturowych (Zghal et al., 2021).

Zrozumienie kulturowe w kontekście opieki zdrowotnej nie opiera się na opanowaniu stereotypów, ale na ciągłym procesie uczenia się i dostosowywania opieki do potrzeb pacjentów, co jest kluczowe dla osiągnięcia równości w opiece zdrowotnej (Betancourt et al., 2003).

Uznanie unikalnej intersekcjonalności oraz nierówności władzy

Intersekcjonalność bada, jak różne tożsamości społeczne (np. rasa, płeć, status społeczno-ekonomiczny, orientacja seksualna) przenikają się, wpływając na doświadczenia jednostek oraz ich dostęp do opieki zdrowotnej. Uznanie tych nakładających się tożsamości pozwala pracownikom ochrony zdrowia lepiej zrozumieć złożoność tła kulturowego pacjentów, co prowadzi do bardziej spersonalizowanej i skutecznej opieki. Dzięki zrozumieniu i akceptacji intersekcjonalności, edukacja medyczna może wyjść poza tradycyjne modele kompetencji kulturowych, sprzyjając głębszemu zrozumieniu wieloaspektowej natury tożsamości pacjentów. To podejście nie tylko wzbogaca doświadczenia edukacyjne studentów, ale także przyczynia się do redukcji nierówności zdrowotnych, promując bardziej inkluzywne i empatyczne praktyki opieki zdrowotnej (Rehman et al., 2023; Paniagua, 2024).

Pokora kulturowa obejmuje również głęboką świadomość wrodzonych nierówności władzy, które istnieją w relacjach między praktykami a pacjentami. Pracownicy opieki medycznej muszą uznać, że ich role wiążą się z autorytetem oraz możliwością zarówno udzielania, jak i wstrzymywania niezbędnych usług (So et al., 2023). Uznając te dynamiki, praktycy mogą dążyć do stworzenia bardziej sprawiedliwego środowiska, które sprzyja współpracy i szacunkowi. Ta zasada podkreśla znaczenie rozwijania partnerstw, które wzmacniają klientów i społeczności, zamiast utrzymywać hierarchiczne relacje (Solchanyk et al., 2021; Shah et al., 2024).

Rozwój partnerstwa opartego na szacunku

Trzecia zasada pokory kulturowej dotyczy konieczności rozwijania wzajemnie korzystnych partnerstw z jednostkami i społecznościami. Ta zasada nakłada na praktyków obowiązek nawiązywania relacji z pacjentami z różnych grup kultu-

rowych w sposób szanujący autonomię, koncentrując się na wspólnym uczeniu się i podejmowaniu decyzji (Paniagua, 2024; Gonzales-Walters et al., 2024). Doceniając wkład i spostrzeżenia innych, profesjonaliści mogą pogłębiać swoje zrozumienie różnych kultur oraz tworzyć bardziej inkluzywne praktyki, które odpowiadają na potrzeby każdego z pacjentów (So et al., 2023).

Ciągłe zaangażowanie w samoocenę

Jedną z podstawowych zasad pokory kulturowej jest ciągłe, trwające przez całe życie zawodowe, zaangażowanie w samodzielną ewaluację i samoocenę. Ta zasada uznaje, że zrozumienie własnego tła kulturowego i uprzedzeń to proces ciągły i dynamiczny. Niezbędnym elementem pracy w ochronie zdrowia jest konieczność krytycznej autorefleksji i analizowania, w jaki sposób własne doświadczenia i wartości pracowników wpływają na kształtowanie interakcji z innymi. Ta nieustanna samoocena pozwala medykom stać się bardziej świadomymi własnych założeń i kwestionować uprzedzenia w swojej praktyce.

Razem te zasady stanowią fundament wprowadzania pokory kulturowej w opiece zdrowotnej, prowadząc ostatecznie do poprawy wyników dla pacjentów oraz wspierając tworzenie bardziej inkluzywnego środowiska w medycynie i naukach o zdrowiu.



1.6. Dobrostan zawodowy jako podstawa skuteczności edukacji międzykulturowej dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu

Dobrostan zawodowy obejmuje holistyczne podejście do kondycji personelu medycznego, które integruje różne wymiary zdrowia, w tym aspekty fizyczne, emocjonalne, zawodowe, społeczne, duchowe i intelektualne (Belthur et al., 2024). Jest

definiowany jako aktywne i skuteczne dążenie do działań, wyborów, stylów życia, tradycji i rytuałów, które przyczyniają się do utrzymania pełnego stanu zdrowia (Chatterjee et al., 2022). Ta szeroka definicja przeciwstawia się powszechnemu przekonaniu, że dobrostan ogranicza się tylko do kondycji i zdrowia fizycznego, zachęcając do bardziej inkluzywnego rozważania wszystkich czynników, które wpływają na dobrostan jednostki i zbiorowości w kontekście zawodowym.

Dobrostan zawodowy jest fundamentalnym czynnikiem skuteczności edukacji międzykulturowej, szczególnie w medycynie i naukach o zdrowiu. W obliczu rosnącej różnorodności społeczeństw w Europie, integracja kompetencji międzykulturowych w kontekście dobrostanu zawodowego jest kluczowa, aby skutecznie odpowiadać na różnorodne potrzeby pacjentów, poprawiać wyniki zdrowotne i jednocześnie zapewniać wysoki poziom satysfakcji personelu.

Wpływ rosnących wymagań na dobrostan pracowników ochrony zdrowia: Radzenie sobie z wypaleniem zawodowym i kompetencjami kulturowymi w zróżnicowanym środowisku pacjentów

W ostatnich latach systemy opieki zdrowotnej na całym świecie borykają się z rosnącą presją, aby sprostać potrzebom coraz bardziej zróżnicowanych populacji pacjentów. W miarę kształtowania się zmian demograficznych w społeczeństwach, dostawcy usług zdrowotnych są coraz częściej zobowiązani do świadczenia opieki, która uwzględnia różnice kulturowe, różnorodność etniczną oraz społeczne determinanty zdrowia. Chociaż kompetencje kulturowe odgrywają istotną rolę w kształceniu pracowników ochrony zdrowia, coraz częściej dostrzega się, że związane z nimi oczekiwania mogą – niezamierzenie – przyczyniać się do wzrostu obciążenia emocjonalnego. Jak zauważają Elbanna et al. (2023), nadmierne skoncentrowanie się na konieczności bycia „kompetentnym" w każdej sytuacji kulturowej, może prowadzić do presji i niepewności, zwłaszcza w kontekście rosnącej różnorodności populacji pacjentów.

Rosnąca różnorodność kulturowa populacji pacjentów wymaga, aby profesjonaliści medyczni byli wyposażeni w szeroki zestaw umiejętności, w tym kompetencje kulturowe, które pozwolą im poruszać się w skomplikowanych interakcjach i zapewniać wysoką jakość opieki. W miarę dostosowywania się systemu opieki zdrowotnej do potrzeb zróżnicowanych społeczności, od pracowników ochrony zdrowia oczekuje się, że będą mieć głębokie zrozumienie kulturowych niuansów, które wpływają na przekonania zdrowotne pacjentów, style komunikacji i preferencje leczenia. Rosnące zapotrzebowanie na kompetencje kulturowe nakłada dodatkowe wymagania na profesjonalistów medycznych, którzy już borykają się z wyzwaniami, takimi jak długie godziny pracy, wysoki stres i emocjonalny ciężar opieki (Fan et al., 2024).

Badania wskazują, że gdy pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do utrzymania eksperckiego poziomu w różnych dziedzinach – w tym w zakresie kompetencji kulturowych – doświadczają wyższych poziomów stresu, lęku i wypalenia zawodowego. Intensywna praca emocjonalna związana z interakcjami z pacjen-

tami z różnych środowisk kulturowych może negatywnie wpływać na pracowników, prowadząc do uczucia wyczerpania, frustracji i wycofania się (Shepherd et al., 2019). Ryzyko jest szczególnie wysokie, gdy kompetencje kulturowe są oceniane w sposób, który podkreśla braki, a nie mocne strony.

Kompetencje kulturowe są uznawane za niezbędne do wykonywania pracy w sektorze ochrony zdrowia, umożliwiając personelowi medycznemu skuteczną współpracę z różnorodnymi populacjami pacjentów. Jednak narzędzia powszechnie używane do oceny kompetencji kulturowych, takie jak kwestionariusze i formularze samooceny, koncentrują się głównie na identyfikowaniu braków. Takie oceny często uwypuklają luki w wiedzy lub dostrzegane niedoskonałości w zrozumieniu kultury, wzmacniając podejście oparte na deficytach (Lin et al., 2017). Metoda ta może tworzyć negatywne, wysokociśnieniowe środowisko, które podważa poczucie kompetencji i dobrostanu pracowników opieki zdrowotnej (Sue et al., 2019).

Zgodnie z badaniami, oceny oparte na deficytach często prowadzą do zwiększenia poziomu stresu wśród pracowników ochrony zdrowia (Karatuna et al., 2022). Zamiast poczuć się zmotywowanymi do poprawy swojej świadomości kulturowej, mogą odczuwać lęk i niepewność z powodu postrzeganych niedoskonałości. W konsekwencji stres może prowadzić do szeregu szkodliwych reakcji emocjonalnych, w tym wycofania się z interakcji z pacjentami lub unikania pacjentów z różnych środowisk kulturowych. W skrajnych przypadkach pracownicy ochrony zdrowia mogą wykazywać postawy pasywno-agresywne, oparte na frustracji lub niechęci, co dodatkowo osłabia jakość opieki nad pacjentem.

Psychologiczny wpływ oceny opartej na deficytach

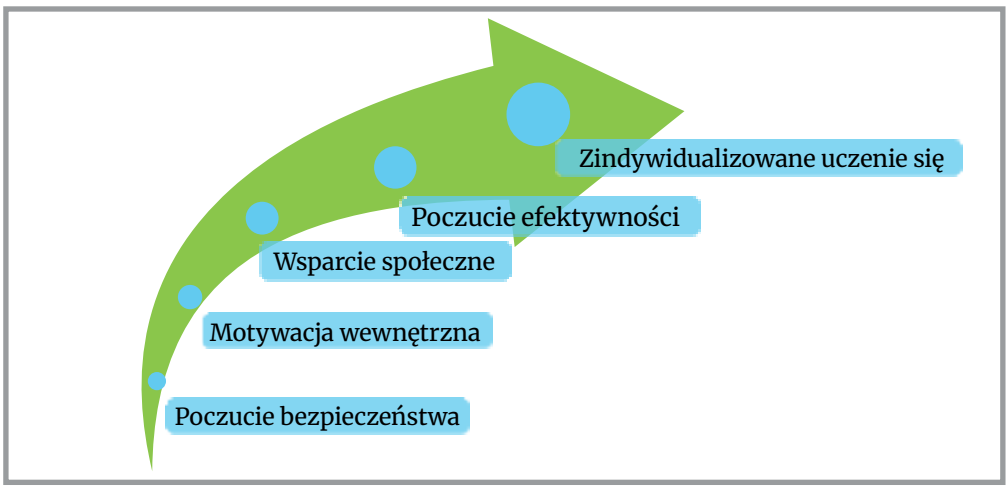
Kluczowym problemem obecnego podejścia do oceny kompetencji kulturowych jest jego tendencja do tworzenia środowiska samokrytyki i wstydu. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy są oceniani w sposób podkreślający ich niedociągnięcia, mogą internalizować uczucie porażki, co może pogłębiać stres i przyczyniać się do wypalenia zawodowego. Takie podejście, zamiast motywować do poprawy, często prowadzi do wycofania się, unikania i frustracji. Rosnąca liczba dowodów sugeruje, że ten negatywny wpływ psychologiczny może prowadzić do błędnego koła wypalenia zawodowego, w którym pracownicy czują się coraz bardziej niezdolni do odpowiedzi na zróżnicowane potrzeby swoich pacjentów (Tajfel i Turner, 1986; Spence et al., 2020).

Jedno z badań wykazało, że lekarze i pielęgniarki, którzy regularnie poddawani byli ocenom wskazującym na braki w kompetencjach kulturowych, byli bardziej podatni na odczuwanie stresu i lęku. Reakcje emocjonalne, jeśli nie zostaną odpowiednio rozwiązane, mogą prowadzić do pogorszenia jakości opieki świadczonej pacjentom oraz do obniżenia satysfakcji z pracy wśród pracowników ochrony zdrowia. Ponadto emocjonalny ciężar związany z treningiem kompetencji kulturowych, gdy nie jest odpowiednio zarządzany, może przyczynić się do rosnącej liczby przypadków wypalenia zawodowego wśród profesjonalistów medycznych (Fournier et al., 2021).

1.7. Model EMPOWER – rozwijanie refleksyjnych kompetencji kulturowych wśród profesjonalistów ochrony zdrowia w środowisku wspierającym zdrowie i dobre samopoczucie

Model EMPOWER koncentruje się na wspieraniu rozwoju profesjonalistów w środowisku sprzyjającym zdrowiu i dobrostanowi.

Model EMPOWER proponuje podejście, które nie tylko uwzględnia potrzeby pacjentów pochodzących z różnych środowisk kulturowych, ale także rozpoznaje i docenia potrzeby studentów i pracowników ochrony zdrowia w kontekście kompleksowego podejścia do rozwoju kompetencji kulturowych i kulturowej pokory (Elbanna et al., 2023). Model podkreśla konieczność stworzenia środowiska edukacyjnego, które wspiera zdrowie i dobrostan studentów, jednocześnie koncentrując się na zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa w trakcie rozwoju refleksyjnych kompetencji kulturowych. Ważnym elementem jest także wspieranie wewnętrznej motywacji, zapewnianie wsparcia społecznego oraz zwiększanie efektywności działań edukacyjnych (Rys. 1.5.).



Ryc. 1.5. Model EMPOWER – rozwój profesjonalistów w środowisku wspierającym zdrowie i dobrostan

Nie musisz wiedzieć wszystkiego o innych kulturach! Wystarczy, że będziesz otwarty na dialog i perspektywy innych.

Jednym z fundamentalnych aspektów modelu EMPOWER jest stworzenie środowiska, w którym uczestnicy czują się bezpiecznie, zdobywając nowe kompetencje, szczególnie te związane z wrażliwymi kwestiami, takimi jak stereotypy i różnorodność. Bezpieczne środowisko edukacyjne zachęca uczestników do wyrażania swoich pytań i wątpliwości bez obawy o ocenę, co sprzyja głębszemu zaangażowaniu w proces nauki. Uznanie i zaakceptowanie faktu, że niemożliwe jest zdobycie pełnej wiedzy na temat wszystkich kultur, umożliwia rozwój postawy, która obejmuje świadomość własnych ograniczeń i otwartość na dialog. To bezpieczne środowisko edukacyjne sprzyja gotowości do ciągłej nauki oraz otwartości na różnorodne perspektywy.

Motywacja wewnętrzna odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu skuteczności szkoleń wielokulturowych, szczególnie w kontekście dobrostanu uczestników. Kiedy uczestnicy są motywowani wewnętrznie, ich zaangażowanie w proces nauki staje się bardziej autentyczne i trwałe. Motywacja wewnętrzna, rozumiana jako chęć nauki napędzana osobistym zainteresowaniem tematem, poczuciem wartości edukacji i chęcią samorozwoju, sprzyja głębszemu zrozumieniu i przyswajaniu zagadnień związanych z różnorodnością kulturową. Tego rodzaju motywacja prowadzi do bardziej refleksyjnego podejścia do tematu, zachęcając do rozwoju otwartego nastawienia na różne perspektywy oraz wrażliwości na potrzeby i doświadczenia innych. Co więcej, kiedy uczestnicy czują, że mają prawdziwy wpływ na swój własny rozwój, a proces nauki jest zgodny z ich wartościami i zainteresowaniami, ich dobrostan psychiczny i emocjonalny poprawia się. W efekcie skuteczność szkoleń z zakresu wielokulturowości polega nie tylko na zdobywaniu wiedzy, ale również na tworzeniu środowiska, które wspiera rozwój osobisty, otwartość na innych i utrzymanie dobrostanu uczestników.

Wsparcie społeczne jest niezbędnym elementem skutecznego procesu uczenia się, a w modelu EMPOWER odgrywa kluczową rolę w zdobywaniu refleksyjnych kompetencji kulturowych. Wsparcie oferowane przez nauczycieli, mentorów i grupę rówieśniczą sprzyja tworzeniu środowiska, które zachęca do współpracy i wzajemnego zaufania, co jest niezbędne do rozwoju zawodowego w sektorze opieki zdrowotnej. Nauczyciel pełni rolę przewodnika i wsparcia, nie tylko przekazując wiedzę, ale także zachęcając do refleksji nad własnymi uprzedzeniami, stereotypami i postawami. Grupa studentów z kolei tworzy społeczność, w której uczestnicy mogą dzielić się swoimi doświadczeniami, sukcesami i wyzwaniami związanymi z rozwojem kompetencji kulturowych. Dzięki tej współpracy jednostki czują się mniej odizolowane w procesie uczenia się, co umożliwia budowanie silniejszych więzi z innymi i zwiększa motywację do dalszego rozwoju osobistego i zawodowego.

Kluczowym aspektem modelu EMPOWER jest rozwijanie poczucia **skuteczności i efektywności** w działaniach uczestników. Wyniki badań wskazują, że osoby, które wierzą w swoją zdolność do osiągania celów, są bardziej zmotywowane i zaangażowane w proces nauki. Model ten właśnie dlatego kładzie nacisk na regularne udzielanie informacji zwrotnych uczestnikom, podkreślając przede wszystkim postępy, a nie tylko wskazując na niedoskonałości. W modelu EMPOWER ocena postępów opiera się na pozytywnym wzmocnieniu. Ważnym elementem jest również możliwość samodzielnego śledzenia postępów przez uczestników, co wzmacnia ich poczucie kontroli nad procesem nauki oraz skutecznością ich działań.

Jedną z kluczowych cech modelu EMPOWER jest zapewnienie **indywidualnej ścieżki edukacyjnej**, która integruje wysoce angażujące narzędzia, mające na celu poprawę zarówno kompetencji kulturowych, jak i kulturowej pokory wśród studentów i pracowników ochrony zdrowia.

Indywidualna ścieżka edukacyjna pozwala każdemu uczestnikowi na postęp we własnym tempie, uwzględniając jego unikalne tło, styl uczenia się i specyficzne potrzeby. Takie podejście jest kluczowe dla promowania głębokiego i znaczącego

uczenia się w kontekście kompetencji kulturowych, gdzie żadna metoda nie działa uniwersalnie. Studenci i pracownicy pochodzą z różnych środowisk edukacyjnych, mają zróżnicowane doświadczenia, a ich gotowość do zaangażowania się w naukę o wielokulturowości może znacząco się różnić. Oferowanie takiej metody nauki zapewnia, że każdy uczestnik ma możliwość samodzielnego dążenia do odpowiedniego poziomu wyzwań i wsparcia, co sprawia, że doświadczenie edukacyjne staje się istotne i znaczące. Indywidualna ścieżka w modelu EMPOWER obejmuje szereg elastycznych modułów, aktywności do nauki we własnym tempie i zakresie oraz zadania koncentrujące się na praktycznym zastosowaniu wiedzy kulturowej. Ścieżka ta została zaprojektowana w sposób adaptacyjny, umożliwiający uczestnikom powrót do trudnych tematów i podejmowanie bardziej wymagających działań w miarę postępów, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia społecznego (ze strony instruktorów lub grup rówieśniczych) przez cały proces nauki.

Aby wspierać indywidualną ścieżkę edukacyjną, model EMPOWER integruje szereg angażujących narzędzi, mających na celu poprawę kompetencji kulturowych oraz promowanie kulturowej pokory. Narzędzia te zostały zaprojektowane w taki sposób, aby przyciągały uwagę uczestników i aktywnie angażowały ich w proces uczenia się. Ćwiczenia zaproponowane w tym przewodniku są zintegrowane z platformą cyfrową, co umożliwia wykorzystanie nowoczesnej technologii do wspierania procesu edukacyjnego. Zaproponowane zadania i ćwiczenia pełnią różne funkcje, ale wszystkie przyczyniają się do głównego celu, jakim jest umożliwienie studentom i pracownikom ochrony zdrowia zaangażowania się w sposób znaczący w różnorodność kulturową.

Celem jest wyposażenie studentów i pracowników ochrony zdrowia w otwartość niezbędną do zwiększenia świadomości kulturowej, a jednocześnie promowanie rozwoju kulturowej pokory poprzez uznawanie swoich ograniczeń w rozumieniu innych kultur i otwartość na naukę od innych.

Model EMPOWER nie postrzega kompetencji kulturowych i kulturowej pokory jako celów ostatecznych, lecz jako ciągłe procesy osobistego i zawodowego rozwoju. Indywidualna ścieżka edukacyjna, wraz z angażującymi narzędziami, wspiera ciągły rozwój, oferując uczestnikom możliwość powrotu do materiałów, refleksji nad swoimi doświadczeniami i wyznaczania nowych celów edukacyjnych. Takie podejście zachęca do zaangażowania się w proces uczenia się przez całe życie, umożliwiając spełnianie rosnących potrzeb różnorodnych grup pacjentów z empatią, szacunkiem i wrażliwością kulturową.

Ostatecznym celem modelu EMPOWER jest stworzenie środowiska, w którym profesjonaliści medyczni czują się wspierani, kompetentni i pewni swoich umiejętności w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej opartej na kompetencjach kulturowych. Dzięki spersonalizowanemu, angażującemu doświadczeniu edukacyjnemu, które koncentruje się na kompetencjach kulturowych i pokorze kulturowej, model EMPOWER zapewnia, że profesjonaliści medyczni będą nie tylko przygotowani do stawienia czoła wyzwaniom wielokulturowego świata, ale także wyposażeni w narzędzia niezbędne do odniesienia sukcesu. Ten proces poprawia dobrostan jednostek, a także ich skuteczność zawodową, przynosząc korzyści nie tylko samym uczestnikom, ale także pacjentom i społecznościom, którymi się opiekują.

Model EMPOWER przedstawia innowacyjne podejście do edukacji w zakresie opieki zdrowotnej, kładąc nacisk na wsparcie zdrowia i dobrostanu profesjonalistów w miarę rozwoju ich kompetencji kulturowych. Poprzez zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, wspieranie motywacji wewnętrznej, udzielanie wsparcia społecznego, budowanie poczucia skuteczności oraz włączanie angażujących narzędzi edukacyjnych, model EMPOWER wspiera kompleksowy rozwój zawodowy. W rezultacie profesjonaliści medyczni stają się bardziej kompetentni i pewni siebie w pracy z pacjentami z różnych środowisk kulturowych, co prowadzi do wyższej jakości opieki i lepszych relacji z pacjentami.

1.8. Model EMPOWER – zasoby edukacyjne

Model EMPOWER przedstawia transformacyjne podejście do edukacji międzykulturowej, które koncentruje się na rozwijaniu kompetencji kulturowych i pokory wśród profesjonalistów medycznych. Podkreśla znaczenie tworzenia zasobów edukacyjnych, które nie tylko dostarczają wiedzę, ale również zapewniają trwałą i oddziałowującą ścieżkę uczenia się. Oparty jest na jasnej, celowej strukturze zaprojektowanej w celu zaspokojenia zmieniających się potrzeb zarówno uczniów, jak i różnorodnych grup pacjentów, którym świadczą pomoc.

1. *Inicjowanie efektywnej edukacji międzykulturowej (definiowanie jasnych, celowych wyników).*
2. *Skuteczne projektowanie nauczania (tworzenie holistycznego i inkluzyjnego doświadczenia).*
3. *Angażowanie w praktyczne zastosowanie (zapewnienie związku z praktyką zawodową).*
4. *Transformacja i wzmacnianie transferu wiedzy (zastosowanie wiedzy w różnych środowiskach).*
5. *Wzmacnianie i wspieranie postępów w procesie uczenia się (ciągły wzmacniający feedback i włączenie mechanizmów informacji zwrotnej).*
6. *Działanie i dokumentowanie wpływu (utrzymanie długoterminowych ulepszeń).*

Inicjowanie efektywnej edukacji międzykulturowej: Definiowanie jasnych, celowych wyników

Inicjowanie efektywnej edukacji międzykulturowej w modelu EMPOWER rozpoczyna się od kluczowego zadania, jakim jest **definiowanie jasnych, celowych wyników**, które kierują procesem uczenia się. Pierwszym krokiem w tym podejściu jest wyznaczenie celów, które są nie tylko akademickie, ale także holistyczne, kładąc nacisk na głębokie zrozumienie wpływu dynamiki kulturowej na opiekę zdrowotną. Cele te mają za zadanie zachęcić uczestników do badania, w jaki sposób czynniki kulturowe wpływają na komunikację z pacjentami, świadczenie usług zdrowotnych oraz interakcje zawodowe w coraz bardziej globalnym kontekście. Definiując te cele edukacyjne, intencją modelu EMPOWER jest stworzenie kompleksowej ramy, która przygotowuje profesjonalistów medycznych do poruszania się po złożoności środowisk międzykulturowych, promując bardziej kompetentne i empatyczne podejście do opieki.

Kluczowym elementem tej postawy edukacyjnej jest integracja refleksji i krytycznej świadomości, które pozwalają uczestnikom odnieść się do własnych kulturowych uprzedzeń i założeń. Ta samoświadomość jest kluczowa, aby rozpoznać, w jaki sposób osobiste przekonania i nieświadome uprzedzenia mogą wpływać na praktyki zawodowe, szczególnie podczas interakcji z różnorodnymi grupami pacjentów. Dzięki zorganizowanym aktywnościom, skłaniającym do autorefleksji, uczestnicy są zachęcani do badania, w jaki sposób ich kulturowe filtry kształtują ich reakcje wobec pacjentów i współpracowników, wspierając rozwój otwartości i gotowości do wzrostu i adaptacji. Ta praktyka refleksyjna jest niezbędna do pielęgnowania kulturowej pokory, zapewniając, że profesjonaliści medyczni pozostają świadomi ograniczeń swojej wiedzy na temat innych kultur i odczuwają zobowiązanie do ciągłego uczenia się.

Skuteczne projektowanie nauczania: Tworzenie holistycznego i inkluzyjnego doświadczenia

Projektowanie efektywnego procesu nauczania kładzie nacisk na stworzenie ram edukacyjnych, sprzyjających holistycznemu i inkluzywnemu środowisku dla profesjonalistów medycznych. Kluczowym elementem tego podejścia jest zrozumienie, że różnorodność nie jest jedynie zewnętrznym czynnikiem, który należy uwzględnić, lecz fundamentalnym składnikiem samego procesu uczenia się. Model EMPOWER podkreśla znaczenie rozwoju programu nauczania, który integruje studia przypadków, badania i doświadczenia z zakresu praktyki zawodowej, pochodzące z różnych perspektyw kulturowych w opiece zdrowotnej. Dzięki włączeniu różnorodnych punktów widzenia, program nauczania zapewnia, że profesjonaliści medyczni będą mieli kontakt ze złożonościami wyzwań zdrowotnych na świecie, co lepiej przygotuje ich do opieki nad pacjentami z różnych środowisk.

Model EMPOWER dodatkowo wzbogaca doświadczenie nauczania poprzez wprowadzenie **zasad transformacyjnego uczenia się**, którego celem jest zmiana perspektyw uczestników i podważenie ich założeń. Centralnym elementem transformacyjnego uczenia się są trzy kluczowe komponenty:

1. dylemat dezorientacyjny,
2. krytyczna refleksja,
3. dialog i działanie.

Dylemat dezorientacyjny odnosi się do aktywności lub ćwiczeń zaprojektowanych w celu podważenia wcześniej istniejących przekonań uczestników, zachęcając ich do skonfrontowania się z własnymi uprzedzeniami i ponownego rozważenia swoich poglądów. Te dylematy wychodzą poza strefę komfortu uczestników, pobudzając ich do głębokiego, krytycznego myślenia. **Krytyczna refleksja** to proces, w którym uczestnicy analizują i oceniają swoje przekonania i wartości, szczególnie w odniesieniu do dynamiki kulturowej w opiece zdrowotnej. Ta samoświadomość sprzyja uznaniu, jak osobiste przekonania i wartości wpływają na interakcje z pacjentami i współpracownikami. Z kolei **dialog i działanie** podkreślają znaczenie angażowania się w rozmowy z osobami z różnych środowisk, co prowadzi do zmiany perspektywy i praktycznego

zastosowania nowych podejść w praktyce zawodowej. Te trzy komponenty współdziałają, tworząc transformacyjne środowisko edukacyjne, które jest nie tylko intelektualnie wzbogacające, ale także ma wpływ na rozwój osobisty i zawodowy (Mezirow, 1991).

Oprócz tych podstawowych elementów, model EMPOWER promuje **uczenie się przez doświadczenie w celu budowania empatii**. Podejście to kładzie nacisk na wartość immersyjnych doświadczeń edukacyjnych, takich jak programy wychodzenia do społeczności, symulacje z pacjentami z różnych środowisk kulturowych oraz wymiany kulturowe. Te działania pozwalają profesjonalistom medycznym na bezpośrednie doświadczanie wyzwań i złożoności pracy z różnorodnymi grupami pacjentów, tym samym wzmacniając ich świadomość kulturową i empatię. Dzięki tym doświadczeniom uczestnicy rozwijają głębsze zrozumienie przeżyć innych ludzi, co jest niezbędne do budowania współczującej, skoncentrowanej na pacjencie opieki.

W celu zwiększenia zakresu możliwości wykorzystania założeń uczenia się przez doświadczenie w celu budowania empatii, w modelu EMPOWER połączono część teoretyczną, zawartą w podręczniku, z **Platformą Edukacyjna programu MultiCultiMed**, która zawiera **„Ludzką Bibliotekę"**. Jest to innowacyjne narzędzie edukacyjne, które umożliwia studentom zapoznanie się z wywiadami przeprowadzonymi z osobami z różnych grup kulturowych, często narażonych na dyskryminację lub marginalizację. Celem tego narzędzia jest rozwijanie empatii i pogłębianie zrozumienia perspektyw innych osób, szczególnie reprezentujących mniejszościowe grupy społeczne, etniczne, religijne i kulturowe. Wywiady, wypełnione osobistymi historiami, doświadczeniami i refleksjami, dają odbiorcom wgląd w życie osób z innych kultur, przyczyniając się do poszerzenia ich horyzontów, redukcji uprzedzeń i rozwoju umiejętności interpersonalnych, niezbędnych do pracy z różnorodnymi pacjentami. „Biblioteka Ludzka" tworzy przestrzeń edukacyjną poprzez słuchanie i głębsze zrozumienie, wspierając rozwój kompetencji kulturowych.



Równie ważnym elementem efektywnego projektowania nauczania jest aktywne uczestnictwo w procesie uczenia się. Model EMPOWER zachęca uczestników do aktywnego angażowania się w swoje kształcenie, szczególnie poprzez poszukiwanie interakcji z rówieśnikami z różnych środowisk. Takie doświadczenia promują wzajemny szacunek i wspólne zdobywanie wiedzy kulturowej, umożliwiając uczestnikom naukę z perspektyw innych osób. Aktywne uczestnictwo wspiera poczucie wspólnoty i przynależności, co jest kluczowe dla stworzenia pozytywnej i inkluzywnej atmosfery edukacyjnej. Ponadto wspomaga rozwój krytycznego myślenia, rozwiązywania problemów i pracy zespołowej, które są niezbędnymi umiejętnościami do pracy zawodowej w kontekście wielokulturowym.

Angażowanie w praktyczne zastosowanie: Zapewnienie zgodności z praktyką zawodową

Model EMPOWER kładzie duży nacisk na angażowanie się w przekładanie nabywanych kompetencji kulturowych na praktyczne zastosowanie w warunkach pracy zawodowej. Ten aspekt koncentruje się na wypełnianiu luki między teorią a praktyką. Celem jest nie tylko zdobycie wiedzy teoretycznej przez studentów, ale także rozwijanie niezbędnych umiejętności do jej skutecznego stosowania w środowisku zawodowym. W modelu opracowano szereg ćwiczeń symulujących rzeczywiste doświadczenia, wspierane przez interakcje z rówieśnikami, aby włączyć różne perspektywy i wspólnie poszukiwać rozwiązań. Działania takie jak: odgrywanie ról, ćwiczenia z zakresu komunikacji międzykulturowej i symulacje rozwiązywania problemów związanych z opieką nad pacjentami z różnych środowisk kulturowych, mają przygotować studentów do wyzwań, które mogą napotkać w wielokulturowych środowiskach opieki zdrowotnej. Dzięki symulowaniu rzeczywistych scenariuszy, studenci są zachęcani do zastosowania swojej wiedzy w dynamicznym i wspierającym środowisku, co pomaga im lepiej zrozumieć złożoność opieki nad pacjentem w różnych kontekstach kulturowych, rozwijając umiejętności krytycznego myślenia i rozwiązywania problemów.

Model EMPOWER podkreśla również znaczenie nauki rówieśniczej i informacji zwrotnej w procesie ciągłego doskonalenia. Poprzez włączenie systemów informacji zwrotnej od rówieśników oraz dyskusji, studenci mają okazję uczyć się na podstawie doświadczeń i perspektyw innych. To podejście pozwala na głębsze zrozumienie kwestii wielokulturowych w opiece zdrowotnej, rozwijając kulturę autorefleksji i konstruktywnej krytyki. Informacja zwrotna od rówieśników dostarcza studentom cennych wskazówek dotyczących ich własnej praktyki, pomagając im zidentyfikować obszary do rozwoju i zachęcając do nieustannego udoskonalania swoich refleksyjnych kompetencji kulturowych. Proces ten nie tylko wzmacnia zdolność studentów do pracy z różnorodnymi grupami pacjentów, ale także sprzyja tworzeniu środowiska wzajemnego wsparcia i uczenia się w społeczności edukacyjnej.

Transformacja i wzmacnianie transferu wiedzy: Zastosowanie wiedzy w różnorodnych środowiskach

W modelu EMPOWER aspekt transformacji i wzmacniania transferu wiedzy koncentruje się na zapewnieniu wyboru ćwiczeń i zadań, które zwiększą prawdopodobieństwo, że studenci nie tylko zdobędą wiedzę teoretyczną, ale również przygotowanie niezbędne do jej zastosowania w różnych środowiskach opieki zdrowotnej.

Kluczową rolę we wzmacnianiu transferu wiedzy i wspieraniu rozwoju zawodowego odgrywa nauczyciel–mentor oraz grupa studentów. Mentorzy, którzy pełnią rolę wzorców najlepszych praktyk w zakresie kulturowo kompetentnej opieki zdrowotnej, mogą oferować studentom wskazówki, wsparcie oraz przykłady skutecznej opieki nad pacjentami w różnych środowiskach. Wsparcie oferowane

w ramach grupy studentów ułatwia dzielenie się doświadczeniami i dostęp do informacji zwrotnej. Połączenie mentorskiej roli nauczyciela oraz wsparcia w ramach grupy studentów tworzy współpracujące środowisko edukacyjne, w którym studenci mogą udoskonalać swoje umiejętności, poprawiać praktykę i zdobywać pewność siebie w zapewnianiu kulturowo kompetentnej opieki.

Wzmacnianie i wspieranie postępów w procesie uczenia się (ciągły wzmacniający feedback i włączenie mechanizmów informacji zwrotnej) – rola nauczycieli

Model EMPOWER kładzie duży nacisk na **ciągłe wzmacnianie i wspieranie studentów** na każdym etapie ich edukacji wielokulturowej w opiece zdrowotnej. Ten aspekt koncentruje się na systematycznej ocenie wyników nauki nie po to, aby wskazywać na braki czy krytykować błędy, ale by zapewnić ciągły rozwój. Zastosowanie mechanizmów informacji zwrotnej i narzędzi wspierających ocenę może pomóc śledzić postępy, identyfikować obszary wymagające dodatkowego wsparcia oraz zapewnić skuteczne rozwijanie kompetencji wielokulturowych u studentów. Dostarczanie studentom konstruktywnej informacji zwrotnej na temat ich postępów pozwala im udoskonalić podejście do opieki zdrowotnej w kontekście kulturowym poprzez wskazywanie obszarów, w których mogą się poprawić, uczenie się na błędach i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych. Ten ciągły proces informacji zwrotnej i refleksji jest integralną częścią tworzenia środowiska nauki opartego na ciągłym rozwoju, w którym studenci czują się wspierani w swoich wysiłkach na rzecz podnoszenia refleksyjnych kompetencji kulturowych.

Istotnym elementem jest również rozwój kadry nauczycielskiej odpowiedzialnej za edukację studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu w zakresie wielokulturowości. Platforma edukacyjna MultiCultiMed zapewnia dostęp do **zasobów dedykowanych nauczycielom**. Jej celem jest nie tylko dostarczenie merytorycznych wskazówek, ale także praktycznych porad i narzędzi, które pomogą im skutecznie prowadzić zajęcia, angażować studentów oraz monitorować postępy w rozwoju kompetencji kulturowych. Platforma MultiCultiMed może pełnić rolę przewodnika, oferując nauczycielom szczegółowe instrukcje, dotyczące metodologii ćwiczeń oraz organizowania dyskusji w grupie studentów. Nauczyciele mają dostęp do interaktywnych i angażujących metod nauczania, które sprzyjają rozwojowi kompetencji wielokulturowych wśród studentów. Ponadto platforma dostarcza wskazówek dotyczących interpretacji wyników ćwiczeń, testów i ocen związanych z edukacją wielokulturową. Nauczycielom zapewnia również szeroki zakres tematów do dyskusji, które mogą być wprowadzone podczas zajęć, pomagając studentom podchodzić do kwestii kulturowych w sposób bardziej świadomy. Zawartość platformy dla nauczycieli nie tylko zapewnia dostęp do angażujących materiałów edukacyjnych, ale także może się stać częścią ich własnego procesu rozwoju zawodowego.

Działanie i dokumentowanie wpływu: Utrzymanie długoterminowych ulepszeń

Model EMPOWER kładzie duży nacisk na kluczową rolę głębokiego zaangażowania i aktywizujących ćwiczeń w tworzeniu trwałych zmian w sposobie postrzegania przez studentów wyzwań związanych z wielokulturowością w opiece nad pacjentem. Model promuje podejścia edukacyjne, które wykraczają poza teoretyczne nauczanie, oferując angażujące, praktyczne doświadczenia, które sprzyjają rzeczywistemu zastosowaniu kompetencji wielokulturowych w pracy zawodowej. Poprzez głębokie zaangażowanie studentów w praktyczne, oparte na refleksyjnych kompetencjach kulturowych ćwiczenia i scenariusze, model EMPOWER zapewnia, że umiejętności i wiedza, które zdobywają, nie są jedynie nauczane, ale internalizowane, prowadząc do długoterminowych zmian w ich rozumieniu i podejściu do opieki zdrowotnej w różnych kontekstach kulturowych.

Centralnym elementem tego podejścia jest ocena długoterminowego wpływu, która ma na celu pomiar skuteczności programu w poprawie kompetencji wielokulturowych studentów i ich dobrostanu zawodowego w czasie. Administratorzy planują wdrożenie systemu zbierania opinii od absolwentów, aby pozyskać dane, jak kompetencje nabyte podczas programu są wykorzystywane w praktyce zawodowej.

Dodatkowo, istotnym elementem modelu EMPOWER jest jego globalna adekwatność i dostosowanie do ewoluujących realiów praktyki medycznej. Zawartość oferowana studentom i nauczycielom jest dostosowywana do szerokiego wachlarza środowisk opieki zdrowotnej na całym świecie, koncentrując się nie tylko na nauce teoretycznej, ale także na praktycznym zastosowaniu kompetencji wielokulturowych w różnych rzeczywistych warunkach. W praktyce oznacza to tworzenie elastycznych struktur, które mogą być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych systemów opieki zdrowotnej i regionów na całym świecie.

Wierzymy, że siła modelu EMPOWER, który umożliwia długoterminowe usprawnienia w edukacji wielokulturowej, leży w globalnej elastyczności proponowanych ćwiczeń i treści. Dzięki głęboko angażującym technikom edukacyjnym oraz elastycznemu podejściu, które reaguje na potrzeby różnych środowisk kulturowych i zawodowych, model EMPOWER nie tylko może pomóc studentom rozwijać niezbędne umiejętności do zapewniania kulturowo kompetentnej opieki, ale także wspiera ciągły rozwój i refleksję. Strategie te zapewniają, że wpływ programu może sięgać daleko poza salę wykładową, prowadząc do trwałych usprawnień w praktykach opieki zdrowotnej na całym świecie.



Podsumowanie – zasoby edukacyjne modelu EMPOWER

Model EMPOWER w edukacji wielokulturowej w opiece zdrowotnej i naukach medycznych opiera się na zasadach, które priorytetowo traktują kompleksowy i zrównoważony rozwój kompetencji kulturowych. Zasady te koncentrują się na złożoności środowisk opieki zdrowotnej i mają na celu wyposażenie studentów w wiedzę oraz narzędzia niezbędne do skutecznej obsługi zróżnicowanych populacji pacjentów.

Intersekcjonalność to kluczowy koncept, który stanowi podstawę modelu, uznając połączone i unikalne tożsamości zarówno studentów, jak i pacjentów. Podkreślając, w jaki sposób nakładające się tożsamości – takie jak rasa, płeć, status społeczno-ekonomiczny, tło kulturowe i wiele innych – wpływają na wyniki zdrowotne, model promuje głębsze zrozumienie różnorodnych potrzeb w obrębie populacji pacjentów. Studenci są zachęcani do uwzględnienia, w jaki sposób te przecinające się tożsamości wpływają na ich podejście do opieki nad pacjentem, a także do opracowywania całościowych i subtelniejszych strategii, które odpowiadają na indywidualne potrzeby w kontekście wielokulturowym.

Krytyczna refleksja to kolejna zasada modelu EMPOWER, zachęcająca studentów do analizy własnych uprzedzeń, postrzegania kulturowego oraz zachowań zawodowych. Dzięki ustrukturalizowanej refleksji, studenci są skłaniani do identyfikowania, jak te czynniki osobiste wpływają na ich interakcje z pacjentami oraz ogólne podejście do opieki. Proces ten pomaga studentom stać się bardziej świadomymi swoich założeń i ślepych punktów, sprzyjając rozwojowi postawy ciągłej autooceny i doskonalenia w praktyce medycznej. Dzięki krytycznej refleksji studenci mogą kwestionować swoje uprzedzenia i udoskonalać swoją kompetencję kulturową, zapewniając bardziej empatyczną i inkluzywną opiekę nad pacjentem.

Podstawowe zasady dotyczące zasobów edukacyjnych modelu EMPOWER:
- *intersekcjonalność,*
- *krytyczna refleksja,*
- *praktyczna wiedza,*
- *ciągły rozwój i dobrostan.*

Wiedza praktyczna odnosi się do podejścia, które koncentruje się na wyposażeniu studentów w praktyczne umiejętności, metody i narzędzia, które mogą być natychmiast zastosowane w praktyce opieki zdrowotnej. Zasada ta zapewnia, że studenci nie tylko uczą się teorii, ale także zdobywają wiedzę praktyczną, niezbędną do radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami pracy w wielokulturowym środowisku. Poprzez dostarczanie studentom użytecznych, opartych na dowodach strategii, model wspiera świadczenie kompetentnej kulturowo opieki, poprawiając wyniki zdrowotne pacjentów i wzmacniając komunikację międzykulturową.

Na koniec, **ciągły rozwój i dobrostan** to zasada, która stanowi fundament długoterminowego sukcesu i odporności pracowników ochrony zdrowia. Model uznaje, że radzenie sobie z wyzwaniami w wielokulturowej opiece zdrowotnej może być wymagające zarówno psychicznie, jak i emocjonalnie i ma na celu wspieranie studentów w rozwoju odporności i dobrostanu psychicznego, niezbędnych do

odniesienia sukcesu zawodowego. Ten nacisk na rozwój osobisty wykracza poza kompetencje kulturowe, zapewniając, że studenci mają świadomość olbrzymiego znaczenia odpowiedniego zarządzania stresem, utrzymywania równowagi psychicznej i kultywowania zrównoważonego życia zawodowego przez całą swoją karierę.

1.9. Model EMPOWER – narzędzia wspierające

Narzędzia wspierające studentów w rozwijaniu kompetencji kulturowych i kulturowej pokory zostały zaprojektowane w sposób konstruktywny, refleksyjny i wspierający, a nie skupiający się na negatywnych aspektach, wskazywaniu niedociągnięć czy krytyce. Celem jest stworzenie środowiska edukacyjnego, które jest bezpieczne, empatyczne i skoncentrowane na ciągłym rozwoju. Platforma edukacyjna MultiCultiMed zapewnia przestrzeń do prowadzenia **dzienników refleksyjnych**. Ich celem jest zachęcanie studentów do regularnej refleksji nad ich doświadczeniami, wyzwaniami i postępami w nauce na temat kultury i różnorodności. Dzienniki mogą być wykorzystywane w różnych i elastycznych formach, w zależności od indywidualnych potrzeb. Na przykład studenci mogą prowadzić dzienniki, w których zapisują swoje przemyślenia, dotyczące interakcji z pacjentami z różnych kultur, swoje uczucia związane z uczeniem się o różnorodności, a także identyfikują obszary wymagające dalszego rozwoju. Ważnym elementem jest również zapisywanie sukcesów i pozytywnych doświadczeń, które wskazują na postęp. Platforma MultiCultiMed ułatwia zapisywanie myśli i oferuje dostęp do wstępnie przygotowanych pytań refleksyjnych, które pomagają studentom zgłębić swoje doświadczenia (np. jakie wyzwania napotkałem w tej sytuacji?, co mogę poprawić następnym razem?, co zrobiłem dobrze? itd.).

Platforma zawiera również **zadania refleksyjne z opiniami 360°**, pozwalające studentom otrzymywać feedback od różnych osób (np. kolegów, nauczycieli, pacjentów, obserwatorów), co pomaga lepiej zrozumieć ich rozwój w kontekście różnorodności kulturowej.

Te narzędzia mają na celu promowanie szczerej i uczciwej refleksji nad rozwojem osobistym, bez stygmatyzowania błędów. Skupiają się na wspieraniu procesu nauki, identyfikowaniu obszarów do poprawy, ale także na świętowaniu sukcesów, które motywują do dalszego samodoskonalenia. Ważnym elementem jest stworzenie przestrzeni, w której studenci czują się bezpiecznie, mają możliwość zgłębiania swoich postaw i przekonań oraz są zachęcani do ciągłego rozwoju, zarówno w zakresie kompetencji kulturowych, jak i osobistej pokory.

Piśmiennictwo

Belthur, M., Federico-Martinez, G., Drane, D., et al. (2024). Physician leadership behaviors and strategies: Insights to integrate and prioritize faculty well-being. Physician Leadership Journal, 11(5), 12–19. https://doi.org/10.55834/plj.1067073980.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., et al. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Reports, 118(4), 293–302. https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293.

Chatterjee, K., Edmonds, V. S., Girardo, M. E., et al. (2022). Medical students describe their wellness and how to preserve it. BMC Medical Education, 22(1), 510. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03552-y.

Elbanna, M. F., Thomas, M. R., Patel, P. R., et al. (2023). Cultivating cultural humility to address the healthcare burnout epidemic – Why it matters. Global Advances in Integrative Medicine and Health, 212, 27536130231162350. https://doi.org/10.1177/27536130231162350.

Fan, J., Chang, Y., Li, L., et al. (2024). The relationship between medical staff burnout and subjective wellbeing: The chain mediating role of psychological capital and perceived social support. Frontiers in Public Health, 12, 1408006. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408006.

Gonzales-Walters, F., Weldon, S., & Essex, R. (2024). Cultivating cultural humility through healthcare simulation-based education: A scoping review protocol. International Journal of Healthcare Simulation, 1, 1–7. https://doi.org/10.54531/rafh4191.

Karatuna, I., Owen, M., Westerlund, H., et al. (2022). The role of staff-assessed care quality in the relationship between job demands and stress in human service work: The example of dentistry. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12795. https://doi.org/10.3390/ijerph191912795.

Lin, C. J., Lee, C. K., & Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. Journal of Nursing Research, 25(3), 174–186. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153.

Liu, J., Miles, K., & Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. Frontiers in Education, Second Language, Culture and Diversity, 7. https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633.

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Bodys-Cupak, I., et al. (2021). Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), 4002. https://doi.org/10.3390/ijerph18084002.

Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass.

Paniagua, F. A. (2024). Teaching cultural competence and cultural humility in medical education: A practical guide (1st ed.). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781003529057.

Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny–pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery. Władza Sądzenia, 16, 68–95. https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05.

Rehman, M., Santhanam, D., & Sukhera, J. (2023). Intersectionality in medical education: A meta-narrative review. Perspectives on Medical Education, 12(1), 517–528. https://doi.org/10.5334/pme.1161.

Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N., et al. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare pro-

fessionals and trainees: A scoping review. BMC Medical Education, 24(1), 991. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05981-3.

Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., et al. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. BMC Health Services Research, 19(1), 135. https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7.

So, N., Price, K., O'Mara, P., et al. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. The Medical Journal of Australia, 220(1), 12–13. https://doi.org/10.5694/mja2.52182.

Solchanyk, D., Ekeh, O., Saffran, L., et al. (2021). Integrating cultural humility into the medical education curriculum: Strategies for educators. Teaching and Learning in Medicine, 33(5), 554–560. https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1877711.

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9(2), 117–125. https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233.

Verbree, A. R., Isik, U., Janssen, J., et al. (2023). Inclusion and diversity within medical education: A focus group study of students' experiences. BMC Medical Education, 23(1), 61. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3.

Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., et al. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. International Journal of Medical Education, 5, 37–44. https://doi.org/10.5116/ijme.52ec.d075.

Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S., et al. (2021). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: A cross-sectional study of Canadian newcomers. Journal of Transcultural Nursing, 32(5), 508–517. https://doi.org/10.1177/1043659620967441.

Rozdział 2

Różnorodność i inkluzywność w opiece zdrowotnej

Małgorzata Zimny
Pomorski Uniwersytet medyczny w Szczecinie (Polska)

Różnorodność i integracja w opiece zdrowotnej to nie tylko zasady, ale fundament, który pozwala każdemu pacjentowi czuć się dostrzeganym, słyszanym i szanowanym – ponieważ zdrowie zaczyna się od równości.

2.1. Wprowadzenie

Różnorodność i integracja to terminy, które od dawna były stosowane w różnych kontekstach, ale dopiero w ostatnich latach zaczęły być łączone z dyskusją na temat opieki zdrowotnej.

Bogata różnorodność, odzwierciedlająca mozaikę społeczności pod względem rasy/etniczności, płci, orientacji seksualnej, statusu imigracyjnego, niepełnosprawności fizycznej oraz poziomu społeczno-ekonomicznego, może stanowić wyzwanie dla personelu medycznego i pacjentów, daje jednak szansę stworzenia możliwości pozytywnej transformacji. Aby taka transformacja zakończyła się sukcesem, działania powinny koncentrować się na „różnorodności, równości i integracji", a nie tylko na „różnorodności". Coraz lepiej rozumiemy zależność między środowiskiem pracy świadczeniodawców, wynikami zdrowotnymi pacjentów a wynikami organizacyjnymi (Gill, 2018).

Różnorodność i integracja w opiece zdrowotnej oznaczają włączanie różnych perspektyw, kultur, doświadczeń i tożsamości do codziennej praktyki medycznej. Takie podejście wymaga akceptacji i szacunku dla różnorodności rasowej, etnicznej, kulturowej, płciowej, wiekowej i religijnej, a także zrozumienia wyzwań, przed którymi stoją osoby z niepełnosprawnościami lub należące do marginalizowanych grup społecznych. Kluczowym celem jest zapewnienie równych szans, dostępu i wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla każdego, niezależnie od jego pochodzenia czy okoliczności życiowych (Stanford, 2020).

2.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- zrozumienia korzyści z różnorodności i inkluzyjności w opiece zdrowotnej,
- możliwości pokonywania barier wynikających z pracy w zróżnicowanym kulturowo środowisku,
- poznania najważniejszych obszarów zachowań zawodowych w kontekście różnorodności kulturowej,
- zrozumienia znaczenia kluczowych cech personelu medycznego, potrzebnych do pracy w różnorodnym kulturowo środowisku.

2.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- zauważyć i docenić korzyści płynące z różnorodności kulturowej w opiece zdrowotnej,
- znaleźć metody na pokonanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej,
- dostosowywać opiekę medyczną do indywidualnych potrzeb pacjentów, poprzez wdrożenie najważniejszych zachowań zawodowych w kontekście różnorodności kulturowej,
- efektywnie współpracować w zróżnicowanym kulturowo środowisku medycznym, dzięki zrozumieniu znaczenia kluczowych cech personelu medycznego i dążeniu do ich rozwijania.

2.4. Korzyści z różnorodności i inkluzyjności w opiece zdrowotnej

Współczesna opieka zdrowotna funkcjonuje w coraz bardziej zróżnicowanym społeczeństwie, w którym pacjenci pochodzą z różnych środowisk kulturowych, społecznych i językowych. Uwzględnienie tej różnorodności nie tylko podnosi jakość świadczonych usług, ale także sprzyja budowaniu zaufania między pacjentami a personelem medycznym. Inkluzyjne podejście do opieki zdrowotnej pozwala lepiej dostosować diagnozę i leczenie do indywidualnych potrzeb pacjentów, zmniejszać bariery w dostępie do świadczeń oraz poprawiać wyniki terapii.

Lepsze wyniki zdrowotne

Zrozumienie różnic kulturowych pomaga dostrzec indywidualne potrzeby pacjentów, co pozwala na bardziej precyzyjne dopasowanie opieki medycznej do ich oczekiwań i warunków życia. Dzięki temu lekarze i personel medyczny mogą nie tylko skuteczniej diagnozować i leczyć, ale także budować relacje oparte na zaufaniu, co zwiększa skuteczność terapii i komfort pacjentów.

Z kolei lepsza komunikacja z pacjentem znacząco wpływa na skuteczność leczenia. Korzystanie z tłumaczy lub materiałów edukacyjnych dostosowanych do języka i kultury pacjenta ułatwia mu zrozumienie zaleceń medycznych. Dzięki temu może on lepiej przestrzegać wskazówek dotyczących terapii, co zwiększa jej efektywność i poprawia wyniki leczenia (Borowczyk, 2023). Coraz powszechniejsza staje się świadomość znaczenia skutecznej komunikacji w systemie opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę, że kursy komunikacji muszą być dostosowane do specyfiki danej kultury, języka i innych kwestii kontekstowych, wiele krajów i społeczności posługujących się wspólnym językiem zaproponowało swoje zalecenia, dotyczące programu nauczania komunikacji dla studiów medycznych na poziomie licencjackim. Wraz ze wzrastającą świadomością znaczenia komunikacji medycznej, jej nauczanie zostało włączone do podstawowego programu studiów medycznych. Wydziały medyczne na całym świecie zaczęły wprowadzać odpowiednie kursy do swoich programów nauczania pod koniec XX wieku. Jedno z pierwszych doświadczeń pochodzi z Uniwersytetu w Lagos z 1984 roku (Ersek, 2020). Bardziej współczesne przykłady obejmują Leipzig University Medical School – COMSKIL Communication Skills Training (Gebhardt, 2021) i Longitudinal Communication Curriculum (Zimmermann, 2021), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Ghent University (Kienle, 2021) i Harvard Medical School (Rider, 2006).

Jedną ze strategii, którą wiele organizacji już wdrożyło, są usługi tłumaczeniowe, kluczowe dla pacjentów z ograniczoną znajomością języka lokalnego oraz do opracowywania materiałów pisemnych (Karliner, 2007). Kolejną strategią poprawiającą kompetencje kulturowe jest włączenie nawigatorów pacjentów, pracowników i rzeczników pacjentów. Najskuteczniejszym rozwiązaniem jest, jeśli to możliwe, zatrudnianie personelu medycznego, który kulturowo najlepiej odpowiada większości pacjentów objętych opieką (Nair, 2019).

Redukowanie nierówności zdrowotnych: W literaturze przedmiotu najczęściej zwraca się uwagę na aspekt równości, rozumiany jako zapewnienie równych praw

dla jednostek z takimi samymi potrzebami zdrowotnymi (equal access for equal needs) (Culyer, 1995). Różnorodność w opiece zdrowotnej pozwala lepiej identyfikować i eliminować bariery ograniczające dostęp do usług medycznych, takie jak bariery językowe, finansowe czy społeczne. Współpraca z organizacjami społecznościowymi jest również ważna, aby lepiej rozumieć i zaspokajać kulturowe potrzeby pacjentów oraz opracowywać strategie zapewnienia opieki zdrowotnej opartej na kompetencjach kulturowych. Może to obejmować współpracę z organizacjami społecznościowymi, organizacjami imigranckimi i uchodźczymi oraz innymi grupami społecznymi, tj. organizacjami pozarządowymi, fundacjami, stowarzyszeniami, grupami wyznaniowymi, klubami społecznymi.

Zapobieganie błędom medycznym: Zrozumienie kontekstu kulturowego pacjenta może pomóc uniknąć nieporozumień, które czasami prowadzą do błędnych diagnoz lub leczenia (Puch, 2020).

Większe zaufanie pacjentów opieki zdrowotnej

Budowanie relacji opartych na zaufaniu: Zaufanie jest fundamentem skutecznej opieki zdrowotnej, a pacjenci, którzy czują, że ich kultura, wartości i tradycje są szanowane, są bardziej skłonni do otwartości i współpracy z personelem medycznym. Kiedy lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy ochrony zdrowia wykazują zrozumienie dla indywidualnych potrzeb pacjentów, uwzględniając ich tło kulturowe i społeczne, pacjenci czują się bardziej akceptowani i traktowani z szacunkiem. Takie podejście pomaga budować silniejszą więź między pacjentem a personelem medycznym, prowadząc do lepszej komunikacji i skuteczniejszego leczenia. Jeśli np. pacjent z danej kultury ma obawy dotyczące terapii lub procedur, które są sprzeczne z jego tradycjami, personel medyczny, który wykazuje zrozumienie i zapewnia odpowiednią edukację, może pomóc je złagodzić, poprzez zauważenie ich, docenienie i zapewnienie odpowiedniego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Szacunek dla kultury pacjenta wpływa również na jego poczucie bezpieczeństwa, co może zmniejszyć opór przed korzystaniem z konsultacji medycznych. Pacjenci, którzy czują, że ich tożsamość jest akceptowana, są bardziej skłonni do angażowania się w długoterminową opiekę, przestrzegania zaleceń medycznych i aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia. Dodatkowo, takie podejście pomaga redukować bariery językowe i kulturowe, które mogą utrudniać skuteczną komunikację i tworzyć dystans między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia. W rezultacie budowanie relacji opartych na zaufaniu, uwzględniających różnorodność kulturową, nie tylko poprawia satysfakcję pacjentów, ale również zwiększa skuteczność leczenia, zmniejsza ryzyko błędów medycznych i przyczynia się do ogólnej poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Szacunek dla różnorodności kulturowej i budowanie zaufania w opiece zdrowotnej nie tylko wzmacnia relacje między pacjentem a świadczeniodawcą, ale także poprawia wyniki leczenia i ogólną jakość opieki.

Redukcja lęku i stresu: Kiedy pacjenci czują się zrozumiani, szanowani i doceniani, ich emocjonalna reakcja na sytuacje związane z opieką zdrowotną poprawia się

znacząco. Lęk i stres są częstymi reakcjami na interwencje medyczne, szczególnie gdy pacjenci czują brak zrozumienia ze strony swoich świadczeniodawców z powodu różnic w stylach komunikacji, tła kulturowego lub braku empatii (Rozlog, 1999).

Jednakże, gdy pracownicy ochrony zdrowia poświęcają czas, aby zrozumieć unikalne potrzeby, obawy i kontekst kulturowy pacjenta, tworzą środowisko, w którym pacjent czuje się usłyszany i bezpieczny. To poczucie zrozumienia sprzyja pozytywnej relacji terapeutycznej, co prowadzi do większej otwartości i chęci współpracy z zespołem opieki zdrowotnej. Kiedy pacjenci czują się bardziej komfortowo, są skłonniejsi do otwartego omawiania swoich objawów, preferencji leczenia i obaw, co pozwala pracownikom ochrony zdrowia zapewnić bardziej spersonalizowaną opiekę. To z kolei poprawia ogólne doświadczenia pacjenta w trakcie leczenia. Ponadto redukcja lęku i stresu ma bezpośredni wpływ na wyniki zdrowotne. Wysoki poziom stresu może utrudniać proces leczenia, ponieważ negatywnie wpływa na układ odpornościowy i nasila niektóre schorzenia. Kiedy pacjenci czują się mniej zestresowani, są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń medycznych, stosowania się do planów leczenia i angażowania się w proaktywne zarządzanie zdrowiem, co przyczynia się do szybszego zdrowienia. W istocie, pielęgnowanie poczucia zrozumienia nie tylko tworzy bardziej pozytywne i współpracujące środowisko, ale także przyspiesza proces leczenia, łagodząc emocjonalne i psychiczne obciążenia, które mogą utrudniać powrót do zdrowia (Sirois, 2018).

Zwiększenie efektywności zespołu medycznego

Zespoły o zróżnicowanej kulturze są bardziej kreatywne: Różnorodność kulturowa w zespołach łączy osoby o różnych perspektywach, doświadczeniach i sposobach rozwiązywania problemów. Ta mieszanka różnych punktów widzenia zwiększa innowacyjność, ponieważ członkowie zespołu mogą podchodzić do wyzwań z różnych stron, co prowadzi do bardziej kreatywnych i skutecznych rozwiązań. Kiedy osoby z różnych środowisk kulturowych współpracują, mogą czerpać z szerszego zakresu wiedzy, tradycji i strategii, co często skutkuje unikalnym i nieszablonowym myśleniem (Schmidt, 2023).

W środowisku opieki zdrowotnej zespół o zróżnicowanej kulturze może np. opracować bardziej zróżnicowane i kompleksowe podejścia do opieki nad pacjentem, uwzględniając nie tylko czynniki medyczne, ale także preferencje kulturowe, dynamikę społeczną i różne sposoby radzenia sobie z chorobą. Taka różnorodność pomaga zidentyfikować potencjalne luki w opiece i zachęca do opracowywania nowych technik lub narzędzi, które mogą zostać wykorzystane do poprawy wyników leczenia pacjentów. Ponadto zespoły o zróżnicowanej kulturze mają większą skłonność do kwestionowania status quo i tradycyjnych metod, co sprzyja tworzeniu środowiska, w którym kreatywność jest wspierana. Takie zespoły są zazwyczaj bardziej elastyczne i otwarte na eksperymentowanie z nowymi pomysłami, co jest szczególnie istotne w szybko zmieniających się

Kiedy pacjenci czują się zrozumiani i wspierani, redukuje to ich stres i lęk, sprzyjając współpracy, co poprawia wyniki leczenia i przyspiesza proces zdrowienia.

dziedzinach, takich jak opieka zdrowotna, gdzie innowacje mają kluczowe znaczenie dla poprawy opieki nad pacjentami i leczenia (Teixeira, 2024).

Tworząc inkluzywne środowisko, w którym różnorodne perspektywy są mile widziane i cenione, organizacje mogą wykorzystać pełny potencjał swoich zespołów, co prowadzi do większej efektywności, zdolności do rozwiązywania problemów i ogólnej kreatywności.

Zrozumienie i akceptowanie różnorodności w zespołach nie tylko redukuje konflikty, ale także wzmacnia współpracę, tworząc bardziej harmonijne i produktywne środowisko.

Redukowanie ryzyka konfliktów: Zrozumienie i akceptowanie różnorodności w zespołach odgrywa kluczową rolę w redukcji napięć i wspieraniu współpracy. Kiedy członkowie zespołu uznają i szanują różnice kulturowe, tło i perspektywy innych, tworzy to bardziej harmonijne środowisko pracy. To zrozumienie pomaga unikać nieporozumień, które mogą pojawić się na skutek błędnej komunikacji, stereotypów czy założeń dotyczących zachowań i wartości innych osób.

W zróżnicowanym kulturowo zespole często większy nacisk kładzie się na otwartą komunikację, aktywne słuchanie i empatię. Praktyki te pomagają członkom zespołu nawigować po potencjalnych różnicach kulturowych i znaleźć wspólną płaszczyznę, zapobiegając konfliktom zanim eskalują. Uznanie, że czyjeś zachowanie może wynikać z norm kulturowych, a nie z problemów osobistych, może zmniejszyć poczucie frustracji lub urazy, które mogłyby pojawić się w przeciwnym razie.

Co więcej, zespoły, które aktywnie promują inkluzywność, zachęcają jednostki do wyrażania siebie bez obawy o ocenę, co pomaga rozwiązywać problemy zanim staną się źródłem konfliktu. Kiedy każdy członek zespołu czuje się szanowany i doceniany, mniejsze jest ryzyko negatywnej rywalizacji lub podziałów w grupie. W rezultacie poprawia się współpraca, a zespół może skupić się na osiąganiu wspólnych celów, zamiast rozpraszać się wewnętrznymi sporami.

Tworząc środowisko, w którym różnorodność nie tylko jest akceptowana, ale również celebrowana, organizacje mogą stworzyć bardziej pozytywną i produktywną atmosferę. To prowadzi do zbudowania silniejszego zespołu, mniejszego stresu i bardziej efektywnego przepływu pracy, co przekłada się na lepsze wyniki, szczególnie w tak wymagających dziedzinach, jak opieka zdrowotna.

Rozwój umiejętności interpersonalnych: Praca w wielokulturowym środowisku daje unikalną okazję do rozwoju kluczowych umiejętności interpersonalnych, takich jak empatia, elastyczność i skuteczna komunikacja, szczególnie w trudnych i złożonych sytuacjach. Interakcje z osobami o różnym tle kluturowym, wartościach i przekonaniach zmuszają członków zespołu do wyjścia poza swoją strefę komfortu i zrozumienia perspektyw innych ludzi.

Empatia w kontekście wielokulturowym polega na umiejętności postawienia się w sytuacji drugiej osoby, zrozumieniu jej potrzeb, emocji i reakcji w kontekście kulturowym. W takim środowisku członkowie zespołu uczą się, jak skutecznie komunikować się, uwzględniając różnice językowe, kulturowe i społeczne, co pomaga w budowaniu lepszego zrozumienia i redukcji napięć.

Praca w wielokulturowym środowisku rozwija empatię, elastyczność i skuteczną komunikację, tworząc silniejsze i bardziej zgrane zespoły, gotowe do stawienia czoła wyzwaniom współczesnej opieki zdrowotnej.

Elastyczność, kluczowy aspekt pracy w wielokulturowym środowisku, oznacza zdolność dostosowywania się do nowych i nieznanych sytuacji oraz umiejętność dostosowania swojego zachowania i podejścia w zależności od zmieniających się warunków i potrzeb innych osób. Taka elastyczność umożliwia skuteczne rozwiązywanie konfliktów, odnalezienie się w różnych stylach pracy oraz efektywne zarządzanie różnorodnymi wymaganiami pacjentów i współpracowników.

Pokonywanie barier w opiece zdrowotnej jest kluczowe dla zapewnienia równego dostępu do wysokiej jakości opieki dla wszystkich pacjentów, niezależnie od ich kulturowych, językowych czy osobistych uwarunkowań.

Dodatkowo, praca w wielokulturowym zespole zwiększa zdolność do skutecznej komunikacji w trudnych sytuacjach, w których różnice kulturowe mogą prowadzić do nieporozumień. Umiejętność wyjaśniania swoich intencji w sposób zrozumiały, negocjowania i znajdowania wspólnego gruntu w rozmowach jest niezwykle cenna w środowisku zespołowym, szczególnie w opiece zdrowotnej, gdzie każda interakcja może mieć wpływ na wyniki leczenia.

W rezultacie praca w zróżnicowanym środowisku nie tylko wzbogaca umiejętności interpersonalne, ale także przyczynia się do budowania bardziej spójnych, skutecznych i empatycznych zespołów, które są lepiej przygotowane do stawiania czoła wyzwaniom współczesnej opieki zdrowotnej.

2.5. Przezwyciężanie barier

Edukacja międzykulturowa

Szkolenie międzykulturowe dla personelu medycznego jest fundamentem skutecznej opieki zdrowotnej w zróżnicowanych społecznościach. Kiedy personel jest dobrze przygotowany do pracy w wielokulturowym środowisku, zdobywa umiejętność lepszego rozumienia i dostosowywania swoich działań do potrzeb pacjentów z różnych kultur. Tego rodzaju edukacja nie tylko uczy o zwyczajach, wierzeniach i wartościach, ale także pomaga zrozumieć, jak te aspekty kulturowe wpływają na postawy pacjentów wobec leczenia i zdrowia. W niektórych kulturach więzi rodzinne mogą być bardzo silne, co oznacza, że decyzje medyczne mogą wymagać konsultacji z rodziną pacjenta. Inne kultury mogą preferować tradycyjne metody leczenia, co może wpływać na otwartość pacjenta na konwencjonalne terapie (Jongen, 2018).

Takie szkolenie może obejmować także różnice w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, które są kluczowe dla skutecznego przekazywania informacji medycznych. Gesty, ton głosu czy nawet postawa ciała mogą mieć różne znaczenia w różnych kulturach, a ich niezrozumienie może prowadzić do nieporozumień. Dzięki edukacji międzykulturowej pracownicy ochrony zdrowia uczą się, jak unikać nieporozumień, co prowadzi do lepszej jakości interakcji z pacjentami (Brach i Fraserirector,

2000). Ponadto szkolenie międzykulturowe pomaga personelowi medycznemu rozwinąć większą wrażliwość na różnice w podejściu do zdrowia i choroby. Wiedza na temat tego, jak pacjenci z różnych kultur postrzegają proces leczenia, może wpłynąć na to, w jaki sposób profesjonaliści opieki medycznej podejmują decyzje terapeutyczne, proponują działania terapeutyczne lub wyjaśniają procedury medyczne. Zrozumienie, że pacjenci mogą mieć różne oczekiwania, dotyczące metod leczenia, pozwala na bardziej spersonalizowane podejście, zwiększając szanse na skuteczną współpracę między pacjentem a personelem.

Systemy opieki zdrowotnej, które wprowadzają szkolenia dotyczące różnorodności kulturowej oraz promują inkluzywne procesy pracy, odgrywają kluczową rolę w eliminowaniu różnic między zespołami medycznymi a osiąganiem równych wyników leczenia dla wszystkich pacjentów...

W efekcie edukacji międzykulturowej personel medyczny staje się bardziej świadomy swojej roli nie tylko jako specjalistów, ale także jako osób, które pomagają pacjentom czuć się zrozumianymi i szanowanymi. Tego typu edukacja prowadzi do poprawy jakości opieki, zmniejszenia liczby błędów medycznych i większej satysfakcji pacjentów, ponieważ czują się oni bezpieczniej w interakcjach z personelem, który rozumie ich tło kulturowe i potrzeby.

Aby poprawić jakość opieki medycznej, organizacje opieki zdrowotnej powinny zapewniać szkolenia z zakresu kompetencji kulturowych dla swojego personelu, aby pomóc im lepiej zrozumieć i szanować wierzenia, wartości oraz praktyki pacjentów z różnych środowisk kulturowych. Szkolenia te powinny obejmować tematy takie jak świadomość, pokora i wrażliwość kulturowa, umiejętności komunikacyjne oraz strategie radzenia sobie z barierami kulturowymi (Saha, 2008).

Eliminowanie uprzedzeń w opiece zdrowotnej zapewnia, że każdy pacjent jest traktowany sprawiedliwie, z szacunkiem i otrzymuje najlepszą możliwą opiekę, niezależnie od swojego pochodzenia.

Eliminacja uprzedzeń

Świadomość własnych uprzedzeń i ich wpływu na decyzje medyczne jest istotnym elementem w budowaniu sprawiedliwego i równego systemu opieki zdrowotnej. Każdy, niezależnie od wykształcenia czy doświadczenia zawodowego, ma pewne nieświadome preferencje i uprzedzenia, które mogą wpływać na decyzje, w interakcjach z pacjentami. W środowisku medycznym te uprzedzenia mogą prowadzić do nierównego traktowania pacjentów, co w konsekwencji może wpłynąć na jakość opieki, diagnozy oraz wyniki leczenia (Thompson, 2023).

Uzyskanie świadomości takich uprzedzeń jest pierwszym krokiem do ich eliminacji. Kiedy pracownicy ochrony zdrowia zrozumieją, że pewne zachowania, postawy lub uprzedzenia mogą wynikać z ich nieświadomych przekonań, będą bardziej skłonni do refleksji nad swoimi reakcjami i decyzjami. Lekarz może np. nieświadomie założyć, że pacjent z określonej grupy społecznej nie będzie przestrzegał zaleceń medycznych, co może doprowadzić do niepełnej komunikacji lub stosowania mniej skutecznych metod leczenia. Dzięki edukacji na temat uprzedzeń, personel medycz-

ny może nauczyć się rozpoznawać te nieświadome przekonania i działać bardziej obiektywnie, biorąc pod uwagę potrzeby pacjentów, a nie polegając na stereotypowych założeniach (Balakrishnan, 2019).



Ważnym aspektem eliminowania uprzedzeń w opiece zdrowotnej jest ciągłe doskonalenie oraz udział w szkoleniach dotyczących równości, sprawiedliwości i inkluzywności. Szkolenia te pomagają pracownikom ochrony zdrowia rozpoznać i zrozumieć mechanizmy prowadzące do uprzedzeń, a także dostarczają technik i strategii, które pomagają złagodzić ich negatywne skutki. Przykładem tego jest nauka skutecznej komunikacji z pacjentami z różnych kultur w celu zminimalizowania ryzyka podejmowania niesprawiedliwych założeń lub osądów.

Dostępność językowa to most, który łączy pacjentów z efektywną i pełną profesjonalizmu opieką.

Eliminowanie uprzedzeń nie tylko poprawia jakość opieki medycznej, ale także buduje zaufanie między pacjentami a systemem opieki zdrowotnej. Pacjenci, którzy czują, że są traktowani sprawiedliwie, niezależnie od ich tła, statusu społecznego, rasy czy religii, są bardziej otwarci na współpracę z profesjonalistami medycznymi. Ponadto zwiększenie świadomości uprzedzeń wśród personelu medycznego prowadzi do bardziej zrównoważonych i sprawiedliwych decyzji medycznych, co może przyczynić się do lepszych wyników leczenia i ogólnej satysfakcji pacjentów (Thirsk, 2022).

W rezultacie eliminowanie uprzedzeń w opiece zdrowotnej nie jest tylko kwestią etyczną, ale także praktyczną, przyczyniając się do bardziej sprawiedliwego, skutecznego i równego systemu medycznego, w którym wszyscy pacjenci mają równe szanse na otrzymanie najlepszej możliwej opieki (Horst, 2019).

Dostępność językowa

Dostępność językowa w opiece zdrowotnej jest kluczowym elementem zapewniającym równy dostęp do usług medycznych dla pacjentów, którzy nie mówią w dominującym języku kraju lub regionu. Współczesne społeczeństwa stają się

coraz bardziej zróżnicowane językowo, a bariery językowe mogą znacząco wpłynąć na jakość opieki zdrowotnej. Jeśli pacjent nie rozumie w pełni informacji medycznych, instrukcji lub procedur, mogą pojawić się poważne błędy w leczeniu, nieporozumienia dotyczące zaleceń terapeutycznych oraz mniejsze poczucie bezpieczeństwa i komfortu (więcej na temat dostępności językowej: rozdział 9).

Dobrze ugruntowane podejście do dostępności językowej pomaga stworzyć bardziej inkluzywne środowisko opieki zdrowotnej, w którym każdy pacjent ma równe szanse na zrozumienie i skorzystanie z usług medycznych, niezależnie od barier językowych. Takie podejście nie tylko poprawia komunikację, ale także wzmacnia zaufanie pacjentów do systemu opieki zdrowotnej oraz zwiększa ich zaangażowanie w proces leczenia.

2.6. Inkluzywne przywództwo

Promowanie różnorodności: Budowanie zespołów odzwierciedlających różnorodność społeczności jako kluczowy krok w zapewnieniu efektywnej i empatycznej opieki zdrowotnej

Zespoły składające się z osób mających różne etniczne, kulturowe i językowe tła, a także tych, które mają zróżnicowane doświadczenia życiowe i zawodowe, są lepiej przygotowane do rozumienia potrzeb pacjentów pochodzących z różnych środowisk. Taka reprezentacja pomaga przełamywać bariery komunikacyjne, budować zaufanie i dostosowywać opiekę do specyficznych potrzeb różnych grup społecznych.

Różnorodność w zespołach medycznych sprzyja także innowacjom w rozwiązywaniu problemów. Różne perspektywy i podejścia do sytuacji mogą prowadzić do bardziej twórczych i skutecznych decyzji, co jest niezbędne w dynamicznie zmieniającym się krajobrazie opieki zdrowotnej. Ponadto zespoły różnorodne są lepiej przygotowane na wyzwania globalizacji, w tym na problemy zdrowotne, które wymagają znajomości różnych kultur i systemów opieki zdrowotnej.

Współpraca rozwija się tam, gdzie każdemu głosowi przypisuje się wartość.

Włączanie różnorodności do procesów rekrutacji i szkoleń tworzy możliwości nie tylko dla jednostek, by wniosły swoje unikalne perspektywy, ale także dla organizacji, by stały się bardziej elastyczne i efektywne. Takie podejście odzwierciedla zaangażowanie w budowanie sprawiedliwego społeczeństwa, w którym każda osoba, niezależnie od swojego tła, ma dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Promowanie różnorodności to nie tylko etyczny obowiązek, ale również praktyczna strategia, która wzmacnia rozwój zespołów, poprawia doświadczenia pacjentów i podnosi standard opieki zdrowotnej, czyniąc ją bardziej dostępną i skuteczną dla wszystkich.

Zaangażowanie: Aktywne włączanie personelu i pacjentów w proces podejmowania decyzji

Zaangażowanie jest kluczowym elementem w budowaniu skutecznych i inkluzywnych systemów opieki zdrowotnej. Aktywne włączanie zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów w procesy podejmowania decyzji pozwala na lepsze zrozu-

mienie ich potrzeb, priorytetów i obaw. Kiedy pracownicy ochrony zdrowia czują, że ich głosy są słyszane i brane pod uwagę, wzrasta ich motywacja, satysfakcja z pracy i poczucie przynależności. Podobnie pacjenci, którzy aktywnie uczestniczą w swojej opiece, czują większą kontrolę nad swoim zdrowiem, co zwiększa ich zaangażowanie w leczenie i przestrzeganie zaleceń medycznych.

Przywództwo najskuteczniej wprowadza zmiany, gdy opiera się na szacunku, otwartości oraz celowych działaniach.

Zaangażowanie personelu w proces podejmowania decyzji obejmuje regularne konsultacje, zbieranie opinii oraz tworzenie przestrzeni do otwartej wymiany pomysłów, niezależnie od stanowiska czy doświadczenia zawodowego. Takie podejście pomaga organizacjom zidentyfikować wyzwania, przed którymi stoją ich zespoły, i wspólnie opracować rozwiązania, które poprawiają efektywność i jakość opieki.

Zaangażowanie pacjentów oznacza tworzenie środowisk, w których ich opinie i preferencje mają rzeczywisty wpływ na decyzje medyczne. Wymaga to od personelu nie tylko empatii i otwartości, ale także umiejętności wyjaśniania skomplikowanych informacji medycznych w sposób przystępny. Włączanie pacjentów do dyskusji na temat ich planów leczenia, celów zdrowotnych i opcji terapeutycznych buduje zaufanie i poczucie partnerstwa.

W praktyce zaangażowanie można wspierać poprzez regularne spotkania zespołów, grupy doradcze z udziałem pacjentów, ankiety dotyczące jakości opieki lub narzędzia cyfrowe umożliwiające pacjentom udzielanie opinii w czasie rzeczywistym. Aktywne uczestnictwo wszystkich zainteresowanych stron w procesach podejmowania decyzji przyczynia się do tworzenia bardziej zrównoważonych i skutecznych systemów, które lepiej odpowiadają na zróżnicowane potrzeby społeczności.

Zaangażowanie nie jest tylko narzędziem do poprawy procesów organizacyjnych i zespołowych, ale również wartością, która wzmacnia zaufanie, buduje relacje i sprzyja kulturze wzajemnego szacunku oraz współpracy.

Modelowanie postaw

Liderzy odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu kultury organizacyjnej, dlatego ich podejście do różnorodności i inkluzyjności jest tak istotne. Powinni aktywnie demonstrować otwartość na różne perspektywy, szacunek dla odmiennych punktów widzenia i gotowość do współpracy z osobami z różnych środowisk.

Przywództwo przez przykład oznacza, że liderzy nie tylko mówią o takich wartościach jak równość i akceptacja, ale również praktykują je codziennie w swoim działaniu. Na przykład lider może aktywnie słuchać członków zespołu, angażować się w dyskusje z pracownikami z różnych środowisk lub podejmować decyzje, które odzwierciedlają zgłaszane przez nich potrzeby i sugestie.

Liderzy powinni także promować przejrzystość i otwartą komunikację, tworząc przestrzeń, w której każdy czuje się komfortowo, wyrażając swoje opinie i obawy. Takie podejście nie tylko buduje zaufanie, ale również motywuje cały zespół do naśladowania tych wartości w codziennej pracy.

Dodatkowo, liderzy mogą uczestniczyć w szkoleniach z zakresu różnorodności i inkluzyjności, co pokazuje ich zaangażowanie w samodoskonalenie i gotowość do nauki. Poprzez swoje działania mogą inspirować innych do przyjęcia zmian i tworzenia środowiska pracy, które odzwierciedla szacunek, empatię i współpracę.

W rezultacie postawy liderów stają się siłą napędową całej organizacji, kształtując atmosferę, w której różnorodność postrzegana jest jako siła, a inkluzyjność jako standard.

2.7. Zachowania zawodowe w kontekście różnorodności kulturowej

Zachowanie profesjonalne w kontekście różnorodności kulturowej odnosi się do tego, jak osoby w miejscu pracy oraz innych środowiskach zawodowych powinny postępować, aby szanować i doceniać różnorodność kulturową oraz różnice między jednostkami. Współczesne organizacje i społeczeństwa stają się coraz bardziej kulturowo zróżnicowane, co stwarza wyzwania dla pracowników i liderów w zakresie skutecznej współpracy, komunikacji i zarządzania zespołami (Araque i Weiss, 2024).

Kluczowe zachowania zawodowe związane z różnorodnością kulturową w miejscu pracy opierają się na **samorefleksji, elastyczności, empatii i ochronie praw pacjenta.**

Samorefleksja

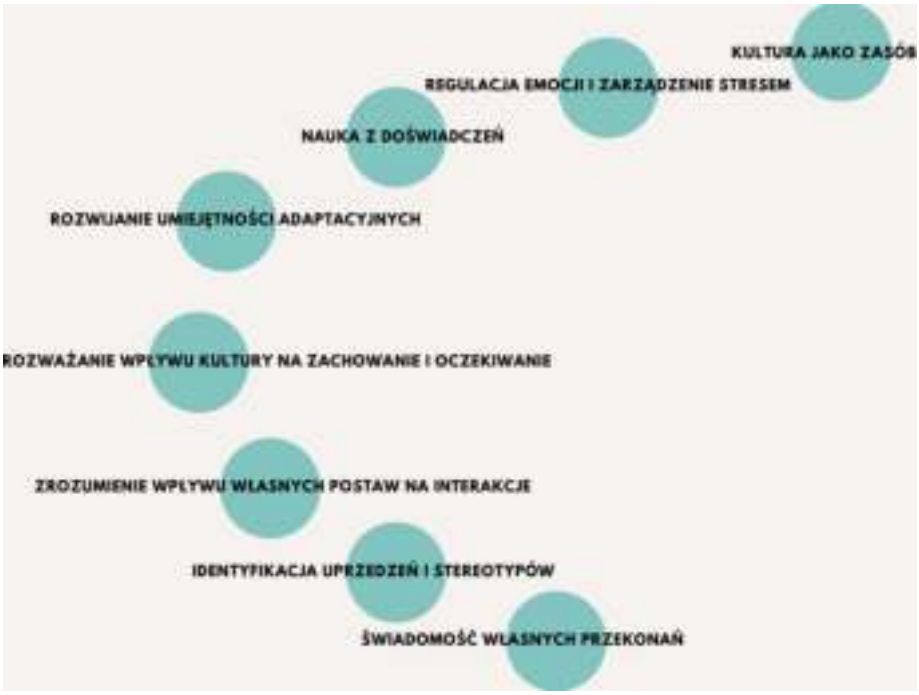
Samorefleksja w kontekście pracy z osobami z różnych kultur to proces głębokiego zastanawiania się nad własnymi przekonaniami, wartościami i postawami, który pozwala zrozumieć, w jaki sposób te wewnętrzne aspekty kształtują nasze reakcje na innych, szczególnie w kontekście osób z różnych kultur. Samorefleksja jest szczególnie ważna w opiece zdrowotnej, zawodach medycznych oraz wszędzie tam, gdzie bezpośrednia interakcja z pacjentami i współpracownikami wymaga wrażliwości na różnorodność. Diagram poniżej (Ryc. 2.1) ilustruje procesy kulturowego i adaptacyjnego rozwoju. Każdy etap jest połączony z kolejnymi krokami, co pokazuje ich wzajemną zależność (Alkhamees, 2023).

Prawdziwy profesjonalizm polega na umiejętności przyjęcia różnorodności z szacunkiem, zrozumieniem i elastycznością, zapewniając, że każda osoba czuje się doceniana i włączona.

Świadomość własnych przekonań i wartości

Samorefleksja zaczyna się od uświadomienia sobie własnych przekonań, które mogą wynikać z wychowania, religii, tradycji kulturowych, edukacji czy osobistych doświadczeń.

Na przykład: Jeśli osoba pochodzi z kultury, w której rodzina odgrywa kluczową rolę, może mieć inną perspektywę na priorytety w życiu pacjenta, który wyznaje inne wartości. Zrozumienie, w jaki sposób te przekonania mogą wpływać na postrzeganie innych osób, jest kluczowe dla profesjonalnego zachowania w relacjach z pacjentami i współpracownikami z różnych kultur.



Ryc. 2.1. Proces adaptacji kulturowej

Identyfikacja uprzedzeń i stereotypów

Każdy z nas ma pewne uprzedzenia, które mogą wynikać z nieświadomego naśladowania istniejących w społeczeństwie stereotypów kulturowych. Samorefleksja pozwala na ich identyfikację, dzięki czemu można je wyeliminować lub zminimalizować wpływ na interakcje z innymi.

Na przykład: Lekarz może zauważyć, że wcześniej zakładał, być może błędnie, iż pacjenci z określonych kultur preferują konkretny sposób leczenia lub komunikacji. Świadomość tych uprzedzeń umożliwia rozwój bardziej otwartego podejścia do pacjentów z różnych kultur.

Zrozumienie wpływu własnych postaw na interakcje

Nasze postawy wobec innych mogą znacząco wpłynąć na jakość interakcji, szczególnie w kontekście różnic kulturowych. Samorefleksja pomaga zrozumieć, jak nasze emocje, reakcje i zachowania kształtują nasze relacje z pacjentami i współpracownikami.

Na przykład: Jeśli ktoś ma negatywne nastawienie do osób z określonego kręgu kulturowego, może to wpłynąć na sposób komunikacji, utrudniając budowanie zaufania. Regularna ocena własnych postaw pozwala na poprawę interakcji, co jest szczególnie istotne w zawodach wymagających empatii i zrozumienia.

Rozważanie wpływu kultury na zachowanie i oczekiwania

Samorefleksja obejmuje również analizowanie, jak różnice kulturowe wpływają na oczekiwania i zachowanie zarówno pacjentów, jak i współpracowników. Zro-

zumienie, że kultura może wpłynąć na sposób wyrażania emocji, postrzeganie autorytetu czy podejście do czasu, daje lepsze podstawy do tworzenia odpowiednich strategii komunikacyjnych.

Na przykład: W niektórych kulturach bezpośrednia konfrontacja może być uważana za niegrzeczną, podczas gdy w innych traktowana jest jako wyraz szczerości. Świadomość tych różnic pomaga unikać nieporozumień i konfliktów.

Rozwijanie umiejętności adaptacyjnych

Samorefleksja pomaga także w rozwijaniu zdolności dostosowywania się do różnych sytuacji i osób. Zrozumienie własnych reakcji na różne style zachowań, które mogą wynikać z różnych wartości kulturowych, pozwala lepiej dopasować własną postawę do oczekiwań i potrzeb drugiej osoby.

Na przykład: Pracując z pacjentem z innej kultury, który może mieć inne podejście do leczenia, samorefleksja pomaga dostosować komunikację w sposób, który szanuje jego przekonania, zapewniając jednocześnie odpowiednią opiekę.

Uczenie się na doświadczeniu

Samorefleksja jest również procesem uczenia się na podstawie doświadczeń. Po każdej interakcji z pacjentem lub współpracownikiem warto zastanowić się, co poszło dobrze, a co mogło być lepiej.

Na przykład: Czy udało się zbudować zaufanie, czy komunikacja była jasna, a może podczas rozmowy pojawiły się napięcia związane z różnicami kulturowymi. Tego rodzaju analiza pozwala na ciągłe doskonalenie umiejętności interpersonalnych i lepsze przygotowanie się na podobne sytuacje w przyszłości.

Regulacja emocji i zarządzanie stresem

Różnice kulturowe mogą wywoływać emocje, które nie zawsze łatwo kontrolować. Samorefleksja pomaga zrozumieć, które emocje wywoływane są przez konkretne sytuacje związane z interakcjami międzykulturowymi. Dzięki temu można nauczyć się lepiej regulować swoje emocje, co jest kluczowe podczas pracy z pacjentami, którzy mogą znajdować się w stanie stresu lub niepokoju, zwłaszcza jeśli napotykają bariery kulturowe w opiece zdrowotnej.



Kultura jako zasób

Samorefleksja pomaga również dostrzegać, że różnorodność kulturowa może być cennym zasobem, który wzbogaca naszą praktykę zawodową. Zrozumienie, że każda kultura wnosi unikalne wartości, przekonania i perspektywy, może pomóc w wypracowaniu empatycznego podejścia do pacjentów i współpracowników. W efekcie nie tylko poprawiamy jakość relacji, ale także zwiększamy naszą zdolność do kreatywnego i elastycznego rozwiązywania problemów.

Elastyczność

Elastyczność w kontekście pracy z pacjentami odnosi się do zdolności dostosowania własnego zachowania, komunikacji i podejścia terapeutycznego do indywidualnych potrzeb, oczekiwań i warunków kulturowych pacjenta. Jest to kluczowa umiejętność, szczególnie w obliczu różnorodności osób, z którymi spotykamy się w środowisku opieki zdrowotnej.

Rozpoznawanie indywidualnych potrzeb pacjenta

Każdy pacjent jest inny, zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, a także pod względem swoich przekonań kulturowych, religijnych czy osobistych. Elastyczność oznacza umiejętność rozpoznania tych różnic i reagowania na nie w sposób dostosowany do konkretnej osoby.

Na przykład: Pacjent z innego kręgu kulturowego może mieć odmienne podejście do leczenia i preferować metody tradycyjne zamiast nowoczesnych technologii. Podobnie osoba z historią traumy – może wymagać specyficznego podejścia, charakteryzującego się większą cierpliwością i empatią w trakcie rozmów (Schouten, 2023).

Dostosowanie stylu komunikacji

Elastyczność wiąże się również z umiejętnością modyfikowania stylu komunikacji w zależności od pacjenta. W zależności od wieku, poziomu wykształcenia, języka ojczystego oraz kultury sposób przekazywania informacji może wymagać dostosowania.

Na przykład: Starszy pacjent z problemami ze słuchem może potrzebować mowy wyraźnej i wolnej, podczas gdy młodszy pacjent, mający lepszy dostęp do nowoczesnych mediów, może preferować bardziej dynamiczną i zwięzłą formę komunikacji. Dodatkowo, w kontekście kulturowym różnice w komunikacji werbalnej i niewerbalnej mogą znacząco wpłynąć na skuteczność interakcji. W niektórych kulturach bezpośrednie zadawanie pytań może być uważane za nieuprzejme, podczas gdy w innych jest uznawane za normalne.

Dostosowanie podejścia terapeutycznego

Elastyczność oznacza również umiejętność dostosowania podejścia do leczenia w zależności od preferencji pacjenta.

Na przykład: Pacjent, który wyznaje konkretną religię, może preferować terapie zgodne ze swoją wiarą, włączające w proces terapeutyczny modlitwy, medytacje czy inne praktyki duchowe. Z drugiej strony, pacjent z doświadczeniem medycznym może być bardziej otwarty na nowoczesne metody leczenia, ale może wymagać

szczegółowych wyjaśnień dotyczących procesu. W takich przypadkach elastyczne podejście terapeutyczne może polegać na integracji metod tradycyjnych z nowoczesnymi, szanowaniu wiary pacjenta, a jednocześnie zapewnianiu skutecznej opieki.

Empatia i aktywne słuchanie

Elastyczność w komunikacji jest również związana z empatią i umiejętnością aktywnego słuchania. Kiedy pacjent czuje się zrozumiany i szanowany, jest bardziej skłonny do otwartego mówienia o swoim stanie zdrowia, obawach i potrzebach. Elastyczność oznacza, że pracownicy ochrony zdrowia mogą dostosować swoje odpowiedzi do emocji pacjenta i jego poziomu komfortu.

Na przykład: Jeśli pacjent wyraża lęk przed leczeniem, elastyczność polega na dostosowaniu tonu głosu, mowy ciała i sposobu wyjaśniania procedur w celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa i komfortu.

Zrozumienie wpływu kultury na oczekiwania pacjenta

Elastyczność w komunikacji oznacza również uznanie, że różnice kulturowe mogą wpływać na oczekiwania pacjenta dotyczące leczenia, komunikacji i relacji z personelem medycznym.

Na przykład: W niektórych kulturach istnieje większy szacunek dla hierarchii, co oznacza, że pacjent może oczekiwać, iż lekarz podejmie wszystkie decyzje, nie angażując pacjenta w szczegóły. W innych kulturach pacjenci mogą preferować bardziej współpracujące podejście, w którym są w pełni zaangażowani w proces podejmowania decyzji.

Elastyczność w reagowaniu na zmiany w stanie zdrowia pacjenta

Elastyczność to nie tylko umiejętność dostosowania się do początkowego podejścia do pacjenta, ale również zdolność do reagowania na zmieniające się okoliczności w trakcie leczenia. Zmiany w stanie zdrowia pacjenta, jego reakcje na leczenie czy rozwijające się potrzeby emocjonalne wymagają szybkiej adaptacji. Elastyczność oznacza dostosowanie planu leczenia do unikalnych potrzeb pacjenta.

Utrzymanie profesjonalizmu pomimo zmieniających się okoliczności

Choć konieczne jest dostosowanie się do pacjenta, równie ważne jest utrzymanie profesjonalizmu i ochrona własnych granic. Elastyczność nie oznacza porzucenia standardów etycznych czy zawodowych, ale zdolność dostosowania podejścia w sposób, który pozostaje zgodny z wymaganiami zawodu i dobrem pacjenta.

Na przykład: Gdy pacjent próbuje przekroczyć granice zawodowe (np. prosząc o działania nieetyczne), elastyczność polega na delikatnym, ale stanowczym przypomnieniu o granicach profesjonalizmu.

Kreatywne rozwiązywanie problemów

Praca z pacjentami z różnych środowisk kulturowych lub o różnych potrzebach wymaga również zdolności do kreatywnego rozwiązywania problemów.

Profesjonalizm zawodowy obejmuje wrażliwość, uznawanie odmienności oraz oferowanie opieki dostosowanej do potrzeb każdej osoby.

Czasami pacjent może mieć nietypowe potrzeby, których nie da się łatwo zaspokoić za pomocą standardowych procedur. W takim przypadku elastyczność pozwala na znalezienie nowych, odpowiednich rozwiązań, które są zarówno skuteczne, jak i szanują indywidualne wymagania pacjenta.

Empatia

Empatia to kluczowa umiejętność w pracy z pacjentami, szczególnie w kontekście różnorodności kulturowej. Polega na zdolności do rozumienia i dzielenia się uczuciami pacjenta, niezależnie od jego kulturowego, religijnego, społecznego czy emocjonalnego tła. W opiece zdrowotnej empatia ułatwia skuteczniejszą komunikację, buduje zaufanie i pozwala na dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta (Gonzalez-Tapia, 2023).

Rozumienie emocji pacjenta

Empatia zaczyna się od umiejętności rozpoznania i zrozumienia emocji pacjenta, nawet jeśli są one wyrażane w sposób różniący się od tego, do czego jesteśmy przyzwyczajeni. Pacjent może odczuwać strach, niepewność, ból lub frustrację, a zrozumienie tych odczuć jest kluczowe dla zapewnienia odpowiedniej opieki. Niezależnie od tła kulturowego pacjenta, jego emocje zasługują na szacunek i zrozumienie. Empatia pozwala pracownikom ochrony zdrowia dostosować komunikację, aby pacjent czuł się wysłuchany i zrozumiany.

Aktywne słuchanie

Aktywne słuchanie jest podstawą empatii. Polega na pełnym skupieniu się na pacjencie, zrozumieniu jego słów, a także zauważeniu niewerbalnych sygnałów, takich jak wyraz twarzy, postawa ciała i ton głosu. Aktywne słuchanie pozwala lepiej zrozumieć pacjenta i jego potrzeby, co jest szczególnie ważne w kontekście różnic kulturowych. Często to, co pacjent mówi, nie w pełni odzwierciedla zakres jego emocji, dlatego istotne jest słuchanie „między wierszami" i zauważenie tego, co niewypowiedziane.

Zrozumienie różnych perspektyw kulturowych

Empatia to nie tylko współodczuwanie z pacjentem, ale także zrozumienie, że może on postrzegać świat w inny sposób z powodu swojej kultury, religii czy tradycji. W niektórych kulturach istnieje duży szacunek dla autorytetu lekarza, co może sprawić, że pacjent nie wyrazi swoich obaw lub wątpliwości, nawet jeśli je czuje. W innych kulturach pacjenci mogą być bardziej otwarci na omawianie swoich problemów zdrowotnych. Empatia wymaga zrozumienia tych różnic i dostosowania komunikacji w taki sposób, aby pacjent czuł się komfortowo i miał możliwość swobodnego wyrażania swoich potrzeb.

Współczucie bez osądzania

Empatia wiąże się również z umiejętnością unikania osądu. Niezależnie od tego, jak pacjent postrzega swoją sytuację lub jakie podejmuje decyzje zdrowotne, ważne jest, aby okazać zrozumienie i współczucie. Pacjent może podjąć decyzje, które wydają się sprzeczne z zaleceniami medycznymi. W takiej sytuacji bez empatii

łatwo jest go ocenić. Zrozumienie, że decyzje pacjenta mogą wynikać z jego obaw, przekonań, doświadczeń życiowych lub kulturowych uwarunkowań, pomaga stworzyć atmosferę, w której pacjent czuje się wspierany, a nie krytykowany.

Dostosowanie do indywidualnych potrzeb

Empatia wymaga od pracowników ochrony zdrowia dostosowania swojego podejścia do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając nie tylko jego stan zdrowia, ale także aspekty emocjonalne i kulturowe jego życia. Dla niektórych pacjentów pomocne będzie szczegółowe wyjaśnienie procesu leczenia, podczas gdy dla innych najważniejsze może być upewnienie, że ich przekonania duchowe lub kulturowe są szanowane. Empatia pozwala dostrzegać te subtelne różnice i odpowiednio dostosować podejście.

Budowanie zaufania i relacji

Empatia jest podstawą budowania zaufania między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia. Pacjent, który czuje się zrozumiany i szanowany, jest bardziej skłonny do współpracy, co ma kluczowe znaczenie w procesie leczenia. Zaufanie z kolei poprawia komunikację, prowadzi do lepszego zrozumienia potrzeb pacjenta, skuteczniejszego leczenia i większej satysfakcji z opieki zdrowotnej.

Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami

Empatia jest również nieoceniona w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami emocjonalnymi. Pacjentom w terminalnych stadiach choroby, osobom z poważnymi problemami zdrowotnymi lub znajdującym się w sytuacjach kryzysowych, empatia pomaga zapewnić wsparcie, poczucie bezpieczeństwa i pocieszenie. Zrozumienie emocji pacjenta w takich momentach jest kluczowe, aby pomóc mu przejść przez trudne doświadczenia, oferując nie tylko wsparcie fizyczne, ale również emocjonalne.

Wzmacnianie poczucia godności pacjenta

Empatia pomaga zachować godność pacjenta, zwłaszcza w sytuacjach, które mogą być dla niego trudne lub upokarzające, takich jak badania lekarskie czy procedury medyczne. Okazywanie zrozumienia i współczucia sprawia, że pacjent czuje się bardziej komfortowo, co ma kluczowe znaczenie dla jego dobrostanu oraz postrzegania jakości otrzymywanej opieki.

Empatia w opiece nad pacjentem to umiejętność zanurzenia się w jego sytuacji i zrozumienia jego perspektywy, niezależnie od różnic kulturowych. Obejmuje to aktywne słuchanie, unikanie oceny, zrozumienie emocji pacjenta i jego tła kulturowego oraz dostosowanie podejścia do indywidualnych potrzeb. Dzięki empatii pacjent czuje się szanowany, zrozumiany i wspierany, co znacznie poprawia jakość opieki i wzmacnia relację między pacjentem a pracownikami służby zdrowia (Riess, 2014).

Obrona praw pacjenta

Obrona praw pacjenta w opiece zdrowotnej odnosi się do aktywnego działania na rzecz promowania równości i sprawiedliwości w dostępie do opieki medycznej, szczególnie poprzez eliminowanie nierówności i wspieranie grup marginalizowanych. Obrona nie ogranicza się jedynie do walki o prawa pacjentów, ale obej-

muje również zmiany w systemach, które mogą utrudniać równy i sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej. Działania w ramach adwokatury mogą obejmować szeroki zakres interwencji, od działań na poziomie indywidualnym po działania systemowe (Sundler, 2020).

Empatia w opiece to zrozumienie ponad różnicami.

Promowanie równego dostępu do opieki zdrowotnej

Obrona praw pacjenta zakłada, że każda osoba, niezależnie od swojego pochodzenia, statusu społecznego czy sytuacji ekonomicznej, zasługuje na równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Wiele osób, szczególnie z grup marginalizowanych (np. osoby z rodzin o niskich dochodach, mniejszości etniczne, osoby z niepełnosprawnościami), napotyka bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, takie jak brak ubezpieczenia zdrowotnego, trudności w komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia lub brak dostępu do usług specjalistycznych. Obrona praw pacjenta ma na celu usuwanie tych przeszkód i walczenie o to, by każdy pacjent miał równe szanse na otrzymanie opieki dostosowanej do jego indywidualnych potrzeb.

Eliminowanie nierówności społecznych i ekonomicznych

Nierówności społeczne i ekonomiczne mają bezpośredni wpływ na jakość i dostępność opieki zdrowotnej. Obrona polega na identyfikowaniu i eliminowaniu tych nierówności, które mogą wpływać na decyzje zdrowotne pacjentów lub ograniczać ich dostęp do odpowiedniej opieki. Osoby żyjące w ubóstwie, osoby starsze, mniejszości etniczne czy osoby LGBTQ+ mogą doświadczać dyskryminacji w opiece zdrowotnej, co prowadzi do gorszych wyników zdrowotnych. Działania, takie jak lobbing na rzecz polityk zdrowotnych, które zwracają uwagę na te nierówności, mają na celu stworzenie sprawiedliwszego systemu opieki zdrowotnej, uwzględniającego potrzeby każdego pacjenta.

Wsparcie dla grup marginalizowanych

Obrona jest szczególnie ważna w kontekście grup społecznych, które mogą nie mieć głosu w tradycyjnych procesach decyzyjnych. Grupy takie jak mniejszości etniczne, osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, osoby LGBTQ+ czy żyjące z HIV/AIDS często napotykają dodatkowe trudności w dostępie do opieki zdrowotnej. Pełnomocnicy działają na rzecz tych osób, aby zapewnić im dostęp do odpowiednich usług medycznych i podnieść świadomość na temat ich specyficznych potrzeb zdrowotnych. Wspieranie grup marginalizowanych polega na edukowaniu zarówno społeczeństwa, jak i pracowników ochrony zdrowia o tych wyzwaniach oraz promowaniu równości we wszystkich aspektach opieki zdrowotnej.

Edukacja i świadomość społeczna

Obrona praw pacjenta nie dotyczy tylko pracy w systemie opieki zdrowotnej, ale także edukowania społeczeństwa oraz instytucji na temat problemów związanych z nierównościami w dostępie do opieki zdrowotnej. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, kampanie publiczne, tworzenie raportów i badań na temat nierówności w opiece zdrowotnej oraz promowanie polityk publicznych, które zwiększają dostępność i jakość usług zdrowotnych dla grup marginalizo-

wanych – to wszystko składa się na działania adwokatury. Świadomość społeczna na temat nierówności w opiece zdrowotnej jest kluczowa w mobilizowaniu zmiany na poziomie lokalnym, krajowym i globalnym.

Współpraca z ustawodawcami i kształtowanie polityki zdrowotnej

Obrona w opiece zdrowotnej obejmuje również wysiłki na rzecz tworzenia polityk publicznych, które promują równość i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej. Obejmuje to nie tylko działania na poziomie lokalnym, ale także wpływanie na ustawodawców i polityków, aby wprowadzili zmiany w regulacjach zdrowotnych, które będą bardziej sprawiedliwe i równe. Może to obejmować lobbing na rzecz zmian w przepisach dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych, dostępu do leków oraz reform systemów opieki zdrowotnej, które odpowiadają na nierówności wynikające z różnych czynników społecznych i ekonomicznych.

Działania na poziomie indywidualnym

Obrona nie ogranicza się tylko do działań systemowych czy politycznych, ale może obejmować również wysiłki na poziomie indywidualnym. W kontekście opieki zdrowotnej może to oznaczać pomaganie pacjentom w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej, reprezentowanie ich interesów w kontaktach z lekarzami lub placówkami medycznymi oraz udzielanie wsparcia podczas całego procesu leczenia. Często pacjenci z grup marginalizowanych nie wiedzą, jak skutecznie korzystać z systemu opieki zdrowotnej, a rola pełnomocnika polega na dostarczaniu informacji, wsparcia emocjonalnego oraz pomocy w rozwiązywaniu potencjalnych problemów.

Wspieranie równości w systemie opieki zdrowotnej odgrywa istotną rolę, ponieważ każda osoba zasługuje na to, by jej głos był wysłuchany, a każdy człowiek zasługuje na równy dostęp do opieki.

Wyzwania w obronie praw pacjenta

Obrona może napotykać wiele wyzwań, w tym opór ze strony instytucji przyzwyczajonych do funkcjonowania w sposób, który nie uwzględnia równości i sprawiedliwości. Ponadto zmiany w systemie opieki zdrowotnej wymagają czasu, zasobów oraz współpracy różnych interesariuszy. Mimo to wysiłki adwokackie są kluczowe w dążeniu do bardziej sprawiedliwego, równego i dostępnego systemu opieki zdrowotnej.

Obrona w opiece zdrowotnej to aktywne dążenie do promowania równości, sprawiedliwości oraz eliminowania nierówności w dostępie do opieki medycznej. Obejmuje zarówno działania systemowe, jak i indywidualne, mające na celu wspieranie grup marginalizowanych, edukowanie społeczeństwa, współpracę z decydentami oraz tworzenie polityk zdrowotnych, które promują równość. Jej celem jest stworzenie sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej, który zapewni każdemu pacjentowi dostęp do odpowiednich usług zdrowotnych, niezależnie od jego tła społecznego czy kulturowego.

Piśmiennictwo

Alkhamees, M., & Alasqah, I. (2023). Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. Heliyon, 9(12), e22667. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22667.

Araque, J. C., & Weiss, E. L. Cultural proficiency and diversity considerations in the workplace. In: Leadership with Impact, p. 263–286.

Balakrishnan, K., & Arjmand, E. M. (2019). The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. Otolaryngologic Clinics of North America, 52(1), 35–46.

Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., Doroszewska, A., et al. (2023). Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – The review and recommendations. BMC Medical Education, 23(1), 645. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04533-5.

Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. Medical Care Research and Review, 57(Suppl 1), 181–217.

Braun, L., Fausto-Sterling, A., Fullwiley, D., et al. (2007). Racial categories in medical practice: How useful are they? PLoS Medicine, 4(9), e271. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040271.

Culyer, A., J. (1995). Need: The idea won't do – but we still need it. Social Science & Medicine, 40(6), 727–730.

Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., et al. (2020). End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. Journal of Pain and Symptom Management, 62(2), 213–222.e.2.

Fatima Cody Stanford. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. Journal of the National Medical Association, 112(3), 247–249.

Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., et al. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. GMS Journal of Medical Education, 38(4), Doc83.

Gill, G. K., McNally, M. J., & Berman, V. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. Healthcare Management Forum, 31(5), 196–199. https://doi.org/10.1177/0840470418773785.

Gonzalez-Tapia, G., & Lazzaro-Salazar, M. (2023). Medical empathy in the physician-patient relationship: A review from a cultural perspective. Revista Médica de Chile, 151(9), 1233–1240. https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000901233.

Horst, A., Schwartz, B. D., Fisher, J. A., et al. (2019). Selecting and performing service-learning in a team-based learning format fosters dissonance, reflective capacity, self-examination, bias mitigation, and compassionate behavior in prospective medical students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(20), 3926.

Jacobs, S. E., Thomas, W., & Lang, S., eds. (1997). Two-spirit people: Native American gender identity, sexuality, and spirituality. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.

Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. BMC Health Services Research, 18(1), 232.

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., et al. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Services Research, 42(2), 727–754. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x.

Kienle, R., Freytag, J., Lück, S., et al. (2021). Communication skills training in undergraduate medical education at Charité – Universitätsmedizin Berlin. GMS Journal of Medical Education, 38(3), Doc56.

Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, 7(5), e2219. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002219.

Puch, E. A., Nowak-Jaroszyk, M., & Swora-Cwynar, E. (2020). Medical error in theory and practice – A review of the most important issues. Medycyna Pracy, 71(5), 613–630.

Rider, E. A., Hinrichs, M. M., & Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Medical Teacher, 28(5), e127–e134.

Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. Academic Medicine, 89(8), 1108–1112. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287.

Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., et al. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. Journal of Periodontology, 70(7), 786–792. https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786.

Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. Journal of the National Medical Association, 100(11), 1275–1285.

Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtzon, M., et al. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. Health Care Management Review, 48(4), 311–322.

Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. Patient Education and Counseling, 115, 107890.

Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. Mindfulness (N Y), 10(1), 46–54. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0945-9.

Sundler, A. J., Darcy, L., Raberus, A., et al. (2020). Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. Health Expectations, 23(3), 614–621.

Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział *Różnorodność i inkluzja w opiece zdrowotnej* w sposób bezpośredni koresponduje z założeniami modelu **EMPOWER**, stanowiąc jego praktyczne i konceptualne rozwinięcie. Poruszone w nim zagadnienia – takie jak znaczenie różnorodności kulturowej, potrzeba inkluzywnego przywództwa, rozwój kompetencji interpersonalnych oraz eliminowanie barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych – odzwierciedlają kluczowe filary modelu: **efektywność, wielokulturowość, profesjonalizm, dobrostan oraz zasoby edukacyjne**.

Treści zawarte w rozdziale w szczególny sposób wspierają rozwój **refleksyjnych kompetencji kulturowych**, które stanowią fundament modelu EMPOWER. Podkreślenie znaczenia **samoświadomości, empatii, elastyczności i autorefleksji** w pracy zespołów medycznych nawiązuje bezpośrednio do idei **pokory kulturowej**, będącej centralnym komponentem modelu. Autorzy akcentują, że prawdziwe zrozumienie pacjenta wymaga nie tylko wiedzy, ale również gotowości do uczenia się od niego – co jest jedną z naczelnych zasad modelu EMPOWER.

Ponadto rozdział promuje **wzmacnianie roli pacjenta**, zwłaszcza w kontekście budowania relacji opartych na zaufaniu i wrażliwości kulturowej. Zasada **aktywnego włączania pacjenta** w proces opieki, silnie podkreślana w modelu EMPOWER, znajduje odzwierciedlenie w opisywanych strategiach dostosowywania świadczeń do kulturowych i językowych potrzeb odbiorców usług zdrowotnych.

Rozdział porusza również kwestię **dobrostanu zawodowego pracowników ochrony zdrowia**, ukazując, że praca w środowisku kulturowo zróżnicowanym wymaga wsparcia emocjonalnego, edukacyjnego i organizacyjnego. Skoncentrowanie się na rozwijaniu umiejętności miękkich – takich jak regulacja emocji czy radzenie sobie ze stresem – jest zgodne z komponentem **wellness** modelu, który promuje zdrowe środowisko pracy i nauki.

Podsumowując, rozdział ten stanowi **solidne zaplecze teoretyczne i praktyczne** dla wdrażania modelu EMPOWER w edukacji i praktyce medycznej. Ukazuje, że skuteczna opieka zdrowotna w społeczeństwie wielokulturowym wymaga nie tylko wiedzy o różnicach, lecz także **otwartości, pokory i ciągłego rozwoju** – wartości, które model EMPOWER konsekwentnie wspiera i rozwija.



Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Multi Culti Med

Rozdział 3

Globalizacja i wielokulturowość

w edukacji medycznej oraz zespołach terapeutycznych

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Ukraina)

Eliminacja nierówności w opiece zdrowotnej zarówno wewnątrz, jak i pomiędzy granicami krajów, jest podstawową zasadą profesjonalizmu medycznego.

Profesjonalizm medyczny w nowym tysiącleciu: Karta medyczna

3.1. Wprowadzenie

Globalizacja zmienia zdrowie i opiekę zdrowotną. Wzrost migracji międzynarodowej oraz przymusowe przesiedlenia spowodowane wojnami, konfliktami, kryzysami czy klęskami żywiołowymi zwiększają ryzyko rozprzestrzeniania różnych chorób i podkreślają powiązania w zakresie zdrowia i medycyny między kontynentami (Drain et al., 2007).

Globalizacja w edukacji prowadzi do wzrostu mobilności akademickiej, ujednolicenia programów nauczania oraz metod dydaktycznych, szybkiego rozwoju nauczania zdalnego, wykorzystywania nowych form edukacji, co sprzyja integracji nauk medycznych w globalnej przestrzeni naukowej (Dvornik et al., 2022).

Jak zauważa Knight (2020), krajobraz internacjonalizacji zmienił się w ostatnich latach, stwarzając zarówno pozytywne, jak i negatywne implikacje dla szkolnictwa wyższego na całym świecie. Ta ewolucja jest częścią szerszego przesunięcia w kierunku globalizacji, w ramach którego instytucje coraz bardziej koncentrują się na przygotowywaniu studentów do funkcjonowania w połączonym świecie.

W ostatnich latach znacząco wzrosło zapotrzebowanie na szkolenia z zakresu zdrowia globalnego i wielokulturowości wśród studentów medycyny oraz nauk o zdrowiu. Zmiany w zawodach medycznych i poza nimi wymagają rozszerzenia szkoleń z zakresu zdrowia globalnego dla studentów, aby mogli skuteczniej realizować swoje zawodowe i społeczne działania (Izadnegahdar et al., 2008). Dla uczelni internacjonalizacja wiąże się z bardziej przyjaznym podejściem oraz zwiększonymi możliwościami dla studentów i wykładowców zagranicznych, wprowadzeniem różnych inicjatyw, promocją międzynarodowych partnerstw, programów wymiany, możliwościami nauki języków i kultur oraz promowaniem różnorodności i inkluzyjności w życiu uniwersyteckim.

Różnorodność kulturowa to „istnienie różnych grup kulturowych lub etnicznych w społeczeństwie". Innymi słowy, zjawisko to odnosi się do populacji, w której reprezentowane są liczne różnice między kulturami. Rodzaje różnorodności w miejscu pracy obejmują m.in. rasę, etniczność, wiek, zdolności, język, narodowość, status społeczno-ekonomiczny, płeć, religię czy orientację seksualną. Biorąc pod uwagę historię polityczną i światową, istotne jest zrozumienie, co oznacza różnorodność kulturowa w miejscu pracy i w zespole, zwłaszcza gdy celem zespołu jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego.



Kultura to coś, co kształtuje człowieka, wpływa na jego zachowanie,

wierzenia i definiuje jego tożsamość. Różnorodność kulturowa w miejscu pracy to włączenie pracowników o różnych: tłach, rasach, płciach, orientacjach seksualnych i poglądach politycznych. Termin „różnorodność kulturowa" promuje środowisko inkluzywne, w którym osoby z różnych kultur i środowisk współpracują jako zespół.

3.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci poszerzą swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- eksplorowania globalizacji poprzez analizę jej wpływu na praktyki i polityki zdrowotne w różnych kontekstach kulturowych, ze szczególnym uwzględnieniem pojęć takich jak: etnocentryzm, akulturacja, asymilacja i integracja,
- definiowania kluczowych pojęć poprzez wyjaśnienie terminów, takich jak: globalizacja, etnocentryzm, akulturacja, asymilacja i integracja,
- identyfikowania wielokulturowości poprzez rozpoznanie znaczenia wielokulturowości w kształtowaniu inkluzyjnej edukacji medycznej oraz efektywnych zespołów terapeutycznych,
- podkreślania różnorodności poprzez uwypuklenie znaczenia różnorodnych perspektyw w poprawie opieki nad pacjentem i wyników w środowiskach opieki zdrowotnej.

3.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- opisać, jak globalizacja wpływa na systemy zdrowotne i praktyki medyczne w różnych kontekstach kulturowych,
- zdefiniować kluczowe pojęcia: „wielokulturowość" i jej znaczenie dla tworzenia inkluzyjnego środowiska edukacji medycznej, „globalizację", „kosmopolityzm", „etnocentryzm", „akulturację" oraz „politykę wielokulturowości w miejscu pracy",
- zidentyfikować wielokulturowość: zrozumieć, w jaki sposób świadomość różnorodności kulturowych poprawia pracę zespołową i współpracę w środowisku opieki zdrowotnej,
- zrozumieć rolę różnorodnych perspektyw w poprawie opieki nad pacjentem i wyników w praktyce klinicznej,
- omówić korzyści płynące z kompetencji kulturowych oraz edukacji w zakresie zdrowia globalnego w kształtowaniu przyszłych postaw i kompetencji profesjonalistów medycznych.

3.4. Definicje i terminy

Globalizacja: termin ten w opiece zdrowotnej odnosi się do coraz większej wzajemnej zależności systemów zdrowotnych, praktyk i polityk na całym świecie. Obejmuje wymianę wiedzy medycznej, technologii oraz zasobów, jak również migrację pracowników ochrony zdrowia i pacjentów ponad granicami państw. Zrozumienie globalizacji jest istotne dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu,

ponieważ wpływa ona na zdrowie publiczne, dostęp do opieki medycznej oraz rozprzestrzenianie się chorób (Beaglehole i Bonita, 2010).

Kosmopolityzm: pojęcie to w kontekście medycznym podkreśla znaczenie traktowania wszystkich pacjentów z szacunkiem i godnością, uznając ich różnorodne pochodzenie kulturowe i tożsamości. Profesjonaliści medyczni powinni przyjąć kosmopolityczne podejście do opieki zdrowotnej, które obejmuje otwartość na różne przekonania zdrowotne i praktyki oraz zrozumienie, że kompetencje kulturowe są kluczowe dla skutecznej opieki nad pacjentem i uzyskiwania satysfakcjonujących wyników leczenia (Hagger i Orbell, 2003).

Etnocentryzm: odnosi się do oceny innych kultur przez pryzmat standardów własnej kultury, co może prowadzić do uprzedzeń w świadczeniu opieki zdrowotnej. Dla studentów medycyny i nauk o zdrowiu zrozumienie pojęcia etnocentryzmu jest kluczowe w rozpoznawaniu potencjalnych uprzedzeń, które mogą wpływać na interakcje z pacjentami, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz ogólne wyniki zdrowotne. Podkreśla to znaczenie pokory kulturowej i szacunku w praktyce medycznej (Henrickson, 2006).

Akulturacja: zjawisko to w opiece zdrowotnej odnosi się do procesu, w którym pacjenci z różnych środowisk kulturowych adaptują się do nowych systemów opieki zdrowotnej i praktyk. Studenci powinni być świadomi tego procesu, gdyż może on wpływać na zachowania pacjentów, ich przekonania dotyczące chorób oraz postawy wobec leczenia. Zrozumienie doświadczeń pacjenta związanych z akulturacją może pomóc pracownikom ochrony zdrowia w świadczeniu bardziej spersonalizowanej i skutecznej opieki (Rojas i Smith, 2009).

Polityka wielokulturowości w miejscu pracy: placówkach opieki zdrowotnej polityka ta polega na tworzeniu inkluzywnego środowiska, które docenia różnorodność wśród pracowników ochrony zdrowia i pacjentów. Dla studentów medycyny zrozumienie tych polityk jest ważne w kontekście promowania współpracy i komunikacji w zróżnicowanych zespołach, a także poprawy opieki skoncentrowanej na pacjencie oraz niwelowania nierówności zdrowotnych wśród różnych grup kulturowych (Kuehn, 2017).

Wielokulturowość: w opiece zdrowotnej wielokulturowość uznaje i docenia obecność różnych grup kulturowych w populacji pacjentów. Dla studentów akceptacja wielokulturowości oznacza świadomość różnic kulturowych w przekonaniach zdrowotnych, praktykach i preferencjach. Ta perspektywa jest kluczowa dla zapewnienia kompetentnej opieki, która szanuje indywidualne potrzeby i poprawia wyniki zdrowotne w zróżnicowanym społeczeństwie (Bhui i Dinos, 2015).

3.5. Wyniki badań

Globalizacja

Koncepcja **globalnej alfabetyzacji** (literacy) obejmuje krytyczne myślenie o problemach globalnych, wrażliwość kulturową, zachowania oparte na współpracy oraz szacunek międzykulturowy (Bulut i Öksüzoğlu, 2021).

„Globalna wioska" to termin socjologiczny i filozoficzny, odnoszący się do faktu, że współczesna ludzkość żyje w bliskiej interakcji dzięki postępom technologicznym, które zmniejszają bariery geograficzne i kulturowe. Koncepcja ta podkreśla, w jaki sposób globalizacja oraz technologie komunikacyjne tworzą poczucie wspólnoty wśród ludzi z różnych części świata.

Globalna alfabetyzacja zawiera cztery główne wymiary:

1. świadomość różnorodności kulturowej,
2. przyjęcie idei globalnego obywatelstwa,
3. uznanie współzależności narodów,
4. pewność możliwości wykorzystywania nowych umiejętności do odniesienia sukcesu w globalnej wiosce (Zhang, et al., 2010).

Dwie główne podstawy są istotne dla zdefiniowania globalnego obywatela:

1. kosmopolityzm – jako akceptacja i zrozumienie kultury innych,
2. etnocentryzm – jako podstawa do zachowania własnej tożsamości etnicznej i kulturowej.

Kosmopolityzm odnosi się do ideologii, według której wszyscy ludzie, niezależnie od ich przynależności narodowej, etnicznej czy kulturowej, należą do jednej globalnej wspólnoty. Postuluje on, że jednostki mają moralne zobowiązania wobec innych, wykraczające poza lokalne lub narodowe więzi, i kładzie nacisk na uniwersalne wartości oraz wzajemny szacunek między różnorodnymi kulturami. W oficjalnych dokumentach zrzeszenia takie jak Organizacja Narodów Zjednoczonych często promują zasady zgodne z kosmopolityzmem, szczególnie w odniesieniu do praw człowieka, globalnej współpracy oraz zrównoważonego rozwoju. W dokumentach dotyczących edukacji globalnego obywatelstwa kosmopolityzm jest przedstawiany jako idea wspierająca poczucie przynależności do większej ludzkiej rodziny oraz promująca ideę współzależności między ludźmi na całym świecie (Pogge, 2006).

Współcześnie studenci medycyny i nauk o zdrowiu stoją przed wyzwaniem zrozumienia i uznania złożoności oraz unikalności doświadczeń jednostek. Jest to podstawą koncepcji kosmopolityzmu, który – wraz z humanizmem, troską o innych, potrzebą międzykulturowego docenienia i wrażliwości – powinien stanowić integralną cechę zawodów ściśle związanych z opieką i leczeniem ludzi.

Globalizacja w edukacji medycznej

Globalizacja w edukacji prowadzi do zwiększonej mobilności akademickiej, ujednolicenia programów nauczania i metod dydaktycznych, szybkiego rozwoju kształcenia na odległość. Dzięki niej wzrasta zrozumienie potrzeby stosowania nowych form edukacji. Dobrze znane są programy wymiany studentów, takie jak Erasmus (UE), DAAD (Niemcy), Global UGRAD (USA). Z każdym rokiem coraz więcej osób jest zainteresowanych korzystaniem z tych możliwości. Sprzyja temu wzajemne uznawanie dyplomów przez państwa, tworzenie sieci uniwersytetów europejskich, zdobywanie drugiego wykształcenia wyższego, powstanie Europej-

skiego Centrum Rozwoju Edukacji oraz brak ograniczeń państwowych dla instytucji szkolnictwa wyższego.

Elastyczność, adaptacyjność, modułowość, efektywność kosztowa, orientacja na konsumenta oraz opieranie się na zaawansowanych technologiach komunikacyjnych i informacyjnych stają się charakterystycznymi cechami współczesnego procesu edukacyjnego. Stworzyło to warunki do rozwoju globalnej przestrzeni edukacyjnej, akulturacji, eksportu i importu edukacji oraz unifikacji światowych potencjałów intelektualnych, twórczych, informacyjnych, naukowych i pedagogicznych.

Do komunikacji między studentami, a także nauczycielami i pracownikami ochrony zdrowia, przeznaczone są różnorodne platformy, czaty oraz grupy, gdzie omawia się interesujące przypadki kliniczne, zadania lub testy, specyfikę opieki w zależności od okoliczności, możliwości międzynarodowych staży, udziału w programach grantowych itp. Warto spróbować do nich dołączyć.

Choć medycyna nierozerwalnie wiąże się z globalizacją, niewielu studentów medycyny i nauk o zdrowiu ma doświadczenie w zakresie zdrowia globalnego oraz wystarczającą wiedzę z zakresu studiów kulturowych. Często wynika to z wysokich kosztów, braku motywacji i zainteresowania ze strony nauczycieli. Może to być również związane z programami nauczania, które albo nie uwzględniają tych komponentów, albo wymagają od studentów samodzielnego rozwijania tych kompetencji.

Współczesny świat intensywnie się globalizuje, a pogłębianie komunikacji międzykulturowej przyczynia się do transformacji światopoglądów i generuje innowacyjne poszukiwania w każdej kulturze. Interakcja między kulturami rodzi potrzebę ponownego przemyślenia znaczenia kontaktów międzykulturowych oraz własnej tożsamości kulturowej, która opiera się na idei tolerancji międzykulturowej oraz adekwatnym postrzeganiu różnic kulturowych, będących w takich okolicznościach niezbędnymi warunkami skutecznych relacji między kulturami oraz wzajemnego zrozumienia ich przedstawicieli (Kovtun, Harmash, 2020).

Etnocentryzm (grecki: ethnos *– grupa, plemię, lud; łaciński:* centrum *– ognisko, centrum) to zdolność jednostek, grup społecznych i wspólnot (jako nosicieli tożsamości etnicznej) do postrzegania i oceniania zjawisk życia przez pryzmat tradycji i wartości własnej wspólnoty etnicznej, która pełni rolę pewnego ogólnego standardu lub optimum.*

Etnocentryzm

Według Duttona et al. (2016) istnieją dwa rodzaje etnocentryzmu: **pozytywny i negatywny.** Pozytywny etnocentryzm odnosi się do dumy z własnej grupy etnicznej lub narodu oraz gotowości do poświęcenia się dla nich, natomiast negatywny oznacza nieracjonalne uprzedzenia i wrogość wobec innych grup etnicznych.

Chociaż pewien stopień etnocentryzmu jest powszechny, może on różnić się w zależności od grup rasowych i etnicznych. Intensywność lub

nawet biegunowość etnocentryzmu może się zmieniać w zależności od okoliczności, zmian w otoczeniu społecznym lub innych czynników. Na przykład badania tureckich naukowców (Karadas et al., 2023; Köse et al., 2024) analizowały poziom etnocentryzmu i ksenofobii wśród pielęgniarek pracujących z uchodźcami, których liczba gwałtownie wzrosła w Turcji w ostatnich latach. Stwierdzono, że poziom etnocentryzmu był poniżej średniej, natomiast ksenofobia powyżej średniej, a także istniała bezpośrednia proporcjonalna zależność – wraz ze wzrostem poziomu etnocentryzmu wzrastał również poziom ksenofobii. Badanie to ukazuje współczesne tendencje i problemy związane ze świadczeniem usług zdrowotnych w niektórych społeczeństwach.

Badanie przeprowadzone przez japońskich badaczy wykazało, że osoby o wyższym poziomie etnocentryzmu nie zawsze odrzucają inne kultury, mają ograniczoną globalną alfabetyzację lub brak chęci bycia obywatelami świata. Wręcz przeciwnie, duma i identyfikacja z kulturą i wartościami japońskimi są pozytyw-

> *„Wojna wymusza zmiany i adaptację, a z drugiej strony, zmiany w społeczeństwie wpływają na wojnę", „wojna jest swego rodzaju eliksirem dla społeczeństwa, który czyni je silniejszym i ujawnia jego szlachetne strony" (MacMillan, 2020).*

nie powiązane z globalną alfabetyzacją. Zgodnie z teorią tożsamości społecznej, etnocentryzm jest w większości przypadków postrzegany przede wszystkim jako pozytywne nastawienie wobec własnej grupy, niezależne od zewnętrznych grup (Lei Zhang et al., 2024), co oznacza, że tożsamość etniczna nie powinna być po prostu postrzegana jako odrzucenie obcych grup lub kultur.

Tożsamość etniczna nabiera szczególnego znaczenia w czasach konfliktu. Na podstawie danych z trzydziestu sześciu krajów afrykańskich (Bizumic et al., 2021) zbadano zależność między konfliktem etnicznym a różnymi wskaźnikami spójności społecznej i stwierdzono istnienie pozytywnej korelacji. Wynik ten



> *„Ze wszystkich form nierówności, niesprawiedliwość w zdrowiu jest najbardziej szokująca i nieludzka."*
>
> *Dr Martin Luther King*

rozumiany jest jako efekt dynamiki etnocentrycznej generowanej przez konflikt: wojna zwiększa identyfikację etniczną oraz zachowania prospołeczne. Do podobnych wniosków doszli również ukraińscy historycy, analizujący wojny toczące się na terytorium ich państwa. Wojna jakościowo przyspieszyła procesy narodowego samopoznania. Wymusiła dokonanie jednoznacznego wyboru „przyjaciel czy wróg". Wynikiem tego było pogłębienie narodowej refleksji. Wojna stała się środkiem do przemyślenia, odkrywania i konstruowania własnej tożsamości (Borchuk i Kostyuchok, 2024). Mimo że etnocentryzm często postrzegany jest jako przeszkoda w interakcji międzyetnicznej i międzykulturowej, służy on utrzymaniu i zachowaniu etnicznej tożsamości, integralności i specyfiki (Ustymenko, 2018).

3.6. Wielokulturowość i różnorodność w zespołach terapeutycznych

Różnorodność kulturowa odgrywa kluczową rolę w zespołach, wnosząc równość oraz bogactwo różnorodnych perspektyw. Liczne badania przeprowadzone w wysoko rozwiniętych krajach podkreślają jej pozytywny wpływ oraz znaczenie inkluzywności dla sukcesu biznesowego i ekonomicznego (Jaganya et al., 2024).

Rodzaje różnorodności w miejscu pracy:

- **płeć** (kobiety stanowią większy odsetek pracowników niż kiedykolwiek wcześniej),
- **rasa i etniczność** (rozwijanie tożsamości etnicznej i rasowej prowadzi do poprawy różnorodności kulturowej),
- **społeczność transpłciowa** (zróżnicowana grupa osób pod względem pochodzenia, doświadczeń i wyzwań, wymagająca szczególnej uwagi w kontekście strategii pracodawcy),
- **wiek** (zarówno młodsze, jak i starsze osoby mogą doświadczać uprzedzeń; zapewnienie szkoleń dla wszystkich grup wiekowych oraz programów mentoringowych może pomóc zapewnić różnorodność i inkluzyjność w miejscu pracy),
- **pracownicy z niepełnosprawnościami** (niepełnosprawność może obejmować wiele różnic, które należy uwzględnić w walce z negatywnym postrzeganiem osób z niepełnosprawnościami fizycznymi lub psychicznymi),
- **zdrowie psychiczne** (skupienie się na zdrowiu psychicznym oraz zapewnienie dobrostanu w miejscu pracy pomoże w walce z różnorodnymi problemami zdrowia psychicznego),
- **neurodywersyfikacja** (rozpoznawanie i zapewnienie sprzyjającego środowiska dla osób z różnicami neurologicznymi pomaga zespołom dostrzegać różnice i preferencje przy doborze rodzaju pracy),
- **styl myślenia** (każda osoba ma inny styl myślenia, który może zwiększać kreatywność, jeśli osoba i jej rola w zespole są odpowiednio dopasowane, i odwrotnie, może powodować stres, jeśli dopasowanie jest niewłaściwe).

Zespół wielokulturowy to zespół, którego członkowie pochodzą z różnych krajów, reprezentują różne grupy etniczne i kulturowe oraz mówią różnymi językami. Każdy członek takiego zespołu powinien wykazywać wrażliwość kulturową. Ważne jest również okazywanie szacunku dla różnorodności i uwzględnianie różnych zwyczajów kulturowych oraz wymagań. Różnorodność kulturowa w miejscu pracy pozwala na tworzenie zespołów, które łączą różne perspektywy i talenty, co zwiększa innowacyjność oraz przyczynia się do wyższej efektywności i produktywności. Firmy, których zespoły zarządzające znajdują się w 25% najwyżej ocenianych pod względem rasowej i etnicznej różnorodności, mają o 33% większe szanse na osiągnięcie lepszych wyników finansowych w porównaniu do swoich konkurentów (Hunt et al., 2018).

Przykłady firm, które skutecznie wdrożyły polityki wielokulturowości:

- Google – firma, która aktywnie wspiera różnorodność kulturową poprzez programy szkoleniowe i rozwojowe, mające na celu przyciąganie pracowników z różnych kultur,
- Microsoft – firma, która zapewnia szkolenia z zakresu kompetencji międzykulturowych i tworzy inkluzywne środowisko pracy, w którym szanowane są różne wartości kulturowe.

Zróżnicowany zespół oznacza więcej innowacji, lepiej podejmowane decyzje i lepsze wyniki, co zwiększa wartość dla wszystkich interesariuszy. Inkluzywna kultura oznacza słuchanie wszystkich pracowników i szanowanie ich pracy. Pomaga to również utrzymać satysfakcjonujące środowisko pracy, które zapewnia sukcesy osobiste i zawodowe (Afridah i Lubis, 2024).

Wielokulturowość w miejscu pracy przynosi liczne korzyści, takie jak zwiększona kreatywność, lepsza współpraca w zespole oraz wyższa produktywność. Miejsce pracy oparte na wielokulturowości powinno koncentrować się na łączeniu potrzeb kulturowych, które są bezpośrednio związane z pracą, jak również na szerszych możliwościach i nawykach. Należy uwzględnić jakość żywienia i żywności w stołówkach dla pracowników różnych kultur oraz potrzebę zapewnienia pomieszczenia do modlitwy lub medytacji, zgodnie z wymaganiami kulturowymi.

Wielokulturowość w miejscu pracy przynosi liczne korzyści, takie jak zwiększona kreatywność, lepsza współpraca w zespole oraz wyższa produktywność.

Różnorodność kulturowa pomaga w rozwijaniu i maksymalizowaniu umiejętności i talentów (Thomas, 2024). Zróżnicowanie pomysłów i doświadczeń umożliwia naukę od kolegów z innych kultur, zwiększa zdolności rozwiązywania problemów i podnosi produktywność. W środowisku, w którym wszystkie głosy są wysłuchane, duch innowacji i zachęta do wkładu przyczyniają się do sukcesu miejsca pracy. Różnorodność kulturowa zwiększa kreatywność pracowników. Słuchając opinii i sposobów myślenia każdego pracownika, firma lub zespół będzie mieć różne podejścia do rozwiązywania swoich zadań. W zespole, który aktywnie zachęca do różnorodności w miejscu pracy, omawianych jest więcej perspektyw, oferowane są liczne rozwiązania, co może zachęcać ludzi do pracy na najwyższym poziomie.

Szkolenia z zakresu kompetencji kulturowych i pokory mogą być bardzo ważne w przezwyciężaniu problemów kulturowych w zespole. Jest to doskonały sposób, aby umożliwić członkom zespołu wzajemne poznanie się i zapoznanie z różnymi przekonaniami i praktykami kulturowymi. Takie szkolenie powinno obejmować następujące zagadnienia:

- jak minimalizować bariery kulturowe,
- jak unikać stereotypów i uprzedzeń,
- jak doceniać wartość swojej i innych kultur,
- jak poprawić swoje umiejętności społeczne,
- jak stać się lepszym słuchaczem,
- jak skupić się na wspólnych cechach, a nie różnicach.

Szkolenia powinny być dostosowane do potrzeb zespołu, ucząc rozumienia zachowań i reakcji ludzi w środowisku pracy, szczególnie gdy występują wyraźne różnice.

Polityka wielokulturowości w miejscu pracy

Polityka różnorodności, równości, inkluzji i przynależności powinna być przemyślana i skoncentrowana na promowaniu kultury inkluzyjnej, która powinna zostać uwzględniona w tzw. kodeksie postępowania, określającym standardy etyczne i oczekiwania wobec wszystkich pracowników, wykładowców, studentów itp., w celu zapewnienia integralności i zgodności.

Polityka wielokulturowości dotyczy tworzenia środowiska, w którym wszyscy członkowie zespołu mają silne poczucie przynależności, niezależnie od rasy, wyznania, koloru skóry, religii, płci, wieku, pochodzenia, stanu cywilnego, narodowości, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, etniczności, genotypu, niepełnosprawności, uszczerbku na zdrowiu, statusu weterana lub jakiegokolwiek innego statusu chronionego przez prawo, stosując standardy równego traktowania w decyzjach dotyczących zatrudnienia, szkoleń, wynagrodzeń itp. (Karatekin et al., 2019). Jest to tworzenie środowiska pracy, w którym każdy jest traktowany z godnością. Takie środowisko jest wolne od przemocy, molestowania, zastraszania, w tym gróźb słownych i fizycznych, oraz wszelkich innych aktów agresji lub przemocy. To tworzenie bezpiecznego, higienicznego i zdrowego środowiska pracy, zapewniającego bezpieczeństwo i zdrowie wszystkich pracowników lub członków zespołu. Każda osoba, do której ma zastosowanie ta polityka, jest odpowiedzialna za przestrzeganie jej postanowień.

Piśmiennictwo

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, & European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Annals of Internal Medicine, 136(3), 243–246.

Afridah, & Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. Feedback International Journal of Communication, 1(1), 1–15. https://doi.org/10.62569/fijc.v1i1.8.

Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A., et al. (2024). Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 165, 105859. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105859.

Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). Global public health: A new era. The Lancet, 375(9717), 1560–1561.

Bhui, K., & Dinos, S. (2015). Cultural competence in mental health: A global perspective. International Review of Psychiatry, 27(1), 60–69.

Bizumic, B., Monaghan, C., & Priest, P. (2020). The return of ethnocentrism. Political Psychology, 42(S1), 29–73.

Borchuk, S., & Kostyuchok, P. (2024). Catalysts of the national identity of Carpathian region Ukrainians during World War I. Eminak – Scientific Quarterly Journal, 3(47), 147–165.

Bulut, B., & Öksüzoğlu, M. K. (2021). Global literacy in education. In: E. Koçoğlu (Ed.). Literacy skills in education-III, p. 321–337. Pegem Academy. https://doi.org/10.14527/9786257582018.

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., et al. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. Public Health in Practice (Oxford), 2, 100069. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069.

Dutton, E., Madison, G., & Lynn, R. (2016). Demographic, economic, and genetic factors related to national differences in ethnocentric attitudes. Personality and Individual Differences, 101, 137–143. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.049.

Drain, P. K., Primack, A., Hunt, D., et al. (2007). Global health in medical education: A call for more training and opportunities. Academic Medicine, 82(3), 226–230.

Dvornik, V. M., Kuz, H. M., Yeris, L. B., et al. (2022). Trends in modern medical education. Poltava State Medical University.

Fox, M., Thayer, Z., & Wadhwa, P. D. (2017). Acculturation and health: The moderating role of sociocultural context. American Anthropologist, 119(3), 405–421. https://doi.org/10.1111/aman.12867.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A psychological model of health behavior. Social Sci-ence & Medicine, 57(1), 123–132.

Henrickson, M. (2006). The ethnocentric bias: Implications for global health. In: K. C. R. Schenck (Ed.). Cultural competence in health care: A practical guide to improving patient satisfaction and quality of care, p. 139–152.

Hon, J. J. (2024). Embracing global health in medical education: A necessity for modern doctors. JACC: Case Reports, 29(17), 102498.

Izadnegahdar, R., Correia, S., Ohata, B., et al. (2008). Global health in Canadian medical education: Current practices and opportunities. Academic Medicine, 83(2), 192–198.

James, P. B., Renzaho, A. M. N., Mwanri, L., et al. (2022). The prevalence of anxiety, de-pression, and post-traumatic stress disorder among African migrants: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 317, 114899. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114899.

Karadas, M. M., Bilgin, A., Sahan, F. U., et al. (2023). Determining the predictors of nursing students' xenophobic tendency towards refugees. Nurse Education Today, 122, 105722. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105722.

Karatekin, K., Akcaoglu, M. Ö., & Taban, M. H. (2019). A comparative study on multicultural attitude of university students: Austria, Hungary and Turkey sample. Journal of History Culture and Art Research, 8(4), 36. https://doi.org/10.7596/taksad.v8i4.2238.

Köse Tosunöz, İ., & Öztürk Çopur, E. (2024). The relationship between ethnocentrism and xenophobia level and predictors: A descriptive and correlational study of nurses working in two cities where refugees live intensively in Turkey. Nursing & Health Sciences, 26(2), e13107. https://doi.org/10.1111/nhs.13107.

Kuehn, L. (2017). Creating a diverse workplace: The importance of multiculturalism in healthcare. Journal of Healthcare Management, 62(4), 265–267.

Kovtun, O. V., & Harmash, T. A. (2020). Ethnocentrism as a problem of globalization of culture and the civilisations interaction in the context of intercultural communication. In: Drotianko, L., Abysova, M., Poda, T., et al. Social communications of the information society: theoretical and applied aspects. Kyiv: State University "Kyiv Aviation Institute", p. 91–107. Talkom.

Rojas, C., & Smith, L. (2009). The role of acculturation in health outcomes: A review of the literature. International Journal of Migration, Health and Social Care, 5(2), 24–30.

Sestito, M. (2025). Identity conflict, ethnocentrism and social cohesion. Journal of Development Economics, 174, 103426. https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2024.103426.

Sharif, R. (2019). The relations between acculturation and creativity and innovation in high-er education: A systematic literature review. Educational Research Review, 28, 100287. https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100287.

Tadmor, C. T., Galinsky, A. D., & Maddux, W. W. (2012). Getting the most out of living abroad: Biculturalism and integrative complexity as key drivers of creative and professional success. Journal of Personality and Social Psychology, 103(3), 520–542. https://doi.org/10.1037/a0029360.

Thomas, N. S. (2024). Diversity in the workforce: A catalyst for innovation, success and future expansion. Indian Journal of Natural Sciences, 15(86), 80130–80137.

Ustymenko, T. (2018). The status of ethnocentrism in intercultural interaction, its types and functions. International Relations: Theoretical and Practical Aspects, 223–234.

Zhang, L., & Takahashi, Y. (2024). Both cosmopolitanism and ethnocentrism are positively associated with individual differences in global literacy. Personality and Individual Differences, 222, 112585. https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112585.

Zhang, R., Hsu, H. Y., & Wang, S. (2010). Global literacy: Comparing Chinese and US high school students. Multicultural Education & Technology Journal, 4(2), 76–98. https://doi.org/10.1108/17504971011052304

Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Globalizacja i wielokulturowość w edukacji medycznej oraz zespołach terapeutycznych stanowi wszechstronną analizę wpływu globalnych przemian na różnorodność kulturową, sposób świadczenia opieki zdrowotnej oraz współpracę zawodową – w pełni wpisując się w filozofię i cele modelu **EMPOWER**. Poruszając kluczowe zagadnienia, takie jak a**kulturacja, etnocentryzm, kompetencje globalne** oraz **inkluzja w zespołach terapeutycznych**, rozdział ten wzmacnia podstawowe filary modelu: **efektywność, wielokulturowość, profesjonalizm, dobrostan i zasoby edukacyjne**.

Omówienie zagadnień związanych z globalizacją i mobilnością akademicką uwypukla znaczenie międzynarodowych doświadczeń w kształtowaniu **refleksyjnych kompetencji** kulturowych, które są jednym z centralnych celów EMPOWER. Zachęca ono przyszłych pracowników ochrony zdrowia do aktywnego zaangażowania w konteksty międzykulturowe i dostosowywania podejść klinicznych do zmieniających się realiów. Tym samym wspiera ideę **samodzielnego uczenia się**, rozwoju **pokory kulturowej** oraz **świadomości**, osiąganych poprzez transformujące doświadczenia edukacyjne.

Rozdział konsekwentnie promuje także koncepcję **kosmopolityzmu**, która ściśle koresponduje z kluczową wartością modelu EMPOWER, jaką jest **pokora kulturowa** – uznanie złożoności tożsamości kulturowej oraz potrzeby nieustannej refleksji i wzajemnego uczenia się w relacji między personelem medycznym a zróżnicowanymi pacjentami.

Część poświęcona **różnorodności w zespołach terapeutycznych** bezpośrednio odnosi się do komponentów modelu związanych z dobrostanem i współpracą zawodową. Ukazuje, w jaki sposób zespoły wielokulturowe sprzyjają **innowacyjności, inkluzji** oraz **skuteczności**, odzwierciedlając przekonanie EMPOWER, że **dobrostan jednostkowy i zespołowy** stanowi fundament wysokiej jakości edukacji i praktyki zdrowotnej.

Na zakończenie, rozdział apeluje o **szkolenia z zakresu kompetencji i pokory kulturowej**, przedstawiając konkretne rekomendacje, dotyczące **minimalizowania uprzedzeń, doceniania różnic kulturowych** oraz **wspierania inkluzywnej komunikacji** – co stanowi istotę strategii edukacyjnej modelu EMPOWER. Odzwierciedla to zaangażowanie modelu w dostarczanie uczestnikom edukacji odpowiednich narzędzi i zasobów umożliwiających przełożenie wiedzy teoretycznej na **skuteczną, empatyczną i sprawiedliwą praktykę**.

Podsumowując, rozdział ten stanowi wyraz wdrażania modelu EMPOWER w praktyce: łączy **globalne wyzwania z lokalnym działaniem**, wspiera rozwój **refleksyjnych profesjonalistów** i promuje edukację zdrowotną wrażliwą kulturowo.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Rozdział 4

Tożsamość kulturowa a opieka zdrowotna

MAGDALENA STANKIEWICZ
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

> **W każdej sytuacji mamy ważny powód, aby spośród możliwych sposobów działania lub postępowania wybrać taki, który według rozsądnych przewidywań spowoduje najwięcej dobra.**
>
> Włodzimierz Galewicz
> „Dobro i sprawiedliwość w opiece medycznej" (2018)

4.1. Wprowadzenie

Sprawiedliwy i równy dostęp do leczenia oraz wykonywania pracy w zawodach medycznych wymaga otwartego podejścia, które uwzględnia zarówno zróżnicowane potrzeby pacjentów, jak i wyzwania, przed którymi staje personel medyczny. Kluczowym elementem jest zagwarantowanie równości w dostępie do zatrudnienia w zawodach takich jak pielęgniarki, ratownicy medyczni czy lekarze, przy jednoczesnym zapewnieniu każdemu pacjentowi opieki zdrowotnej opartej na szacunku dla jego indywidualności. Fundamentem skutecznej i etycznej praktyki medycznej jest uznanie pacjenta za podmiot opieki, a nie jej przedmiot, oraz traktowanie go z pełnym poszanowaniem autonomii i godności. Pracownicy medyczni, aby spełniać te standardy, muszą unikać powielania schematów, wykorzystywania relacji nadrzędności i uprzedmiotowiania pacjenta, przyjmując postawę otwartości, empatii i świadomości różnic kulturowych. W sytuacji pierwszego kontaktu z pacjentem warto kierować się podejściem opartym na jego potrzebach i oczekiwaniach. Postawienie sobie pytań typu: **„Jak najskuteczniej mogę pomóc?”** oraz **„Czego ten konkretny pacjent potrzebuje?”** powinno stanowić punkt wyjścia dla każdego profesjonalisty medycznego.

Kompetencje międzykulturowe oraz zdolność dostrzegania unikalnych cech każdego pacjenta są niezbędne, by przeciwdziałać barierom w dostępie do leczenia – zarówno formalnym, jak i komunikacyjnym. Tylko dzięki takiemu podejściu możliwe jest zapewnienie opieki zdrowotnej, która respektuje różnorodność i wspiera skuteczność działań terapeutycznych, opierając się na partnerstwie, a nie hierarchii w relacji z pacjentem.

Pracownicy medyczni powinni być świadomi barier komunikacyjnych oraz uprzedzeń, które mogą wpływać na relację z pacjentami. Refleksja nad własnymi ograniczeniami oraz gotowość do ich przezwyciężania to nieodzowne elementy efektywnej opieki. Szczególnego znaczenia nabiera także otwartość na zrozumienie tożsamości kulturowej drugiego człowieka. Odmienność zwyczajów, poglądów, stosunku do ciała czy religii nie powinna stanowić przeszkody, lecz być źródłem wzajemnego szacunku i inspiracji do budowania głębszej relacji terapeutycznej. Przyjęcie perspektywy, w której każdy pacjent jest wyjątkowy, nie tylko wspiera proces leczenia, ale także wzbogaca praktykę zawodową personelu medycznego, czyniąc ją bardziej świadomą i wartościową.

4.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- zrozumienia znaczenia równości szans w dostępie do opieki medycznej oraz wykonywania zawodów medycznych, bez względu na pochodzenie, status społeczny, kulturę, religię czy tożsamość płciową,
- wzmacniania podejścia, w którym pacjent traktowany jest jako podmiot opieki, z pełnym poszanowaniem jego autonomii i godności,
- zrozumienia wagi kompetencji międzykulturowych w eliminowaniu formalnych i komunikacyjnych barier w opiece zdrowotnej,

- promowania świadomości oraz refleksji nad własnymi uprzedzeniami i ich wpływem na relacje z pacjentami,
- zwrócenia uwagi na znaczenie otwartości i szacunku wobec odmiennych zwyczajów, wierzeń i wartości pacjentów,
- zrozumienia znaczenia tożsamości płciowej oraz jej roli w kształtowaniu poczucia własnej tożsamości jednostki,
- zrozumienia mechanizmów błędów atrybucji, takich jak fundamentalny błąd atrybucji oraz efekt fałszywego konsensusu, ich wpływu na ocenę pacjentów i współpracowników,
- zrozumienie konsekwencji nieświadomych założeń dotyczących tożsamości płciowej i orientacji psychoseksualnej w praktyce zawodowej,
- zrozumienia wpływu **rasizmu i przemocy strukturalnej** na zdrowie psychiczne jednostek i społeczności oraz uznanie odpowiedzialności pracowników ochrony zdrowia za przeciwdziałanie tym zjawiskom poprzez **sprawiedliwą, kulturowo kompetentną i etycznie refleksyjną praktykę**.

4.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- zdefiniować kluczowe pojęcia związane z równością szans w opiece zdrowotnej oraz kompetencjami międzykulturowymi,
- zrozumieć wpływ własnych uprzedzeń oraz mechanizmów błędów poznawczych na postrzeganie pacjentów i podejmowanie decyzji w praktyce medycznej,
- zidentyfikować różnice między transpłciowością a cispłciowością oraz opisać podstawowe potrzeby zdrowotne osób transpłciowych,
- analizować błędy atrybucji i ich konsekwencje w relacjach pacjent–lekarz oraz w komunikacji międzykulturowej,
- wyjaśnić, w jaki sposób rasizm i przemoc strukturalna wpływają na zdrowie psychiczne oraz opisać rolę pracowników ochrony zdrowia w reagowaniu na te wyzwania poprzez kulturowo kompetentną i etyczną praktykę.



4.4. Zasady i wartości

W kontekście zapewnienia równych możliwości dostępu do usług zdrowotnych oraz równych szans na pracę w zawodach medycznych, kluczowymi elementami są podstawowe zasady oraz wartości etyczne i społeczne. Stanowią one fundament sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej, w którym każdy pacjent, bez względu na status społeczny, pochodzenie, tożsamość kulturową czy inne czynniki różniące, ma zapewnione prawo do świadczeń medycznych wysokiej jakości. Równocześnie system ten powinien gwarantować pracownikom medycznym uczciwe warunki zatrudnienia oraz możliwość realizacji zawodowej bez barier wynikających z uprzedzeń lub dyskryminacji (Prawo.pl, 2024). Wartości takie jak równość, sprawiedliwość, poszanowanie autonomii pacjenta, empatia oraz profesjonalizm odgrywają istotną rolę w formowaniu etycznych i efektywnych praktyk medycznych, przyczyniając się do podwyższenia jakości opieki zdrowotnej oraz budowy zaufania społecznego do systemu ochrony zdrowia. W kontekście zapewnienia równego dostępu do usług zdrowotnych i możliwości zatrudnienia w zawodach medycznych wyróżnia się kilka najważniejszych zasad i wartości.

- **Równość i sprawiedliwość** – każdy pacjent, bez względu na swoje pochodzenie, status społeczny, wyznanie czy tożsamość płciową, powinien mieć równy dostęp do opieki zdrowotnej. Sprawiedliwość w tej dziedzinie polega na dostosowaniu świadczeń medycznych do indywidualnych potrzeb pacjentów, zamiast stosowania uniwersalnych rozwiązań.
- **Szacunek dla autonomii pacjenta** – pacjent ma prawo do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojego zdrowia. Rolą pracowników medycznych jest dostarczanie pełnych informacji, udzielanie wsparcia oraz stworzenie przestrzeni do świadomego wyboru terapii.
- **Empatia i wrażliwość kulturowa** – skuteczna opieka zdrowotna wymaga umiejętności zrozumienia i szanowania różnorodności kulturowej, która wpływa na postawy pacjentów wobec zdrowia i leczenia. Otwartość na potrzeby osób z różnych środowisk przyczynia się do eliminacji uprzedzeń i poprawia jakość relacji terapeutycznych.
- **Profesjonalizm i etyka medyczna** – pracownicy medyczni powinni kierować się zasadami etyki zawodowej, takimi jak troska o pacjenta, poufność, uczciwość oraz odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Równość w zatrudnieniu oznacza także usuwanie barier dla osób pragnących wykonywać zawody medyczne, niezależnie od ich pochodzenia czy płci.
- **Brak uprzedzeń i przeciwdziałanie dyskryminacji** – świadomość własnych uprzedzeń oraz chęć ich przezwyciężenia to kluczowe elementy w budowaniu sprawiedliwego systemu ochrony zdrowia. Jakakolwiek forma dyskryminacji – w dostępie do leczenia czy w miejscu pracy – powinna być eliminowana poprzez odpowiednie regulacje i praktyki.
- **Partnerstwo w relacji pracownik opieki medycznej–pacjent** – opieka zdrowotna powinna opierać się na współpracy, a nie na hierarchii. Pacjenci i pracownicy opieki medycznej powinni wspólnie podejmować decyzje dotyczące leczenia, co zwiększa skuteczność terapii oraz poprawia komfort psychiczny pacjenta.

- **Dostępność i inkluzyjność** – każdy pacjent, niezależnie od poziomu wykształcenia, zdolności językowych czy stopnia niepełnosprawności, powinien mieć pełny dostęp do usług medycznych. Należy eliminować bariery językowe, uzupełniać niedobory dostosowanych materiałów informacyjnych oraz niwelować niewystarczającą wiedzę pacjentów o różnych statusach społecznych.
- **Samodoskonalenie i edukacja** – pracownicy medyczni powinni nieprzerwanie rozwijać swoje kompetencje, zarówno w zakresie wiedzy medycznej, jak i umiejętności komunikacyjnych oraz międzykulturowych. Szkolenia dotyczące różnorodności, równego traktowania i etyki powinny być integralną częścią rozwoju zawodowego (Bugaj, 2015).

Przyjęcie tych zasad w codziennej praktyce medycznej przyczyni się do stworzenia bardziej sprawiedliwego, skutecznego i wrażliwego na potrzeby pacjentów systemu opieki zdrowotnej.

4.5. Istotne definicje i terminy

Aby w pełni zrozumieć koncepcje równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz zatrudnienia w zawodach medycznych, konieczne jest klarowne zdefiniowanie kilku kluczowych pojęć.

- **Równość w opiece zdrowotnej** – zasada zakładająca, że każdy człowiek powinien mieć zapewniony sprawiedliwy dostęp do usług medycznych, niezależnie od swojego statusu społeczno-ekonomicznego, pochodzenia kulturowego, tożsamości płciowej czy innych czynników. Celem tej zasady jest zagwarantowanie, że żadna grupa społeczna nie znajdzie się w niekorzystnej sytuacji w dostępie do kluczowej opieki zdrowotnej. Mimo licznych inicjatyw mających na celu promowanie równego dostępu do opieki zdrowotnej, różnice w jej jakości wciąż są widoczne, szczególnie wśród grup mniejszościowych, osób o niskich dochodach oraz osób z niepełnosprawnościami. Różnice te mają swoje źródło w systemowych uprzedzeniach, barierach finansowych oraz w zróżnicowanych umiejętnościach czytania i pisania w kontekście zdrowia (Cianciara, 2015).
- **Kompetencje kulturowe** – umiejętność pracowników ochrony zdrowia, polegająca na zrozumieniu, szanowaniu i efektywnej interakcji z pacjentami z różnych środowisk kulturowych. Obejmują akceptację różnorodnych przekonań, wartości oraz praktyk zdrowotnych. Liczne badania wskazują, że personel medyczny, który otrzymuje szkolenia z zakresu kompetencji kulturowych, jest w stanie zapewnić lepszą opiekę. Skutkuje to większym zadowoleniem pacjentów, lepszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz wyraźnie lepszymi wynikami zdrowotnymi (Cianciara, 2015).
- **Ukryte uprzedzenia** – nieświadome postawy lub stereotypy, które mogą wpływać na decyzje i interakcje w placówkach opieki zdrowotnej. Te nieuświadomione uprzedzenia mogą warunkować zachowanie personelu medycznego oraz wpływać na jakość opieki świadczonej pacjentom. Nieświadome uprzedzenia mogą prowadzić do różnic w zaleceniach dotyczących

leczenia, podejściu do bólu oraz dokładności diagnoz. Na przykład zdarza się, że czarnoskórzy pacjenci często otrzymują niewystarczającą pomoc w przypadku bólu w porównaniu do innych pacjentów, co wynika z błędnych założeń na temat ich tolerancji na ból (Strzemięczna, 2020).

- **Opieka skoncentrowana na pacjencie** – model opieki zdrowotnej, który stawia na pierwszym miejscu indywidualne potrzeby, preferencje i wartości pacjenta, umożliwiając mu aktywne uczestnictwo w procesie decyzyjnym dotyczącym własnego leczenia.
- **Społeczne determinanty zdrowia** – czynniki pozamedyczne, takie jak poziom dochodów, wykształcenie, warunki życia oraz pochodzenie kulturowe, które mają istotny wpływ na zdrowie jednostki oraz jej dostęp do usług medycznych.
- **Dysproporcje w zdrowiu** – różnice w wynikach zdrowotnych i dostępie do opieki zdrowotnej pomiędzy różnymi grupami populacyjnymi, często wynikające z nierówności społeczno-ekonomicznych, dyskryminacji systemowej oraz barier geograficznych.

> *„Lekarze, którzy zajmują się chorymi, powinni koniecznie zrozumieć, czym jest człowiek, czym jest życie i czym jest zdrowie, i w jaki sposób równowaga i harmonia tych elementów je podtrzymuje".*
>
> *Leonardo da Vinci*

4.6. Pacjent jako podmiot w systemie ochrony zdrowia

Opieka zdrowotna, aby była skuteczna i sprawiedliwa, musi uwzględniać potrzeby wynikające z różnorodnych tradycji, przekonań, wartości oraz praktyk kulturowych pacjentów. W kontekście globalizacji i migracji, coraz częściej mamy do czynienia z pacjentami reprezentującymi różne kultury, co wymaga od personelu medycznego nie tylko wysokich kompetencji zawodowych, ale także umiejętności międzykulturowych. Zrozumienie i szanowanie tych różnic jest kluczowe dla efektywnej komunikacji, budowania zaufania oraz dostosowania metod leczenia do specyficznych potrzeb pacjentów. Zatem analiza związku między tożsamością kulturową a opieką zdrowotną stanowi istotny element w doskonaleniu systemów ochrony zdrowia, promując podejście holistyczne i indywidualne do każdego pacjenta (Tabaszewski, 2016).

Szacunek dla praw drugiego człowieka, szczególnie w kontekście zdrowia, jest fundamentalnym elementem współczesnych systemów ochrony praw człowieka. Choć wiele międzynarodowych organizacji zdrowotnych oraz aktów prawnych szeroko promuje te prawa, wciąż istnieje wiele wyzwań związanych z ich rzeczywistym wprowadzeniem w życie. Teorie dotyczące tolerancji dla różnorodności, choć często wyrażane słowami, nie zawsze przekładają się na praktyczne działania (Tabaszewski, 2016). Problematyczne bywa również pełne połączenie zdrowia z prawami człowieka, ponieważ w katalogu tych praw trudno znaleźć jednoznacznie określone zasady w tej dziedzinie. W placówkach medycznych, mimo rosnącej migracji, liczby programów wymiany międzynarodowej i zatrudniania pracowników z różnych krajów, idea równości i różnorodności nadal stanowi wyzwanie (Tabaszewski, 2016).

Prawa człowieka, a zwłaszcza prawo do ochrony zdrowia, stanowią niezbywalny fundament przynależności jednostki do gatunku ludzkiego. Te prawa, charakteryzujące się uniwersalnością, nienaruszalnością i równouprawnieniem, są głęboko zakorzenione w ludzkiej godności. Uzyskanie równości w dostępie do opieki zdrowotnej oraz pełne poszanowanie wyjątkowości i godności każdej osoby to kluczowe wyzwanie współczesnej medycyny i prawa (Tabaszewski, 2016).

Poszanowanie praw człowieka, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia, jest tematem szeroko omawianym w wielu dokumentach prawnych oraz przez organizacje zajmujące się zdrowiem na całym świecie. Choć międzynarodowe dokumenty, takie jak Karta Narodów Zjednoczonych, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka czy Deklaracja z Ałma-Aty, wyraźnie podkreślają prawo każdego człowieka do zdrowia, godnych warunków życia i kompleksowej opieki, rzeczywistość często odbiega od tych ideałów. Ludzie na całym świecie nadal gubią się w zawiłościach biurokratycznych i stają się ofiarami systemowych zaniedbań. Ten problem szczególnie widoczny jest w kontekście prawa do zdrowia, które pozostaje jednym z najbardziej niejasnych i trudnych do zrealizowania w praktyce (Murphy, 2013).

Czy same zapisy prawne wystarczą, aby to zmienić? Dokumenty te wyznaczają standardy, ale to od naszej empatii, zaangażowania i gotowości do udzielania realnej pomocy zależy ich realizacja. Każdy z nas, zarówno jako obywatel, jak i członek społeczeństwa, może przyczynić się do tego, by prawa człowieka nie pozostawały jedynie na papierze. Zmiana zaczyna się od działania, od małych kroków ku tworzeniu systemu, w którym każdy człowiek czuje się zauważony, wysłuchany i objęty wsparciem. Wprowadzenie kompleksowych działań opartych na szacunku, empatii i skuteczności to jedyny sposób, aby przepisy międzynarodowe stały się rzeczywistością, a nie tylko obietnicą zawartą w aktach prawnych.

Ochrona zdrowia, zwłaszcza w skali międzynarodowej, związana jest z odpowiedzialnością państw za tworzenie systemów, które umożliwiają ochronę zdrowia zarówno obywateli, jak i cudzoziemców. Obejmuje to różnorodne działania, mające na celu realizację praw człowieka w zakresie zdrowia. Państwa powinny wdrażać skuteczne mechanizmy, które pozwolą na utrzymanie zdrowotnego status quo jednostki (Banaszak, 2003). Migranci jednak często borykają się z różnorodnymi przeszkodami w dostępie do opieki zdrowotnej. Główne trudności związane są z problemami komunikacyjnymi, kulturowymi oraz systemowymi, które stanowią znaczną barierę zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego (Strzemięczna, 2020). Wielu pracowników opieki medycznej boryka się z trudnościami związanymi z barierą językową, co znacznie utrudnia efektywne świadczenie usług zdrowotnych. Badania przeprowadzone w tej grupie wskazują, że język jest główną przeszkodą w zapewnieniu odpowiedniej opieki pacjentom posługującym się obcymi językami (Zgliczyński i Cianciara, 2020).

4.7. Tożsamość kulturowa a opieka zdrowotna

Zrozumienie tożsamości kulturowej jest kluczowe w zapewnianiu skutecznej opieki zdrowotnej. Tożsamość kulturowa odnosi się do wartości, przekonań,

Dlaczego jest to ważne w opiece zdrowotnej?
- *pomaga budować zaufanie i dobre relacje z pacjentami,*
- *usprawnia komunikację i zmniejsza ryzyko nieporozumień,*
- *zwiększa zadowolenie pacjentów i poprawia wyniki leczenia.*

zwyczajów i praktyk, które kształtują sposób życia danej osoby. Wpływa ona na to, jak ludzie postrzegają zdrowie, chorobę i opiekę medyczną.

Badanie tożsamości kulturowej w opiece zdrowotnej obejmuje cztery kluczowe kroki, które pomagają zrozumieć pacjenta w kontekście jego kulturowych uwarunkowań. Proces zaczyna się od **samorefleksji**, która wymaga rozpoznania własnych uprzedzeń i zrozumienia, w jaki sposób nasze kulturowe tło wpływa na postrzeganie pacjentów. Po każdej interakcji z pacjentem warto zastanowić się, jak kultura mogła wpłynąć na przebieg rozmowy. Następnie, w celu lepszego zrozumienia pacjenta, należy **zadawać otwarte pytania**, które zachęcają do dzielenia się swoimi przekonaniami i perspektywą, np. pytając o rodzinne podejście do choroby czy szczególne praktyki duchowe. Kluczowe jest również **uczenie się i obserwacja**, obejmujące zarówno komunikację niewerbalną, jak i zdobywanie wiedzy o kulturze społeczności, której świadczy się opiekę. Na końcu konieczne jest **dostosowanie opieki zdrowotnej** do potrzeb pacjenta, poprzez uwzględnienie jego praktyk kulturowych w planie leczenia i elastyczne podejście, które szanuje wierzenia oraz wartości (Strzemięczna, 2020).

W budowaniu relacji bardzo pomocne może być proste pytanie: **W czym mogę pomóc?** Niesie ono ze sobą silny ładunek emocjonalny, nie ograniczając się do żadnych szczególnych warunków kulturowych, społecznych czy indywidualnych. Zostało zaprojektowane w taki sposób, by mogło być zrozumiane i zastosowane przez każdą osobę, niezależnie od jej pochodzenia, tła kulturowego czy społecznego. W tym pytaniu chodzi o oferowanie wsparcia i pomocy w sposób otwarty, bez względu na jakiekolwiek różnice. To sformułowanie pokazuje szacunek dla potrzeb drugiego człowieka, niezależnie od tego, w jakim kontekście się on znajduje. Zamiast zakładać, że ktoś może potrzebować pomocy w określony sposób, pojawia się przestrzeń, by pacjent sam określił z jakiego powodu cierpi. Jest to wyraz uniwersalnej gotowości do zrozumienia i dostosowania się do różnych perspektyw i sytuacji.



Madeleine Leininger
Source: The South Swedish Medical History Society (SMHS)

Tego rodzaju sformułowanie wspiera ideę równości i szacunku dla odmienności. Pomaga w przełamywaniu barier, budowaniu mostów

między różnymi kulturami i społecznościami, ponieważ nie dyskryminuje, ale uwzględnia indywidualne potrzeby każdej osoby. To uniwersalne zaproszenie do interakcji, które wyraża gotowość do współpracy i wzajemnego zrozumienia, niezależnie od tego, z jakiego środowiska dana osoba pochodzi.

Madeleine Leininger, jako pielęgniarka i antropolog była jedną z pionierek rozumienia wpływu pochodzenia kulturowego na zdrowie i opiekę zdrowotną. Stworzyła teorię pielęgniarstwa transkulturowego, która podkreślała znaczenie uwzględniania kulturowego tła pacjentów w procesie leczenia. Jej badania z lat 50. XX wieku koncentrowały się na tym, jak istotne jest rozumienie aspektów kulturowych w kontekście opieki zdrowotnej, szczególnie w odniesieniu do zdrowia psychicznego dzieci (Leininger, 1981).

4.8. Kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby

Kultura odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zdrowia ludzkiego, wpływając na nie w różnych aspektach. Warto przyjrzeć się jej działaniu z trzech perspektyw, jako:

- **czynnika patogennego** – może podnosić ryzyko wystąpienia pewnych chorób, np. na skutek specyficznych nawyków żywieniowych, palenia tytoniu czy spożywania alkoholu,
- **czynnika aterapeutycznego** – może promować zachowania sprzyjające zdrowiu, takie jak tworzenie wspólnoty, wsparcie społeczne czy zdrowe nawyki żywieniowe,
- **czynnika patoplastycznego** – może istotnie wpływać na postrzeganie i wyrażanie objawów chorobowych, zwłaszcza w kontekście zaburzeń psychicznych. Na przykład objawy depresji mogą różnić się w zależności od kultury – w Ameryce Łacińskiej częściej mogą manifestować się jako bóle głowy, na Bliskim Wschodzie jako problemy kardiologiczne, a w Azji jako poczucie osłabienia (Grzymała-Moszczyńska, 2007).

Przykłady kulturowych uwarunkowań zdrowotnych:

- **Praktyki dietetyczne:** w hinduizmie panuje przekonanie o świętości wszystkich istot żywych, co prowadzi wielu wyznawców do przyjęcia diety wegetariańskiej. Unikanie spożywania mięsa, zwłaszcza wołowiny, wynika z szacunku dla życia i wierzeń religijnych. W Indiach krowy są szczególnie czczone, a ich mięso nie jest spożywane ze względu na religijne przekonania (Śmidowicz, 2016).
- **Spożycie alkoholu:** w krajach muzułmańskich, gdzie picie alkoholu jest zabronione, ryzyko wystąpienia chorób alkoholowych jest znacznie niższe. Kontrastowo: w krajach, gdzie spożycie alkoholu jest akceptowane, jak np. we Francji, ryzyko marskości wątroby wzrasta (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Zachowania seksualne:** normy kulturowe, które kształtują postawy wobec orientacji seksualnej, wieku zawierania małżeństw czy stosowania antykoncepcji, mają istotny wpływ na zdrowie seksualne. W kulturze romskiej powszechne są małżeństwa młodszych dziewcząt, co może nieść ze sobą określone konsekwencje zdrowotne (Krajewska-Kułak, 2010).

- **Modyfikacje ciała:** obrzezanie mężczyzn, które w niektórych kulturach ma wymiar religijny (judaizm, islam, niektóre plemiona afrykańskie), w innych regionach odbywa się z powodów niekoniecznie związanych z religią, jak to ma miejsce w USA (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Wpływ kultury na zdrowie psychiczne:** w przypadku schizofrenii paranoidalnej treść urojeń często odnosi się do kultury – osoby wyznające chrześcijaństwo i islam częściej doświadczają urojeń o charakterze religijnym, osoby z Azji mogą mieć urojenia o zdradzie, a mieszkańcy Afryki często zmagają się z urojeniami nawiązującymi do lokalnej społeczności (Krajewska-Kułak, 2010). Warto także zaznaczyć, że istnieją zaburzenia występujące wyłącznie w pewnych kulturach, jak koro – zaburzenie lękowe obserwowane głównie w południowo-wschodniej Azji, charakteryzujące się przekonaniem o kurczeniu się genitaliów (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Medycyna alternatywna i przekonania kulturowe:** w wielu społecznościach obecna jest silna wiara w medycynę tradycyjną, obejmującą zarówno domowe metody, jak i bardziej sformalizowane systemy medyczne, takie jak medycyna chińska czy ajurweda. Efektywność tych metod często jest uzależniona od norm społecznych oraz osobistych doświadczeń pacjentów (Klaus, 2007).

Wyzwania w praktyce medycznej

Złożoność wpływu kultury na zdrowie stawia przed praktykami medycznymi szereg wyzwań, które wymagają uwzględnienia kontekstu kulturowego w diagnostyce i terapii.

- **Dotyk i odsłanianie ciała:** w wielu kulturach kontakt fizyczny z określonymi częściami ciała osób odmiennej płci bywa postrzegany jako nieakceptowalny. Takie podejście może prowadzić do odmowy poddania się badaniom czy zabiegom medycznym (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Zgoda na procedury medyczne:** temat zgody na procedury medyczne, takie jak transplantacja organów, jest często skomplikowany. W niektórych społecznościach, które traktują takie działania jako niezgodne z ich przekonaniami religijnymi, problem ten nabiera szczególnego znaczenia. Może dotyczyć niektórych przedstawicieli grupy etnicznej Romów oraz np. niektórych wyznawców buddyzmu czy shintoizmu (Krajewska-Kułak, 2010).
- **Poczucie tożsamości płciowej:** do lat 60. XX wieku w debatach dotyczących płci dominowały pojęcia męskości i kobiecości, które traktowane były jako skrajne punkty jednego kontinuum. Uważano, że osoba może być albo kobieca, albo męska, niezależnie od tego, czy będzie to mężczyzna homoseksualny, czy kobieta homoseksualna – istotne było jedynie subiektywne poczucie własnej płci (Bem, 2010). Jednak Sandra Bem zakwestionowała ten tradycyjny sposób myślenia. Przyjęła, że męskość i kobiecość to dwa odrębne wymiary osobowości. W wyniku tego podejścia wprowadzono hipotezę o istnieniu jednostek androgynicznych, które mogą jednocześnie przejawiać cechy zarówno męskie, jak i żeńskie. Koncepcja Bem skupia się na dwóch kluczowych twierdzeniach dotyczących kształtowania tożsamości płciowej jednostki (Bem, 2010).

Rozważając pojęcia transseksualizmu, niebinarności oraz androgynii, warto uwzględnić kontekst społeczny, kliniczny i regulacje prawne w danym kraju. Badania naukowe z ośrodków zajmujących się tematyką tranzycji dostarczają cennych informacji na temat współczesnych trendów wśród młodzieży oraz medycznych konsekwencji związanych z kwestiami genderowymi. **Transseksualizm** odnosi się do osób, których tożsamość płciowa nie zgadza się z płcią przypisaną przy narodzinach. Osoby te najczęściej podejmują decyzje o przeprowadzeniu operacji korekcyjnych, korzystaniu z hormonalnej terapii zastępczej lub stosowaniu innych metod zmiany swojego wyglądu, by lepiej odzwierciedlać własną tożsamość płciową. Transseksualiści mogą identyfikować się jako mężczyźni lub kobiety, niezależnie od swojej biologicznej płci. Z kolei **osoby niebinarne** nie identyfikują się wyłącznie jako mężczyźni czy kobiety, lecz funkcjonują poza klasycznymi kategoriami płciowymi. Niebinarność postrzegana jest często jako continuum, a osoby niebinarne mogą używać różnych zaimków, takich jak „oni", „one" lub „ono". Natomiast **osoby androgeniczne** łączą w sobie cechy zarówno męskie, jak i żeńskie, jednak w różnych proporcjach. Mogą przejawiać typowe dla obu płci cechy, a także eksperymentować z różnorodnym stylem ubioru i zachowania. Osoby te starają się unikać sztywnego przyporządkowania do jednej płci, co pozwala im na swobodne eksplorowanie własnej tożsamości płciowej (Titelbaum, 2020).



Warto zauważyć, że te trzy terminy nie są wzajemnie wykluczające i mogą się wzajemnie nakładać. Osoba transseksualna może identyfikować się jako niebinarna lub androgeniczna, podobnie jak osoba niebinarna może być zarówno androgeniczna, jak i transseksualna. Zgodnie z najpopularniejszym i powszechnym podejściem, **niebinarność** to nazwa zbiorcza wszystkich tożsamości płciowych, które łączy wyjście poza binarny podział na płcie. Osoby niebinarne nie są ani kobietami, ani mężczyznami. Deklarują się często jako osoby **apłciowe** (agender), **neutralne płciowo** (genderneutral), jak i **płynne płciowo** (genderfluid). Termin ten obejmuje również osoby, które identyfikują się z więcej niż jedną płcią. W społeczności LGBTQ+ reprezentują zarówno litery T (transpłciowe), jak i Q (genderqueer) (Haak, 2020).

Osoby niebinarne są jednocześnie osobami transpłciowymi. Występuje u nich niezgodność między płcią biologiczną a tożsamością płciową. Niektóre z nich

doświadczają również dysforii płciowej. W 2019 roku słowo „niebinarny" zostało wyróżnione w słowniku Collins (Haak, 2020). Nie oznacza to jednak, że jest ono nowe – potwierdza raczej coraz większą świadomość społeczeństwa dostrzegającego różnorodność tożsamości płciowych i ich ekspresji. Termin genderqueer zyskał popularność w połowie lat 90. XX wieku. Riki Anne Wilchins jest ściśle związana z tym pojęciem, szczególnie dzięki jej znaczącemu wkładowi w wydaną w 2002 roku publikację *Genderqueer: Voices Beyond the Sexual Binary*. Już w 1995 roku ukazała się broszura *In Your Face*, w której Wilchins po raz pierwszy użyła terminu genderqueer. W tej publikacji odnosił się on do osób o złożonych lub nieokreślonych ekspresjach płci, co różni się od współczesnych definicji tego słowa (Wilchins, 1995).

Niebinarność płci, tak zwana **trzecia płeć**, w Europie Zachodniej funkcjonuje w ramach wybijającej się w ostatniej dekadzie kultury gender. Historycznie rozpowszechniona i udokumentowana jest w Afryce Środkowej, obu Amerykach, Azji oraz Oceanii. W Indiach, Bangladeszu i Pakistanie funkcjonuje grupa społeczna – hidźrowie. Należą do niej osoby przypisane do płci męskiej przy narodzinach (*assigned male at birth*, AMAB), ale funkcjonujące poza płcią męską. Większość hidźrów identyfikuje się poza binarnością płciową, mimo że ich wygląd jest stereotypowo kobiecy (Haak, 2020). Indyjscy hidźrowie stanowią prosty, popularny i najszerzej opisany przykład trzeciej płci, pełnoprawnie funkcjonującej w społeczeństwie.

Czytając o Amazonkach, kobietach, które dzielnie walczyły w wojnach, mamy jasny obraz tego, że płeć nie determinuje roli społecznej. W afrykańskim Beninie osoby uznawane przy narodzinach za kobiety (*assigned female at birth*, AFAB), przejawiające jednak cechy kulturowo przypisywane mężczyznom, były nazywane „mino" i walczyły w wojnach na równi z mężczyznami, nie mając dzieci i nie wchodząc w związki z mężczyznami (czego wymagano wówczas od kobiet). Obecnie w Beninie kobiety są odpowiedzialne za zadanie wymagające siły i precyzji, jakim jest noszenie wody, i tylko one mogą wykonywać tą czynność, jest ona zakazana wśród mężczyzn (Krzemińska, 2023).

W Ameryce Północnej coraz większą widoczność zyskują osoby spośród rdzennych Amerykanek i Amerykanów, które nazywają siebie **two-spirit** (Haak, 2020). Termin ten został wprowadzony przez Myrę Laramee w 1990 roku. Wywodzi się od pochodzącego z języka anishinaabemowin *niizh manidoowag*, co opisuje osobę obdarzoną cechami zarówno męskimi, jak i żeńskimi. Jednym z najczęściej przytaczanych znaczeń jest osoba, która posiada zarówno męskie, jak i żeńskie dusze (Jacobs et al., 2021). Niektóre plemiona uznają aż cztery płcie, inne mają własne nazwy płci.

Zagłębiając się w kulturowe znaczenie płci i funkcjonowania w obrębie jej nazywania czy poczucia, znajdziemy również takie ciekawostki, jak ta z Hawajów, gdzie przed ich kolonizacją istniało społeczeństwo wielopłciowe (Titelbaum, 2020).

W języku angielskim osoby niebinarne używają zwrotu „oni", a nie rodzaju żeńskiego lub męskiego. Takie podejście do osób niebinarnych zostało również wzmocnione przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, które radzi również, aby „they" w liczbie pojedynczej używać także, kiedy nie wiadomo, jak osoba się identyfikuje (Haak, 2020).

Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla skutecznej opieki zdrowotnej. Medycy i inne osoby związane z ochroną zdrowia powinny pamiętać, że pacjent to nie tylko ciało do wyleczenia, ale także zbiór wartości, norm i przekonań, które należy szanować w procesie leczenia. Tylko wtedy opieka zdrowotna będzie skuteczna i dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta. Uwzględnianie kulturowych różnic nie tylko poprawia jakość opieki, ale także wzbogaca zawód medyczny, pokazując, jak ważna jest empatia i szacunek w procesie leczenia.

Mechanizmy psychologiczne wpływające na kształtowanie relacji wielokulturowych w środowisku medycznym

Świadomość naszych uprzedzeń – podział na „swoich" i „obcych" jest zjawiskiem obecnym w każdej grupie społecznej, niezależnie od pochodzenia, hierarchii czy wartości, które wyznaje. Przypisywanie siebie do kategorii „my" oraz wskazywanie na „wy" lub „oni" to jeden z podstawowych mechanizmów, który pomaga ludziom orientować się w otaczającym ich świecie. Możliwe, że kluczowym źródłem tego zjawiska była potrzeba jednoznacznego identyfikowania grup, które stanowiły zagrożenie lub przynajmniej były obce, co wymagało ostrożności i podjęcia odpowiednich działań ochronnych. Świadomość bycia częścią „swoich" wytwarzała silne poczucie przynależności i bezpieczeństwa. Jako istoty społeczne, ludzie szczególnie wyrażają to w relacjach z innymi, podkreślając – często nieświadomie – swoją przynależność do danej wspólnoty (Citlak, 2018).

Błędy projekcyjne to zjawisko, w którym jednostka zakłada, że inni ludzie myślą i czują w sposób identyczny do niej. W psychologii mechanizm ten określany jest mianem „projekcji" i stanowi jeden z mechanizmów obronnych. Projekcja polega na przypisywaniu własnych myśli, emocji czy cech innym osobom, często opierając się na założeniu, że inni mają podobne przekonania czy odczucia. Jest to sposób, w jaki jednostka przenosi swoje wewnętrzne doświadczenia na zewnętrzne osoby lub sytuacje, zakładając, że ich postrzeganie i rozumienie świata jest zgodne z jej własnym. W rzeczywistości jednak każdy człowiek jest unikalny, ma odrębne procesy myślowe i percepcyjne, co sprawia, że postrzeganie rzeczywistości i emocji przez innych może różnić się od naszego. Zatem uznanie prawa każdej jednostki do posiadania własnego punktu widzenia i interpretacji świata stanowi fundamentalny element jej autonomii i godności (Bilewicz, 2014).

Innym terminem, który może być związany z tym zjawiskiem, jest **fałszywy konsensus**. To błąd poznawczy, w którym zakłada się, że większość ludzi myśli, czuje i postępuje w taki sam sposób jak my, zwłaszcza w sytuacjach, w których nasze własne przekonania lub zachowania nie są powszechnie podzielane (Chodkowski, 2017). Oba te mechanizmy mogą prowadzić do nieporozumień, ponieważ nie uwzględniają indywidualnych różnic w sposobie myślenia, odczuwania i postrzegania rzeczywistości.

Empatyczne spojrzenie na sytuację, a w szczególności kontekst funkcjonowania drugiego człowieka, zwłaszcza w odniesieniu do pacjenta, pomaga nam lepiej

zrozumieć jego punkt widzenia i perspektywę. Ludzie często popełniają **błędy atrybucyjne**, kiedy próbują zrozumieć zachowania innych, nie doceniając w pełni znaczenia czynników sytuacyjnych. Zamiast tego dochodzi do skupienia się na wewnętrznych cechach lub predyspozycjach osób, mimo że czynniki zewnętrzne mogłyby w zupełności wyjaśnić obserwowane zachowania. Tego rodzaju błąd nosi nazwę **błędu korespondencji** lub **podstawowego błędu atrybucyjnego**. Jest bardziej powszechny w kulturach zachodnich, takich jak Europa czy Stany Zjednoczone, niż w krajach Dalekiego Wschodu, co związane jest z różnicami w procesach socjalizacji i postrzeganiu sytuacji społecznych (Chodkowski, 2017).

Innym interesującym zjawiskiem związanym z błędami atrybucyjnymi jest **egotyzm atrybucyjny**. Objawia się on tym, że własne sukcesy tłumaczymy naszymi wewnętrznymi cechami, podczas gdy niepowodzenia przypisujemy czynnikom zewnętrznym. Taki sposób myślenia umacnia nasze poczucie odpowiedzialności za sukcesy, a jednocześnie minimalizuje naszą odpowiedzialność za porażki, co działa jak ochrona dla naszego „ja" oraz poprawia naszą samoocenę (Chodkowski, 2017).

Ostatnie stulecie dostarczyło wielu dowodów, potwierdzających tezy psychologów społecznych, dotyczące ogromnego, jeśli nie wręcz całkowitego, wpływu sytuacji na ludzkie działania. Druga wojna światowa ze swoimi przerażającymi wydarzeniami w postaci obozów koncentracyjnych oraz masowej eksterminacji, wstrząsnęła naszym dotychczasowym pojmowaniem ludzkiej natury. Trwająca od 2022 roku wojna na Ukrainie i odkrywane postępujące zło oraz niezliczone przypadki brutalności i okrucieństwa stają się kluczowymi punktami odniesienia w badaniach nad tym, jak sytuacja kształtuje zachowania jednostek. W tym miejscu warto wrócić do znanego eksperymentu, który bez wątpienia budzi kontrowersje, ale też wniósł wiele wiedzy o ludzkiej naturze. To **eksperyment więzienny** Philipa Zimbardo.



Philip Zimbardo
Source: Courtesy of Ferne Millen Photography. Accessed June 6, 2025, from https://philipzimbardo.com/

Badania Philipa Zimbardo były jedną z prób wyjaśnienia nowego zła (Zimbardo, 2017). Wnioski wyciągnięte z eksperymentu jasno sugerowały, że to sytuacje wynikające z panującego systemu są źródłem zła i przemian dobrych ludzi w istoty zdeprawowane i okrutne. Eksperyment Zimbardo – znany jako eksperyment więzienny Stanforda – miał na celu zrozumienie, jak szybka może być przemiana zwykłych osób w osoby sprawujące władzę lub padające jej ofiarą w wyniku określonych warunków społecznych. Uczestnikami eksperymentu byli studenci, którzy zostali poddani te-

stom osobowościowym i testom na inteligencję w celu eliminacji czynników mogących zakłócić przebieg eksperymentu. Głównymi założeniami podczas selekcji kandydatów były podobne wykształcenie, wiek, status społeczny, brak przeszłości kryminalnej oraz zaburzeń psychicznych. Z puli ochotników wybrano dwadzieścia cztery osoby, które miały stać się uczestnikami eksperymentu. Studenci zostali losowo podzieleni na dwie grupy: więźniów i strażników. Wyznaczono im specjalny ubiór, mający potęgować różnice między nimi; więźniowie nosili jednakowe koszule z wyszytymi numerami, natomiast strażnicy ubierali się w stroje przypominające ubiór żołnierzy, a ich specyficznymi atrybutami były pałki i okulary. Ci ze studentów, którym przypadła w udziale rola strażników, zostali poinstruowani o specyfice swoich ról. Mieli w jak najlepszy sposób sprawować nadzór nad więźniami, używając do tego odpowiednich środków. Jedynym warunkiem był całkowity zakaz przemocy fizycznej. Eksperyment został zaplanowany na dwa tygodnie, jednak ze względu na dramatyczny przebieg i siłę, z jaką uwydatniły się oczekiwane efekty, a także ze względu na zdrowie psychiczne i fizyczne studentów, przerwano go po tygodniu. W związku z wyraźnymi oznakami załamania nerwowego pierwszy student-więzień został zwolniony już po 36 godzinach.

Zimbardo uznał, że zmiana i patologiczne zachowania nie były wynikiem charakteru studentów, a czynników sytuacyjnych podtrzymywanych przez system – zdefiniowany jako warunki i ograniczenia postawione na początku eksperymentu. Zimbardo argumentował, że system, w którym funkcjonują jednostki, kształtuje ich postawy i zachowania, a ludzie są jedynie aktorami wcielającymi się w określone role, natomiast zachowania – skrypty behawioralne – są ściśle określone przez sytuacje, a zatem system. Jak mawiał Zimbardo: „System składa się z funkcjonariuszy i instytucji, których ideologia, wartości i władza stwarzają sytuacje oraz dyktują role i oczekiwania dotyczące aprobowanych zachowań aktorów w jego sferach wpływu" (Zimbardo, 2017). Teoria Zimbardo sugeruje, że jednostki, które pełnią określone role w danym systemie, nie są odpowiedzialne za swoje działania w tradycyjnym sensie, poddają się narzuconej im roli, a ich zachowanie jest wynikiem sytuacji, w której się znajdują, i oczekiwań, które nakłada na jednostki system czyli środowisko, w którym zostali umieszczeni z nadanymi im rolami (Zimbardo, 2017).

Pełnienie roli osoby interweniującej w obszarze zdrowia i udzielającej pomocy medycznej nadaje personelowi medycznemu szczególną przewagę sytuacyjną, rozpatrywaną w kategorii nadrzędności. Pacjent oraz jego najbliżsi powierzają nie tylko zdrowie, ale często również życie w ręce profesjonalistów. Taka relacja opiera się na wyjątkowym zaufaniu, co wiąże się z odpowiedzialnością za decyzje dotyczące najwyższej wartości, jaką jest ludzkie życie. W tym kontekście kluczowe jest pamiętanie, że pacjent nie jest przedmiotem leczenia, lecz jego podmiotem – człowiekiem o unikalnym pochodzeniu, kulturze, wierze, płci czy innych cechach definiujących jego tożsamość.

W związku z tym fundamentalne znaczenie ma pokonywanie wszelkich barier w dostępie do leczenia – od przeszkód formalnych po bariery komunikacyjne. Efek-

tywna opieka wymaga świadomości i otwartości na różnorodność pacjentów, co stanowi nieodzowny warunek skutecznego rozpoznania ich potrzeb oraz wdrożenia odpowiednich działań terapeutycznych. Bez zrozumienia indywidualnych uwarunkowań pacjenta trudno mówić o holistycznym i efektywnym podejściu do leczenia. Co więcej, niepodważalny jest wpływ psychicznego nastawienia pacjenta na proces leczenia i rekonwalescencji. Pozytywne nastawienie może znacząco wspierać wysiłki terapeutyczne, a jego kształtowanie wymaga empatii, zrozumienia i uwzględnienia specyfiki każdego pacjenta. Tylko poprzez świadome i otwarte podejście możliwe jest osiągnięcie optymalnych rezultatów w opiece zdrowotnej.

4.9. Rasizm i przemoc strukturalna jako determinanty zdrowia psychicznego – rola pracowników medycznych

Pojęcie rasy wyłoniło się w Europie w XVIII wieku, wraz z rozwojem kolonializmu i nauk przyrodniczych. Początkowo służyło klasyfikacji zwierząt, a następnie zostało przeniesione na ludzi. Uznawane jest dziś za jeden z najbardziej kontrowersyjnych konstruktów społecznych i naukowych w historii współczesnej (Smedley, 2005).

Zgodnie z definicją zawartą w Oxford Dictionary (2018), rasa to system klasyfikacji ludzi według dużych, wyodrębnionych grup populacyjnych, oparty na dziedzicznych cechach zewnętrznych (fenotypie), pochodzeniu geograficznym, kulturze, historii, języku, etniczności oraz statusie społecznym. Na początku XX wieku pojęcie to wykorzystywane było często w sensie taksonomicznym, by podkreślać genetyczne zróżnicowanie populacji ludzkich definiowanych przez cechy fenotypowe.

Klasyfikację ras zapoczątkował Carl Linneusz (1758), dzieląc ludzkość na cztery grupy: Europejczyków, Afrykanów, Azjatów i Amerykanów. Johann F. Blumenbach (1795) zaproponował inną typologię, obejmującą: rasę kaukaską, mongolską, malajską, etiopską i amerykańską. Co zaskakujące, klasyfikacje te nadal można spotkać we współczesnych źródłach. Postęp w dziedzinie genetyki człowieka wykazał jednak, że są to kategorie **arbitralne** i pozbawione podstaw biologicznych (Yudell, 2011).

UNESCO odegrało kluczową rolę w procesie eliminacji tego naukowego i społecznego konstruktu. W Deklaracji z 1950 roku organizacja ta stwierdziła jednoznacznie, że rasy nie istnieją w sensie biologicznym, lecz są konstruktami społecznymi, pozbawionymi podstaw genetycznych. W kolejnych deklaracjach UNESCO stanowczo odrzucało naukowe podstawy rasizmu – podobnie jak w 1978 roku, gdy potwierdzono nieistnienie ras biologicznych, poszerzając jednocześnie perspektywę o czynniki społeczno-historyczne. W dokumencie podkreślono: „Różnice w osiągnięciach między narodami wynikają z uwarunkowań geograficznych, historycznych, politycznych, ekonomicznych, społecznych i kulturowych, a nie z determinantów biologicznych". Dokumenty UNESCO, przetłumaczone na

osiemdziesiąt siedem języków, stały się inspiracją dla aktów prawnych, takich jak Międzynarodowa Konwencja w sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Rasowej (1965).

Współczesna antropologia proponuje zastąpienie pojęcia rasy terminami takimi jak populacja lub etniczność, by oderwać różnorodność ludzką od pseudobiologicznych hierarchii. Deklaracje UNESCO stanowią istotny punkt zwrotny w tym procesie. Przezwyciężenie rasizmu wymaga jednak nie tylko dowodów naukowych, ale również woli politycznej.

Rasizm jest uznanym czynnikiem ryzyka zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Oddziałuje nie tylko na jednostki, ale również na całe społeczności – na poziomie mikro (osobistym), mezo (instytucjonalnym) i makro (strukturalnym). Zrozumienie tych mechanizmów i ich konsekwencji jest kluczowe dla przyszłych pracowników ochrony zdrowia, którzy mają obowiązek zapewniać sprawiedliwą i kulturowo kompetentną opiekę.

Jak wykazują Schouler-Ocak i Moran (2023), rasizm przyjmuje różne formy – od uprzedzeń interpersonalnych i mikroagresji, po systemowe nierówności w dostępie do zatrudnienia, edukacji i usług zdrowotnych. Doświadczanie dyskryminacji rasowej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem **depresji, lęku, PTSD, zaburzeń psychotycznych** oraz **nadużywania substancji psychoaktywnych**. Autorzy wskazują także na **neurobiologiczne konsekwencje** przewlekłego stresu związanego z dyskryminacją, m.in. zmniejszoną objętość istoty białej i szarej mózgu oraz nadreaktywność ciała migdałowatego.

W innym opracowaniu Schouler-Ocak et al. (2021) podkreślają konieczność włączenia tematyki rasizmu do kształcenia i praktyki klinicznej w psychiatrii. Raport zawiera osiemdziesiąt siedem zaleceń dla klinicystów i decydentów politycznych, które mają na celu przeciwdziałanie wpływowi rasizmu na zdrowie psychiczne – od poziomu edukacji, przez badania naukowe, aż po praktykę terapeutyczną.

Jednym z kluczowych elementów jest rozpoznanie i przeciwdziałanie rasizmowi wewnętrznemu i instytucjonalnemu, a także krytyczna refleksja nad przywilejami społecznymi i kulturowymi. Jarvis et al. (2023) proponują konkretne strategie antyrasistowskie na trzech poziomach:

1. **mikro:** autorefleksja, rozpoznawanie osobistych uprzedzeń, rozwijanie kompetencji kulturowych, gotowość do rozmów o rasizmie z pacjentami,
2. **mezo:** reforma programów edukacyjnych, zatrudnianie osób odpowiedzialnych za równość i różnorodność, zmiany strukturalne w instytucjach,
3. **makro:** działania rzecznicze, reforma polityk publicznych, przeciwdziałanie przemocy strukturalnej i środowiskowej.

Włączenie tych perspektyw do kształcenia medycznego sprzyja kształtowaniu aktywnej postawy zawodowej, zgodnej z założeniami modelu EMPOWER, który promuje refleksyjność, sprawiedliwość i całościowe podejście do opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo

Banaszak, B., Bisztyga, A., Complak, K., et al. (2003). System ochrony praw człowieka. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.

Bem, S. (2000). Męskość i kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bugaj, J. M. (2012). Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych. W: M. Bugdol, J. Bugaj, & I. Stańczyk (Red.). Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Continuo, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, p. 75–102.

Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. Hygeia Public Health, 50(3), 435–440.

Citlak, A. (2018). Psychologiczne i językowe uprzedmiotowienie obcych (stereotypizacja i dehumanizacja wrogów). Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem, 40(4), 7–30. https://doi.org/10.19195/2300-7249.40.4.1.

Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W: W. Klaus (Red.). Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, p. 129–148.

Haak, D. (2020). Niebinarność oraz język neutralny płciowo. Centrum Terapii Haak.

Jacobs, S. E., Thomas, W., & Lang, S. (1997). Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality. University of Illinois Press, Urbana and Chicago. https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-07-22_60f978648ad9b_3175882.pdf [7.03.2025].

K. Klaus (Red.). (2007). Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.

Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., & Kędziora-Kornatowska, K. (2010). Problemy wielokulturowości w medycynie. Warszawa: PZWL.

Krzemińska, A. (2023). Kobiece ramię zbrojne, czyli co wiemy o wojowniczkach z Dahomeju. Projekt Pulsar. https://www.projektpulsar.pl/czlowiek/2202236,1,kobiece-ramie-zbrojne-czyli-co-wiemy-o-wojowniczkach-z-dahomeju.read [7.03.2025].

Leininger, M., McFarland, M. (2002). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice. McGraw-Hill Education.

Murphy, J. (2013). Health and Human Rights. Oxford-Portland-Oregon.

Stawicka, I. (2024). Dyskryminacja w środowisku medycznym jest poważnym problemem. Prawo.pl. https://www.prawo.pl/zdrowie/dyskryminacja-w-srodowisku-medycznym,530399.html [7.03.2025].

Strzemięczna, M. (2021). Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców: Badania na terenie województwa mazowieckiego. Open. Repozytorium Otwartych Publikacji Naukowych.

Sztejnberg, A. (2001). Podstawy komunikacji społecznej w edukacji. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Śmidowicz, A. (2016). Kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych. Kosmetologia Estetyczna, 5(2), 163–168.

Tabaszewski, R. (2016). Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Titelbaum, J. (2020). The Evolution of Gender and Gender Identity in Contemporary Society. Lectures on the Psychology of Women. McGraw-Hill Education.

Wilchins, R. A. (1995). In your face. Digital Transgender Archive, 1–4. https://www.digitaltransgenderarchive.net/downloads/1831ck00f [7.03.2025].

Zimbardo, P. (2017). Efekt Lucyfera (A. Cybulko, J. Kowalczewska, J. Radzicki, tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Refleksja końcowa: Znaczenie tożsamości kulturowej w ochronie zdrowia i modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten ukazuje, że tożsamość kulturowa nie jest pojęciem marginalnym w medycynie, lecz stanowi fundament etycznej, skutecznej i zorientowanej na pacjenta opieki zdrowotnej. Uznając rolę wartości, przekonań i tradycji kulturowych w kształtowaniu doświadczeń pacjentów oraz ich postrzegania zdrowia i choroby, treść rozdziału w pełni wpisuje się w założenia modelu EMPOWER, w szczególności w obszary: **wielokulturowości, dobrostanu, profesjonalizmu i zasobów edukacyjnych**.

Podkreślenie konieczności traktowania pacjenta jako podmiotu, a nie przedmiotu opieki, wzmacnia postulat modelu EMPOWER dotyczący godności, autonomii i partnerskiej relacji między pacjentem a personelem medycznym. Studentom i profesjonalistom przypomniano, że skuteczność interwencji terapeutycznych zależy nie tylko od kompetencji klinicznych, lecz także od wrażliwości kulturowej, wzajemnego szacunku i otwartej komunikacji. Jest to spójne z zaangażowaniem modelu EMPOWER w promowanie empatii, równości i praw człowieka jako nieodłącznych elementów praktyki medycznej.

Omówienie w rozdziale ukrytych uprzedzeń, błędów atrybucji oraz mechanizmów projekcji rzuca światło na psychologiczne procesy, które często pozostają niezauważone w kontaktach klinicznych. Nierozpoznane i nieuwzględnione mechanizmy tego typu mogą prowadzić do nieporozumień, błędów diagnostycznych oraz obniżenia jakości opieki. Model EMPOWER zachęca do rozwijania samoświadomości i praktyk refleksyjnych, które pozwalają identyfikować i ograniczać tego rodzaju uprzedzenia, wspierając dokładniejszą, bardziej szanującą i inkluzywną komunikację.

Co więcej, rozdział rozwija temat systemowego rasizmu i przemocy strukturalnej, wzmacniając perspektywę EMPOWER, zgodnie z którą sprawiedliwa opieka zdrowotna wymaga nie tylko świadomości interpersonalnej, ale również zmian instytucjonalnych. Uznając rasizm za jeden z determinantów zdrowia psychicznego, tekst apeluje o działania na trzech poziomach: mikro (indywidualnym), mezo (organizacyjnym) i makro (politycznym) – czyli dokładnie w takim wymiarze, jaki promuje model EMPOWER.

Wreszcie, integrując wiedzę z zakresu pielęgniarstwa transkulturowego, globalnych ram praw człowieka oraz psychologii społecznej, rozdział dowodzi, że opieka oparta na kompetencjach kulturowych to nie tylko imperatyw moralny, ale również praktyczna konieczność. Takie podejście przygotowuje studentów nie tylko do pracy z populacjami zróżnicowanymi kulturowo, ale także do pełnienia roli aktywnych uczestników zmian systemowych, działających na rzecz sprawiedliwości, inkluzywności i integralności w systemach ochrony zdrowia.

W ten sposób rozdział oferuje nie tylko konceptualne podstawy, lecz również konkretną ścieżkę wdrażania modelu EMPOWER w edukacji klinicznej i praktyce, promując holistyczną, sprawiedliwą i zorientowaną na człowieka opiekę medyczną.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Multi Culti Med

Rozdział 5

Kompetencje międzykulturowe:

zmiana perspektywy i refleksyjność

MARIA ANNA MARCHWACKA
Ostfalia Hochschule fur angewandte Wissenschafen (Germany)

> **Chodzi o zmianę perspektywy i kompetencje refleksyjne!**

5.1. Wprowadzenie

W opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie różnorodność nie jest tylko rzeczywistością – to kluczowy element praktyki zawodowej. Każda interakcja, czy to z pacjentami, kolegami z pracy, czy opiekunami, jest kształtowana przez różne tła kulturowe, wartości i style komunikacji. Choć ta różnorodność wzbogaca system opieki zdrowotnej, wymaga również rozwinięcia zwiększonej świadomości jak czynniki kulturowe wpływają na opiekę. Nieporozumienia – zarówno językowe, jak i kulturowe – mogą utrudniać podejście skoncentrowane na pacjencie, a w niektórych przypadkach nawet zagrażać jego bezpieczeństwu. Jak możemy, jako profesjonaliści z zakresu ochrony zdrowia, stać się bardziej wrażliwi na różnice kulturowe? Jak rozwijać zdolność do zmiany perspektywy i refleksji nad własnymi uprzedzeniami? Ten rozdział omawia pojęcia migracji, kultury i międzykulturowości z perspektywy edukacyjnej. Podkreśla znaczenie **refleksyjności, wrażliwości i zdolności do przyjmowania różnych perspektyw** jako niezbędnych elementów kompetencji międzykulturowych. Przedstawia również podejście dydaktyczne, które wspiera profesjonalistów w rozpoznawaniu własnych wpływów kulturowych, kwestionowaniu założeń i angażowaniu się w znaczące interakcje z osobami z różnych środowisk.

*Kompetencje międzykulturowe w opiece zdrowotnej to nie sztywne zasady, ale rozwijanie **samorefleksyjnego**, elastycznego sposobu myślenia, który sprzyja inkluzywnej, **skoncentrowanej na pacjencie opiece**.*

Kompetencje międzykulturowe, w połączeniu z pokorą kulturową, nie odnoszą się jedynie do opanowania zestawu wcześniej ustalonych zasad. Jest to kształtowanie otwartego, samorefleksyjnego sposobu myślenia, który pozwala nam dostosowywać się, uczyć i rozwijać w coraz bardziej zglobalizowanym świecie. Akceptując ten proces, możemy przyczynić się do rozwoju systemu opieki zdrowotnej, który będzie nie tylko profesjonalny i efektywny, ale także naprawdę inkluzywny i skoncentrowany na człowieku. Rozpocznijmy tę podróż refleksji i nauki, kształtując przyszłość, w której różnorodność będzie postrzegana nie jako wyzwanie, ale jako siła.

5.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- rozwoju wrażliwości kulturowej w kontekście interakcji z pacjentem,
- zwiększenia efektywności pracy w zespołach interdyscyplinarnych i międzykulturowych w różnych placówkach opieki zdrowotnej,
- skutecznych i wrażliwych kulturowo technik komunikacyjnych w kontekście wielokulturowej opieki nad pacjentem,
- zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta przy uwzględnieniu różnorodności kulturowej,
- rozwoju zróżnicowanej organizacji opieki zdrowotnej.

5.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

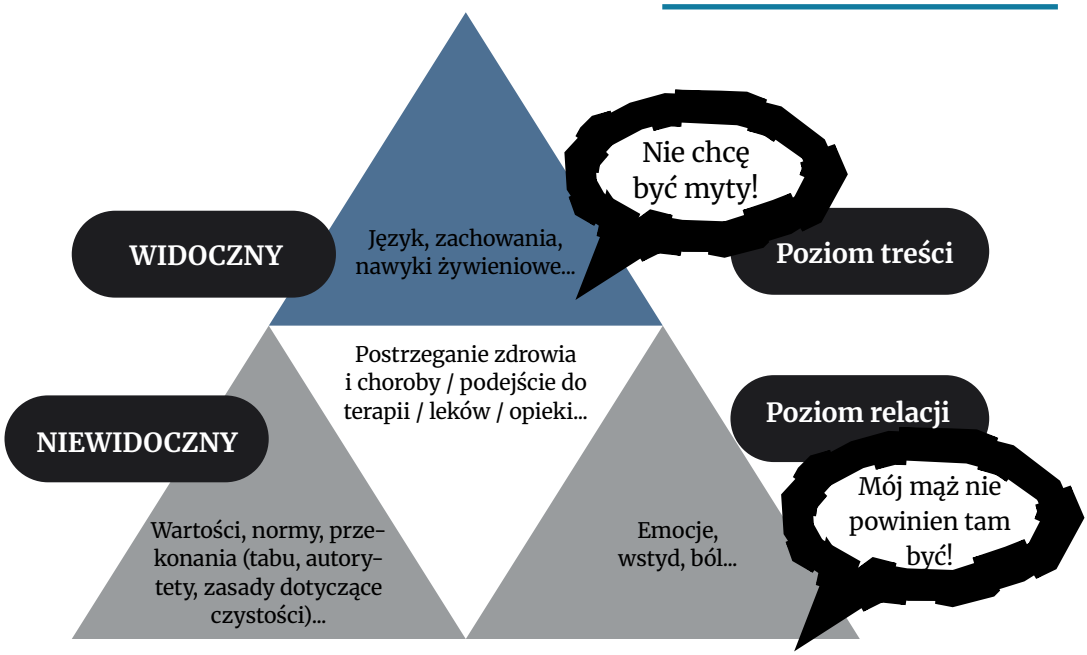
- spojrzeć refleksyjnie na kwestie dotyczące własnej perspektywy,
- przyjmować różne perspektywy,
- identyfikować synergię między perspektywami,
- zmieniać perspektywy i przyjmować różne punkty widzenia.



5.4. Kultura – odniesienia kulturowe i intersekcjonalność

Pojęcie kultury było przedmiotem wielu różnych dyskursów naukowych. Podejścia badawcze sięgają do antropologa kulturowego Malinowskiego, pioniera badań terenowych w etnografii (1932). Antropolodzy kulturowi Kroeber i Kluckhohn (1952) przedstawiają kompleksowy przegląd wielu definicji i jednocześnie odnoszą się do dynamicznego pojęcia kultury, którego podejście uznawane jest za „teorię wzorców kultury", tj. kultura zakłada rozwój i zmiany. Obecnie, w zależności od dyscypliny, termin „kultura" koncentruje się na różnych perspektywach, zależnie od paradygmatów naukowych (Hansen, 2000; Bolten, 2007; Moosmüller, 2007; Straub, 2004).

Kultura danej grupy opiera się na systemie zbiorowej wiedzy, który nadaje grupie poczucie celu i tożsamości. Jednocześnie jest wypełniona symbolami, znakami i konwencjami, których przyswajanie odbywa się w trakcie procesu socjalizacji. Niemniej te symbole, znaki i konwencje nie są stałe; raczej mogą być interpretowane i elastycznie przeżywane przez jednostki (Marchwacka, 2021). W związku z tym kultura nie może być statyczna i nie sprzyja pełnej zgodzie co do kulturowego systemu norm, ponieważ kultura nie jest jednorodna. Jest raczej charakteryzowana przez sprzeczności i nakładanie się różnych wymiarów (wiek, język, status edukacyjny, etniczność, zawód itp.). Nakładająca się na siebie interkulturalność między „ja" a „innym" lub „innością", jak zostało ujęte w koncepcji Bennetta (2016) i Bennetta (2004), jest widoczna prawie we wszystkich aspektach opieki zdrowotnej i opieki społecznej w wielokulturowym społeczeństwie. Widoczne aspekty, takie



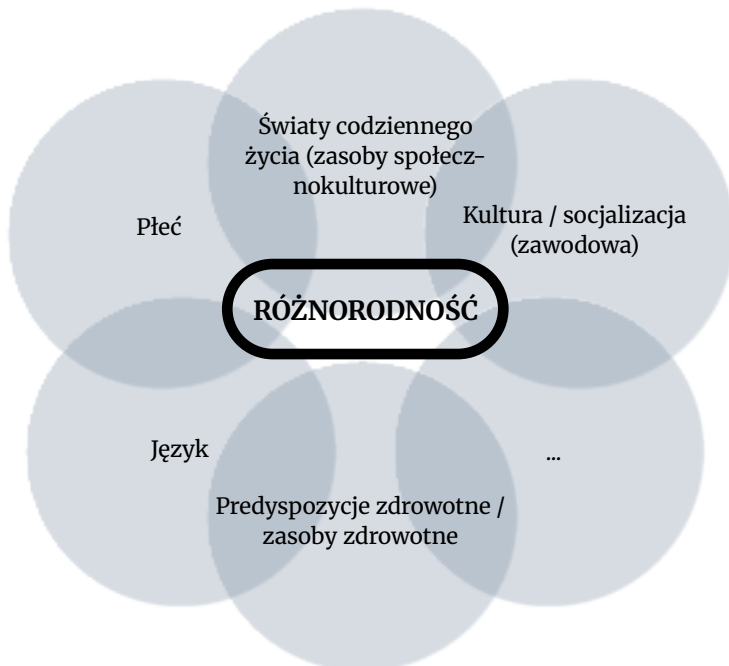
Ryc. 5.1. Aspekty kulturowe i poziomy refleksji (Marchwacka, 2021, 2022)

jak umiejętności językowe czy nawyki żywieniowe, są przede wszystkim dostrzegane w codziennym życiu, podczas gdy wartości, normy i przekonania pozostają w dużej mierze ukryte. W kontekście wrażliwości kulturowej te ukryte aspekty wymagają wyraźnego zbadania w kontakcie z inną osobą i jej perspektywą. Niewidoczne aspekty stanowią największe wyzwanie dla odpowiedniej komunikacji i budowania relacji, które są podstawą pracy w opiece zdrowotnej (patrz rys. 1). Takie interakcje mogą prowadzić do nieporozumień, poczucia niepewności, a czasami frustracji z powodu nieoczekiwanych reakcji, przekonań i systemów wartości, gdy osoby z różnych orientacji kulturowych stają w obliczu braku zrozumienia i niepewności, konfrontując się z perspektywami, które odbiegają od ich własnych.

Przeplatanie się „ja" i „inności", a także różnorodność kulturowych odniesień jednostki, sugerują, że dokonują się odmienne różnicowania w zależności od partnera interakcji, a granica między nimi nie jest jednolita ani jednoznaczna. Płeć, zasoby, wiek i subkultury ujawniają zjawisko nakładania się w obrębie jednej grupy etnicznej lub kultury językowej. Aby zobrazować ten punkt, rozważmy hipotetyczny oddział onkologiczny. Oddział może leczyć starszą pacjentkę, której językiem ojczystym jest turecki i która często jest odwiedzana przez swoją rodzinę, a także samotną bizneswoman mówiącą po rosyjsku, która, pomimo swoich zasobów socjo-kulturowych, może nie mieć wsparcia ze strony członków rodziny z powodu ich międzynarodowego miejsca zamieszkania. Kolejny może być niepełnoletni pacjent z Afganistanu, który ma jedynie podstawowy poziom zrozumienia lokalnego języka. Doświadczenia życiowe pacjentów sugerują różne procesy socjalizacyjne i zasoby, mimo ich doświadczeń migracyjnych i przy-

należności do arbitralnie skonstruowanej grupy „migrantów". Ponadto osoby te doświadczają różnych możliwości uczestnictwa i, w niektórych przypadkach, mechanizmów rozróżniania. Warto zauważyć, że bariery językowe wynikające z niewystarczającej znajomości języka lokalnego mogą utrudniać komunikację, prowadząc do poczucia bezsilności, a w konsekwencji do stresu (Kürsat-Ahlers, 2000). Zjawisko to występuje nawet wśród osób z wyższym poziomem wykształcenia, podkreślając wyzwania związane z różnicami językowymi w komunikacji. To zagrożenie często rodzi poczucie niezadowolenia, a także poczucie bezradności w obliczu niemożności artykulacji i spełnienia językowych oczekiwań. Warto zauważyć, że specjaliści z zagranicy często napotykają to zjawisko. Wynika to często z ich słabszej znajomości języka lokalnego, przez co ich specjalistyczna wiedza – szczególnie w obszarach takich jak wywiad lekarski i doradztwo – nie jest skutecznie artykułowana, a w konsekwencji jest niedostrzegana.

„Osie różnicy" (Knapp, 2008) można sklasyfikować jako pionowe (rodowity obywatel kraju/obcokrajowiec) lub „poprzeczne" (heteroseksualny/homoseksualny). Te osie mogą generować efekty trzecie poprzez przesunięcia i zniekształcenia, co prowadzi do powstawania „przestrzeni pośrednich" (Dietze, 2008). Aby zilustrować to zjawisko, możemy rozważyć przykład tureckiego lekarza, który doświadcza dyskryminacji zarówno w sferze społecznej, jak i zawodowej (ze względu na język i kulturę). Jednak lekarz ten może jednocześnie nie dostrzegać codziennych doświadczeń związanych z mechanizmami wyróżniania, takich jak status spo-



Ryc. 5.2. Różnorodność i wzajemne zależności (własny projekt na podstawie Mecheril i Seukwa, 2006; Bourdieu, 1982)

łeczno-ekonomiczny (lekarz), płeć i status edukacyjny (akademicki), w obrębie własnego środowiska społeczno-ekonomicznego.

Z kolei przyjęcie perspektywy intersekcjonalnej jako myślenia „integralnego" (Walgenbach, 2007) ma potencjał do ułatwienia produktywnej autocenzury hegemonii (Dietze, 2008) i umożliwia uwzględnienie jednostek jako złożonych bytów składających się z różnych pól opartych na władzy lub marginalizujących różnic (Grewal i Kaplan, 1994). Należy koniecznie rozpoznać, że kategorie intersekcjonalne nie powinny być traktowane jako wrodzona istota, lecz raczej jako kategorie zależne od kontekstu, które są podatne na zmiany w zależności od granic czasowych i geograficznych (Dietze, 2008).

Koncepcja różnorodności kulturowej w opiece zdrowotnej nie jest statyczna; kształtuje ją szereg dynamicznych i przecinających się czynników, takich jak język i socjalizacja. Ważne jest, aby zauważyć, że skuteczna komunikacja interkulturowa wymaga świadomości zarówno widocznych, jak i niewidocznych elementów kulturowych, ponieważ sprzyja to opiece skoncentrowanej na pacjencie. Różnice w ramach intersekcjonalności – takie jak status społeczno-ekonomiczny, płeć i etniczność – wpływają na dynamikę władzy oraz możliwości uczestnictwa w systemie opieki zdrowotnej. Należy włączyć naukę interkulturową i zarządzanie różnorodnością do kształcenia zawodowego medyków, aby poprawić bezpieczeństwo pacjenta i zdolność instytucji do adaptacji.

Podsumowując, spotkania w obszarze zdrowia i opieki zdrowotnej z różnorodnymi afiliacjami i różnorodnością kulturową należy traktować jako procesy uczenia się i edukacji w ramach profesjonalnych środowisk pracy. Interakcje w profesjonalnych środowiskach odbywają się w różnych rolach (np. fizjoterapeuta, terapeuta, pacjent, klient) i są osadzone w strukturach społecznych (np. kliniki, ośrodki rehabilitacyjne), a także ograniczone przez struktury władzy, hierarchie oraz ograniczenia ekonomiczne. Procesy negocjowania tych różnych czynników mogą – i powinny – być włączane do szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia i profesjonalistów. Nauka interkulturowa jest istotnym elementem kształcenia zawodowego, szczególnie w odniesieniu do orientacji na pacjenta i jego bezpieczeństwa. W tym kontekście spotkania, które umożliwiają zrozumienie intersekcjonalne, mogą być uznane za przełomowe, ponieważ ujawniają problemy komunikacyjne, które mogą przyczynić się do refleksji nad własną tożsamością i rolą, a także zdolnością instytucji do rozwoju jako organizacji uczącej się. W obliczu tych wyzwań kluczowe jest rozwijanie kompetencji interkulturowych na poziomie indywidualnym oraz zarządzania różnorodnością na poziomie strukturalnym, zastępując monokulturową orientację, która tradycyjnie charakteryzowała placówki ochrony zdrowia.

5.5 Różnorodność kulturowa: Przykład Niemiec

Różnorodność kulturowa ludności charakteryzuje się współwystępowaniem wielu języków, religii i przekonań. Przykładem takich społecznością są kraje z wy-

sokim wskaźnikiem imigracji, takie jak Niemcy. Powody migracji mogą być różnorodne, obejmują motywy ekonomiczne, polityczne i rodzinne, a także różne poziomy zasobów. W badaniach migracyjnych często omawia się pojęcie „czynników pchających i przyciągających" (Bade i Oltmer, 2004). Czynniki pchające to m.in. wojny, bieda, głód i niewystarczające systemy opieki zdrowotnej. Z kolei czynniki przyciągające związane są z obietnicą lepszej przyszłości, możliwościami rozwoju oraz dostępem do edukacji.

Znaczący obszar badań w naukach edukacyjnych dotyczy biograficznych trajektorii edukacyjnych oraz równych szans w systemach edukacyjnych. Ta dziedzina koncentruje się na nierównościach w dostępie do edukacji, strukturach władzy oraz instytucjonalnej dyskryminacji, ujawniając istnienie tych kluczowych problemów (Gogolin, 2019; Toprak i Weitzel, 2017). W rezultacie pojawiają się wezwania do równości w edukacji, zarządzania różnorodnością i podnoszenia kompetencji międzykulturowych, które nie ograniczają się tylko do systemów edukacyjnych, ale obejmują wszystkie struktury społeczeństwa migracyjnego, które dostrzega różnorodność i ceni inkluzywność. Zgodnie z mikrospisem, 79% osób mieszkających w Niemczech nie ma tła migracyjnego, podczas gdy 21% ma, z czego 11% to Niemcy, a 10% to cudzoziemcy bez niemieckiego obywatelstwa (Federalny Urząd Statystyczny, 2022). Wśród dzieci poniżej piątego roku życia, odsetek ten wynosi około 40% (Federalny Urząd Statystyczny, 2022). Sektor opieki zdrowotnej w Niemczech doświadcza ciągłego napływu zagranicznych profesjonalistów, a odsetek pracowników z tłem migracyjnym w zawodach medycznych szacuje się na 15%. Największy odsetek tych profesjonalistów pracuje w obszarze opieki nad osobami starszymi, stanowiąc 23% (Federalny Urząd Statystyczny, 2022).

W statystykach dotyczących opieki zdrowotnej grupa „migrantów" jest traktowana albo jako jednorodna, albo różnicowana według dwóch kategorii – „nie-Niemcy" i „osoby z tłem migracyjnym" (RKI). Choć taka kategoryzacja jest istotna, należy podchodzić do niej z wrażliwością i analizować ją krytycznie, ponieważ wiąże się z ryzykiem dychotomizacji – „my" (Niemcy) vs. „oni" (migranci). Budowanie konstrukcji grupy etnicznej i postrzeganie jej szczególnych cech często jest potwierdzane i wzmacniane przez wyniki statystyczne, a czynniki ryzyka zdrowotnego, takie jak zachowania uzależniające (np. picie alkoholu) czy otyłość, są rejestrowane według przynależności etnicznej (np. młodzież rosyjska lub turecka). Niemniej jednak dane rzadko są różnicowane według takich czynników, jak czas migracji, zasoby społeczno-ekonomiczne czy inne zmienne (np. język i płeć) (Marchwacka, 2013). W rezultacie tego typu raportowanie może prowadzić do stworzenia koncepcji jednorodności grup migrantów i wzmacniać dychotomizację.

Społeczna konstrukcja „osób z tłem migracyjnym" nie odzwierciedla jednorodnego zjawiska, ponieważ nie można oczekiwać jednolitego obrazu ich życia. Zamiast tego, migrację należy rozumieć jako dynamiczny proces, który różni się, mimo pewnych biograficznych podobieństw, w tym:

- doświadczenia dorastania w społecznościach etnicznych, gdzie jednostki czerpią poczucie bezpieczeństwa z jedności grupy,

- doświadczenia dorastania w dwóch kulturach językowych: języku ojczystym rodziców i niemieckim środowisku. Język ojczysty rodziców podkreśla poczucie przynależności, które odgrywa istotną rolę w kształtowaniu tożsamości.

Ponadto uznanie synergicznych efektów różnorodności kulturowej w postaci hybrydowych tożsamości możliwe jest dzięki dorastaniu w rodzinach dwukulturowych lub trójjęzycznych (Marchwacka, 2022). Przebieg procesów migracyjnych może być kształtowany przez zasoby językowe, jak również zasoby socjo-kulturowe i ekonomiczne. Na przykład biegłość w języku angielskim jako języku ojczystym może stanowić zasób ułatwiający procesy migracyjne. Co więcej, status edukacyjny uzyskany przed migracją do Niemiec lub status edukacyjny rodziców, może wpływać na rozwój jednostki i jej udział w życiu społecznym (Marchwacka, 2013). Z kolei wykwalifikowani pracownicy, którzy mają zaawansowaną znajomość języka niemieckiego oraz wysokie kwalifikacje edukacyjne, ale nie mają sieci rodzinnych, szkolnych czy studenckich, mogą napotkać trudności w integracji społecznej, co może prowadzić do poczucia izolacji. Dodatkowo, zagraniczni wykwalifikowani pracownicy napotykają bariery w odpowiednim uznaniu swoich kwalifikacji (Döring, 2019; Best et al., 2019), co stanowi ograniczenie w integracji zawodowej. Teoretyczne i praktyczne kwalifikacje zdobyte za granicą napotykają w Niemczech nową rzeczywistość, np. w zakresie systemów opieki i dokumentacji, jak również obszarów odpowiedzialności, kompetencji i metod pracy. Wykazano, że prowadzi to do zamieszania i niezadowolenia wśród członków zespołu (Schilgen et al., 2019).

Migracja nie jest zjawiskiem jednorodnym; jest to dynamiczny proces, na który wpływają czynniki językowe, socjo-kulturowe i ekonomiczne. Czynniki te kształtują indywidualne doświadczenia i integrację zawodową.

Zaleca się zatem, aby termin „migranci" traktować jako grupę heterogeniczną, zwracając uwagę na indywidualny potencjał rozwojowy, zasoby i procesy migracyjne, które wpływają na socjalizację, w tym socjalizację zawodową. W świetle coraz bardziej zróżnicowanych procesów migracyjnych oraz rosnącej liczby pacjentów, klientów i mieszkańców z tłem migracyjnym, sektory opieki zdrowotnej i społecznej stoją przed wyzwaniem uwzględnienia różnorodności wśród studentów, profesjonalistów, pacjentów i klientów (Schilgen et al., 2019). Należy do tego podejść w duchu społeczeństwa inkluzyjnego i opieki skoncentrowanej na pacjencie. Dyskurs powinien przesunąć się z integracji, która często postrzegana jest jako deficyt, na inkluzję, która podkreśla równy udział i zaangażowanie wszystkich jednostek, niezależnie od ich możliwości i ograniczeń, ról płciowych, tła językowo-kulturowego i etnicznego, środowisk społecznych, orientacji seksualnych czy przekonań polityczno-religijnych (Hinz, 2015).

Systemy opieki zdrowotnej i edukacyjne muszą przejść od perspektywy integracji – często postrzeganej jako deficyt – do podejścia opartego na inkluzji. Takie podejście zapewnia równy udział i docenia różnorodność we wszelkich jej formach.

5.6. Edukacja wielokulturowa jako proces interakcji

Interkulturowość definiowana jest jako proces interakcji, który powstaje w wyniku kontaktu kulturowego, a charakter procesu sytuacji interakcyjnej określany jest jako „interkultura" (proces „pomiędzy") (Bolten, 2007). W obszarze edukacji studentów medycyny i nauk o zdrowiu, interkultura może być rozumiana jako wieloaspektowy proces uczenia się, który obejmuje nabywanie umiejętności oraz rozwijanie postawy do rozumienia i bycia rozumianym przez innych, pielęgnowanie relacji opartych na wzajemnym uznaniu i szacunku, interakcję w sposób zorientowany na pacjenta i komunikatywny oraz zarządzanie konfliktami za pomocą środków argumentacyjnych. Zrozumienie dynamiki interkulturowej powinno stanowić zasadniczą podstawę zachowań komunikacyjnych.

Aspekty te obejmują zdolność do:

- rozpoznawania intencji jednostki,
- uchwycenia znaczenia,
- zrozumienia znaczenia w kontekście,
- rozumienia obcego języka,
- identyfikowania przyczyn i rozpoznawania zjawiska,
- rozwijania zrozumienia ludzi i ich sytuacji (Heringer, 2004).

Leczenie i opieka nad osobami z ich indywidualnymi potrzebami oraz w ich specjalnej roli jako pacjentów wymaga zrozumienia w sensie hermeneutycznym (sztuka interpretacji według Gadamera, 1972). W tym kontekście język jako medium komunikacji pozostaje w centrum uwagi w procesie zrozumienia. Nauka interkulturowa obejmuje zarówno język służący do komunikacji werbalnej (jak niemiecki, angielski, włoski i inne języki), ale także elementów niewerbalnych i parawerbalnych, które mogą stanowić wyzwanie, szczególnie w kontekście relacji interpersonalnych. Na przykład to, w jaki sposób rozpoczyna się rozmowa, jak wymawiane są imiona, czy stosowane są odpowiednie formy grzecznościowe, czy używane są dialekty, może znacząco wpłynąć na rozwój pozytywnej relacji lub prowadzić do irytacji. Ponadto charakter interakcji jest kształtowany przez różne czynniki, w tym np. wiek pacjenta lub klienta, umiejętności językowe, specyficzne okoliczności opieki lub leczenia oraz kontekst interakcji (np. szpital czy ośrodek rehabilitacyjny). Czynniki te odgrywają kluczową rolę w rozwoju i utrzymaniu komunikacji oraz relacji, które mają ogromne znaczenie w kontekstach interkulturowych związanych z zapewnieniem opieki zdrowotnej.



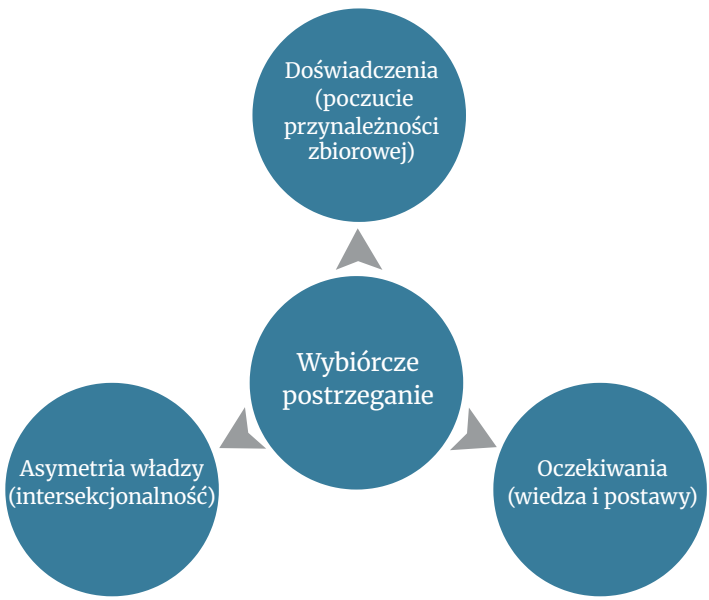
Auernheimer (2003, 2008) wyróżnia cztery kluczowe czynniki wpływające na komunikację interkulturową:

- asymetria władzy,
- doświadczenia zbiorowe,
- percepcja własna i zewnętrzna,
- wzorce kulturowe.

Asymetria władzy: Pacjenci spotykają się z rolami, które są im przypisane jako respondentom w działaniu komunikacyjnym (podczas leczenia, interwencji lub procesu opieki), co ogranicza ich autonomię i jednocześnie uwypukla nierówność sił. Wyraźna asymetria władzy utrudnia zaangażowanie, a dodatkowo potęguje ją brak zrozumienia systemu opieki zdrowotnej lub języka.

Doświadczenia zbiorowe: Postawy i oczekiwania pacjentów wobec opieki, lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia są kształtowane przez ich osobiste doświadczenia, a także doświadczenia członków rodziny, przyjaciół czy znajomych.

Percepcja własnej osoby i percepcja innych: Selektywna percepcja innych w określonych okolicznościach może prowadzić do esencjalizmu kulturowego i generalizacji. W kontekście klinicznym postrzeganie personelu medycznego przez pacjentów jest kształtowane przez obawy, lęki i rezygnację, co prowadzi do generalizacji indywidualnych doświadczeń (np. spostrzeżony brak czasu na zadawanie pytań, ograniczona komunikacja, pośpieszne interakcje mogą zostać zgeneralizowane w opinię, że personel pielęgniarski nie poświęca czasu pacjentom lub ich nie słucha). Zaangażowanie i związane z nim emocje mogą również wpływać na relację między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia, a także na budowanie zespołu interdyscyplinarnego.



Ryc. 5.3. Konstrukcja „Ja/My vs. Inni" i postrzeganie społeczne

Różnice we wzorcach kulturowych: Wzorce kulturowe kształtowane są przez wspólne doświadczenia, a nie przez narodowe pochodzenie, i pozostają pod wpływem postaw życiowych, kontekstów społeczno-kulturowych, używanego języka i innych. W związku z tym wzorce kulturowe uznawane są za społecznie skonstruowane, kształtowane przez osobiste doświadczenia jednostek w codziennym życiu i pracy. Wzorce te mogą być przypisywane do różnych środowisk (Nohl, 2013), co może prowadzić do doświadczania obcości lub odrębności. Proces tworzenia „obcości" (Bennett i Bennett, 2004) – „Oni są...", „To typowe dla..." – charakteryzuje formę skonstruowanej specyfiki kulturowej, która może prowadzić do trudności w komunikacji.

W dziedzinie opieki zdrowotnej uczenie się międzykulturowe obejmuje więcej niż tylko zrozumienie odmiennych ram kulturowych – wiąże się z autentycznymi interakcjami, skuteczną komunikacją oraz budowaniem zaufania w relacjach z pacjentami i współpracownikami. Uznając dynamikę władzy, perspektywy kulturowe oraz wyzwania komunikacyjne, jednostki mogą rozwijać niezbędne kompetencje do zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie oraz skutecznej współpracy w różnorodnych zespołach.

Podsumowując, kluczowe elementy procesów komunikacyjnych lub zaburzeń komunikacyjnych obejmują użycie języka, formy komunikacji, doświadczenia życiowe oraz przynależność kulturową. Te elementy zajmują centralne miejsce w sytuacjach kontaktów międzykulturowych.

W kontekście interakcji zawodowych zakłócenie komunikacji pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami/klientami, a także między samym personelem medycznym prowadzi do irytacji i nieporozumień. Kiedy te irytacje i nieporozumienia są świadomie dostrzegane, mają potencjał do stania się katalizatorem procesu uczenia się w ramach środowiska zawodowego. W tym procesie uczenia się ważna jest refleksja nad subiektywnym postrzeganiem i doświadczaniem różnic, wzajemnymi oczekiwaniami oraz wpływem własnego języka. Proces refleksji może być wspierany poprzez wdrażanie scenariuszy opartych na sprzężeniu zwrotnym, które uwzględniają perspektywę pacjenta oraz środowisko interprofesjonalne. Scenariusze uczenia się mogą być realizowane w różnych środowiskach, w tym w placówkach edukacji, na szkoleniach, w trakcie kształcenia ustawicznego oraz w miejscu pracy. Scenariusze te przyczyniają się do rozwoju zawodowego, mając na celu bezpieczeństwo i orientację na pacjenta. Zasadność ich wdrażania jest podyktowana potrzebą sprzężenia zwrotnego oraz samorefleksji, które ostatecznie prowadzą do rozwoju kompetencji międzykulturowych.

5.7. Rozwój kompetencji refleksyjnych

Odwołując się do koncepcji kompetencji Erpenbecka i Sautera (2000) oraz Wagnera i Sautera (2017) i rozumienia kompetencji jako dyspozycji do samoorganizacji, kompetencje międzykulturowe (zrozumienie kulturowe i zdolność do adaptacji) można postrzegać jako dyspozycję do odpowiedniego wykorzystania umiejętności i zdol-

ności (połączonych z motywacją i wolą) w sytuacjach międzykulturowych. Allemann-Ghionda (2009) podkreśla, że kompetencje międzykulturowe (zrozumienie kulturowe i zdolność do adaptacji) powinny umożliwiać ludziom reakcję w sytuacjach kontaktu lub konfliktu kulturowego, nie opierającą się o brak zrozumienia, irytację i niewłaściwe zachowanie, które w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do przemocy. Skuteczne budowanie relacji charakteryzuje się zrozumieniem, tolerancją dla niejednoznaczności oraz wolą komunikowania się i zachowywania w sposób zrozumiały. W istocie wymaga świadomego i refleksyjnego procesu uczenia się (Forster, 2014, Geier, 2016), który przyczynia się do rozwoju osobistego. Kompetencja refleksyjna jest kluczowa dla wspierania zrozumienia międzykulturowego w środowisku opieki zdrowotnej. Ta kompetencja wykracza poza umiejętności techniczne, zachęcając jednostki do krytycznej oceny swoich działań, przekonań i interakcji w kontekście kulturowym (Allemann-Ghionda, 2009). Na przykład pracownicy ochrony zdrowia muszą zastanowić się, w jaki sposób ich własne tło kulturowe i wykształcenie zawodowe wpływają na postrzeganie i podejście do leczenia. Ta kompetencja jest



Ryc. 5.4. Refleksyjna kompetencja interkulturowa (Marchwacka 2017, 2022)

integralną częścią budowania zaufania, zapewnienia równej opieki i radzenia sobie ze złożonymi dynamikami kulturowymi w środowisku klinicznym i edukacyjnym.

Zgodnie z modelami kompetencji międzykulturowych Campinha-Bacote (2002) oraz Allemann-Ghionda (2009), można wyróżnić następujące elementy, które charakteryzują sytuacje międzykulturowe:

- ślad kulturowy: świadomość własnego świata doświadczeń oraz śladu kulturowego w trakcie edukacji i socjalizacji, a także wynikające z tego zachowania, rutyny/nawyki,
- konstrukcja ja–inni (zmiana perspektywy): postrzeganie innych oraz wpływ własnego języka, komunikacji i zachowania na partnerów interakcji; zarówno empatia, jak i ambiwalencja emocji powinny być tu świadomie dostrzegane,
- strategie działania na poziomie osobistym: potencjalne kierunki działań w kontekście procesu negocjacji oraz refleksja nad własną rolą i postawą,
- strategie działania w ramach rozumienia intersekcjonalnego: potencjalne kierunki działań w kontekście procesów negocjacyjnych z naciskiem na istniejące struktury władzy i ich analizę.

Kompetencja interkulturowa powinna być zatem rozumiana jako proces ciągłej refleksji, który jest integralną częścią nauki. Charakteryzuje się zdolnością do rozważania własnych doświadczeń, różnorodnych interpretacji sytuacji oraz doświadczeń związanych z relacjami władzy, które wymagają czasu i przestrzeni, aby je w pełni zinterpretować. Proces nauki skupia się na dwóch głównych celach. Pierwszym z nich jest rozwijanie refleksyjnej świadomości społecznej i językowej socjalizacji, co wiąże się z poczuciem przynależności do większej grupy. Drugim celem jest analiza własnego wpływu na innych, poprzez przyjmowanie różnych perspektyw. Aby to osiągnąć, kluczowe jest świadome uznanie roli empatii oraz złożoności emocji. Ogólny cel można podzielić na dwie części: introspekcyjne zbadanie własnej roli i struktur dominujących w kontekstach międzykulturowych oraz systematyczne analizowanie działań, na które wpływ mają emocje i ich ambiwalencja.

Zdobywanie kompetencji interkulturowych (zrozumienia kulturowego i adaptacyjności) należy traktować jako proces uczenia się przez całe życie, który wymaga czasu i przestrzeni na refleksję nad doświadczeniami i relacjami władzy oraz interpretacjami sytuacji. Proces uczenia się określa:

- refleksyjna świadomość własnej socjalizacji kulturowo-językowej (przynależności zbiorowych),
- eksploracja i analiza własnego wpływu na innych poprzez zmianę perspektywy

Rozpoznanie empatii i ambiwalencji emocji. Główny cel tego procesu jest dwojaki: po pierwsze refleksja nad własną rolą i istniejącymi strukturami w sytuacjach interkulturowych, po drugie analiza możliwości działania związanych z emocjami i ambiwalencją.

Nabywanie kompetencji interkulturowych, które obejmują zrozumienie kulturowe i zdolność adaptacyjną, powinno być postrzegane jako proces uczenia się przez całe

życie, wymagający dedykowanego czasu i przestrzeni na refleksję nad własnymi doświadczeniami, różnorodnymi interpretacjami sytuacji oraz angażowaniem się w relacje władzy. Proces uczenia się koncentruje się na dwóch kluczowych aspektach: po pierwsze, introspekcyjnej analizie własnej socjalizacji kulturowo-językowej, obejmującej przynależności zbiorowe; po drugie, eksploracji i analizie własnego wpływu na innych poprzez zmianę perspektywy. Empatia oraz ambiwalencja emocji muszą być świadomie rozpoznawane. Cel jest dwojaki: po pierwsze, introspektywna analiza własnej roli i dominujących struktur w kontekście sytuacji interkulturowych; po drugie, metodyczna analiza potencjalnych działań, uwzględniająca emocjonalne niuanse i ambiwalencję charakterystyczną dla tych sytuacji. Uczenie się interkulturowe jest rozumiane jako forma uczenia się społecznego, podkreślająca zasady dialogu i autonomię jednostek w ramach struktur społecznych. Takie podejście umieszcza podmioty w centrum, uznając ich zdolność do działania i podejmowania decyzji. W tym kontekście procesy uczenia się i edukacji są dynamiczne i odbywają się w kontekście komunikacji oraz interakcji, które są osadzone w środowisku społecznym.

Proces uczenia się koncentruje się na zarządzaniu różnicami i strukturami władzy, a także procesami negocjacyjnymi, z naciskiem na zdobywanie kluczowych kompetencji do skutecznego działania. Procesy negocjacyjne wymagają od uczestników tolerowania frustracji i ambiwalencji, aby wytrwać w obliczu różnic i przestrzegać zasad dialogu w ramach argumentacji. Wymagają one także zdolności radzenia sobie z konfliktem i współpracą, ponieważ podejmowanie decyzji w ramach struktur władzy wiąże się z konfliktami. Możliwe strategie są generowane we wspólnym dyskursie oraz poprzez autorefleksję i wgląd. Kluczowe jest nabywanie umiejętności radzenia sobie w otwartych i złożonych sytuacjach w sensie umiejętności samooorganizacji według Erpenbecka i Sauera (2000). Autentyczne (interkulturowo charakteryzowane) sytuacje zawodowe stanowią punkt wyjścia dla procesów uczenia się ukierunkowanego na wiedzę.

Kompetencje interkulturowe definiowane są jako kompleksowy zestaw umiejętności i cech, które umożliwiają jednostce skuteczne poruszanie się i komunikowanie w różnych kontekstach kulturowych. Obejmują one więcej niż tylko wiedzę; jest to raczej ciągły, trwający całe życie proces uczenia się, który wymaga refleksji, empatii i elastyczności. W angażowaniu się w różne perspektywy kulturowe, kluczowe jest poświęcenie czasu na introspekcję, rozważanie własnych doświadczeń i wpływu własnych działań na interakcje z innymi. Kultywowanie kompetencji interkulturowych opiera się na zasadach dialogu, samoświadomości oraz gotowości do poruszania się w złożoności z otwartym umysłem.

5.8. Zmiana perspektywy i odejście od esencjalizmu

W świecie charakteryzującym się różnorodnością kulturową, radzenie sobie z różnicami może być zarówno wyzwaniem, jak i szansą. Bariery językowe, kulturowe nieporozumienia i ukryte uprzedzenia instytucjonalne mogą początkowo wydawać się przytłaczające. Niemniej, stanowią one również okazję do rozwoju i nauki. Wyobraź sobie spotkanie z pacjentem, którego tło kulturowe lub światopogląd znaczą-

co różni się od twojego – jak przezwyciężysz tę przepaść? Jak zapewnisz, by każda osoba czuła się dostrzegana, szanowana i ceniona? Takie sytuacje wymagają czegoś więcej niż tylko umiejętności technicznych; potrzebna jest kompetencja refleksyjna, empatia i odwaga, by kwestionować własne założenia. Akceptując te wyzwania, nie tylko pokonujesz bariery, ale aktywnie kształtujesz bardziej inkluzywną i sprawiedliwą przyszłość. Rozwój kompetencji refleksyjnej pozwala przekształcać nieporozumienia w znaczące połączenia, budować zaufanie oraz tworzyć rozwiązania, które przynoszą korzyści wszystkim stronom. Każda przeszkoda staje się więc okazją do osobistego i zawodowego rozwoju.

Krytyczny incydent

Technika krytycznego incydentu została po raz pierwszy wprowadzona przez Flanagana w 1954 roku, a następnie zrewidowana w 1963 roku. Technika ta opiera się na analizie sytuacji zawodowych, które charakteryzują się momentami napięcia i irytacji. Ukierunkowana analiza i przetwarzanie tych sytuacji wykazały, że sprzyjają one rozwojowi kompetencji refleksyjnej. Obecnie podejście to jest wykorzystywane w różnych kontekstach, np.:

- jako metoda badań jakościowych (Nixdorf, 2020),
- do zarządzania błędami (Wehkamp, 2021),
- w dydaktyce uniwersyteckiej (Marchwacka et al., 2021).

Metoda ta może być rozumiana jako bezpośrednia obserwacja zachowania jednostki w konkretnej sytuacji krytycznej, w przypadku lub zdarzeniu z różnymi potencjalnymi przyczynami. Następnie zachowanie to jest analizowane w trakcie procesu uczenia się w celu zrozumienia przebiegu krytycznych sytuacji. Wśród różnych czynników przyczyniających się do nieporozumień znajdują się tzw. „punkty przełomowe" (Agar, 1994), znane również jako „klocki", które wynikają z kulturowych idiosynkrazji w komunikacji. Te elementy mogą utrudniać skuteczną analizę lingwistyczną. Nieporozumienia mogą występować m.in. w wyniku odmiennych podejść do stosowania form zwrotów grzecznościowych (formalnych i nieformalnych), głośności komunikacji czy używania tytułów.

Procesy uczenia się oparte na krytycznych incydentach, które są kształtowane przez kulturmy (związane z kulturą zachowania, komunikacji) (Marchwacka et al. 2021, 2022) i które analizują interakcje międzykulturowe, uwzględniając poziomy afektywne, mają zdolność do zmiany perspektywy z „ja" na „inny". Ta zmiana perspektywy może towarzyszyć procesowi autorefleksji, który polega na kwestionowaniu osobistych przekonań i nawykowych reakcji. Może to również prowadzić do odczuć frustracji i niejednoznaczności. Te emocje, wynikające z frustracji i niejednoznaczności, mogą stać się katalizatorem inicjowania procesu uczenia się, który napędzany jest zaangażowaniem zarówno we własne emocje, jak i emocje innych osób. Wieloperspektywiczne spojrzenie na sytuację wykazało również, że umożliwia ono dystansowanie się nie tylko od własnej roli, ale także od roli pacjenta. Z kolei to umożliwia refleksyjne podejście (zamiast

esencjalizmu) do różnych przynależności kulturowych i językowych, co może pomóc poprawić bezpieczeństwo pacjenta z jednej strony i zwiększyć możliwości uczestnictwa w systemie opieki zdrowotnej z drugiej.

Analiza krytycznych incydentów stanowi praktyczne narzędzie do rozwijania kompetencji refleksyjnych. Poprzez badanie konkretnych sytuacji, w których pojawiają się nieporozumienia kulturowe, profesjonaliści mogą zidentyfikować ukryte założenia, uprzedzenia oraz obszary do rozwoju. Ten proces refleksyjny przekształca trudne doświadczenia w cenne okazje do nauki.

Krytyczne incydenty dają możliwość świadomego doświadczenia więzi kulturowych oraz refleksji nad rolą, jaką się pełni, oraz jej wpływem na poziomie meta. Jednocześnie, poprzez przyjęcie innych perspektyw, osoby zyskują krytyczny dystans zarówno do siebie, jak i do swojej kulturowej przynależności – następuje proces uczenia się, który może sprzyjać interpretacji i rewizji własnej perspektywy.

Te krytyczne sytuacje interakcyjne stanowią okazję do analizy przynależności kulturowych oraz rozwoju interpretacyjnych i dyskursywnych strategii działania. Ostatecznie, strategie te mają na celu kształtowanie sytuacji zawodowych w sposób samodzielny i kompetentny.

Rozwój kompetencji refleksyjnych:
- *analiza incydentu krytycznego i przypadku (wybór incydentu – zebranie informacji),*
- *zmiana perspektywy (zamiana ról i eksploracja alternatywnych działań),*
- *refleksja (omówienie emocji, udzielenie informacji zwrotnej, napisanie portfolio).*

5.9. Podsumowanie

Podsumowując, należy podkreślić, że kultura i naród/społeczeństwo nie są tożsame. W ramach społeczeństwa współistnieje wiele kultur, które są ze sobą powiązane, a ludzie zazwyczaj należą nie tylko do jednej kultury, ale do kilku. Pozwala im to na wykorzystywanie swojej zdolności do „przełączania się" i stosowania norm innych kultur (np. językowych i zawodowych), aby odpowiednio działać w danej sytuacji. Ta umiejętność może być traktowana jako wynik procesów uczenia się. W związku z tym przekraczanie i skrzyżowanie kultur powinno być uznawane za normę, ponieważ każde przypisanie kulturowe wykazuje wzajemne powiązania. W zależności od wymiaru różnicowania, tworzymy kulturowe obrazy „kobiet", „położnych", „osób z doświadczeniem migracyjnym", „Niemców" czy „uzależnionych". W zależności od kontekstu i partnerów interakcji dostosowujemy także język i formy komunikacji, co widać na przykładzie używania języka zawodowego przez ratownika medycznego podczas pracy z koleżanką, używania języka medycznego w kontekście akademickim podczas konferencji w naukach o zdrowiu, używania języka pacjenta w kontakcie z pacjentami oraz używania języka zespołu międzyzawodowego (Marchwacka 2019, Skintey i Marchwacka 2022). W związku z tym, to zjawisko można zrozumieć w kontekście formowania tożsamości, której kształtowanie jest pod wpływem takich czynników jak zawód, społeczeństwo, etniczność i procesy przynależności. Ważne jest jednak, aby zauważyć, że te interak-

cje mogą również prowadzić do wyznaczania granic, ponieważ wyodrębniają się one w momencie pojawienia się nieporozumień. W kontekście opieki zdrowotnej nieporozumienia te wymagają podjęcia działań, które zapewnią odpowiednią opiekę, podkreślając znaczenie kompetencji refleksyjnych w interakcjach zawodowych.

Kompetencje refleksyjne i świadomość kulturowa są kluczowe w radzeniu sobie z wyzwaniami, jakie stawia zróżnicowane społeczeństwo, szczególnie w sektorze opieki zdrowotnej. Te kompetencje mogą znacząco zmienić podejście do doskonałości zawodowej. Poprzez krytyczne refleksje nad własnymi perspektywami oraz zrozumienie różnic kulturowych, osoby te mogą pokonać bariery i przyczynić się do bardziej inkluzyjnych i sprawiedliwych praktyk.

Refleksja odgrywa kluczową rolę w rozwoju kompetencji międzykulturowych w opiece zdrowotnej, umożliwiając pracownikom służby zdrowia sprawne i elastyczne poruszanie się w różnych środowiskach. Dzięki krytycznej refleksji, studenci mogą poprawić opiekę skoncentrowaną na pacjencie oraz rozwijać skuteczną współpracę interdyscyplinarną.

Zapewnienie integracji kompetencji refleksyjnej interkulturowej – rozumianej jako zrozumienie kulturowe i zdolność adaptacji – jest niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz skutecznej orientacji pacjenta. Ważne jest, aby uznać to za proces uczenia się przez całe życie, który wykracza poza granice zawodowe, co wymaga włączenia tej kwestii do programu edukacyjnego zawodów medycznych oraz edukacji międzyprofesjonalnej. W tym kontekście konieczne jest opracowanie i ocenianie układów nauczania i uczenia się w sposób odpowiadający potrzebom i wymaganiom danej sytuacji. Szczególnie skutecznym podejściem do wzmacniania kompetencji refleksyjnej interkulturowej jest wykorzystanie incydentów krytycznych. Te strukturalne, rzeczywiste scenariusze pozwalają studentom medycyny i nauk o zdrowiu zmierzyć się z wieloma wyzwaniami interkulturowymi w bezpiecznym środowisku edukacyjnym. Analiza i refleksja nad tymi scenariuszami wspierają rozwój kluczowych kompetencji w zakresie profesjonalnej, kulturowo kompetentnej opieki nad pacjentem, poprawiając umiejętności podejmowania decyzji klinicznych oraz zdolność nawigowania w różnorodnych środowiskach opieki zdrowotnej z wrażliwością i pewnością siebie.

Piśmiennictwo

Agar, M. (1994). Language shock: Understanding the culture of conversation. William Morrow & Co.

Auernheimer, G. (2003). Einführung in die interkulturelle Pädagogik (3. izdaja). Darmstadt.

Auernheimer, G. (2008). Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Springer.

Bade, K. J., & Oltmer, J. (2004). Normalfall Migration. Bundeszentrale für politische Bildung.

Bennett, J. (1993). Cultural marginality: Identity issues in intercultural training. V R. M. Paige (ur.), Education for the intercultural experience (str. 109-135). Intercultural Press.

Bennett, J. M., & Bennett, M. J. (2004). Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. V D. Landis, J. M. Bennett, in M. J. Bennett (ur.), Handbook of intercultural training (str. 147-165). Sage.

Best, U., Erbe, J., Schmitz, N.,et al. (2019). Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. BIBB.

Bolten, J. (2007). Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale

Personalentwicklung. V V. Künzer in J. Berninghausen (ur.), Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung (str. 21-42). Frankfurt/M.

Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede. Suhrkamp.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 181-184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003

Dietze, G. (2008). Intersektionalität und Hegemonie(selbst)kritik. V W. Gippert, P. Götte, in E. Kleinau (ur.), Transkulturalität - Gender- und bildungshistorische Perspektiven (str. 27-43). Transcript.

Döring, O. (2019). Erkennung und Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen: Einstieg in eine breite Nutzung fragmentierter Beschäftigungsfähigkeit. V J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, in K. Beck (ur.), Beruf, Beruflichkeit, Employability (str. 137-159). Wbv.

Erpenbeck, J., & Sauer, J. (2000). Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm "Lernkultur Kompetenzentwicklung". V Arbeitsgemeinschaft-Qualifikations- und Entwicklungsmanagement (Hrsg.), Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen (str. 289-335). Waxmann.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. Psychological Bulletin, 51, 327-358.

Flanagan, J. C., Gosnell, D., & Fivars, G. (1963). Evaluating student performance. The American Journal of Nursing, 63(11), 96-99.

Forster, E. (2014). Reflexivität. V C. Wulf in J. Zirfas (ur.), Handbuch Pädagogische Anthropologie (str. 589-597). Springer.

Gadamer, H.-G. (1972). Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Mohr.

Geier, T. (2016). Reflexivität und Fallarbeit. V A. Doğmuş, Y. Karakaşoğlu, & P. Mecheril (Ur.), Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

Doğmuş, Y. K. in P. Mecheril (ur.). Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

Gogolin, I. (2019). Lernende mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem und ihre Förderung. Journal for Educational Research Online, 11(1), 74–91. http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-16788

Grewal, I., & Kaplan, C. (ur.). (1994). Scattered hegemonies: Postmodernity and transnational feminist practices. University of Minnesota Press. 108

Hansen, K. (2000). Kultur und Kulturwissenschaft. Francke.

Heringer, H. J. (2004). Interkulturelle Kommunikation. UTB.

Hinz, A. (2015). Inklusion - mehr als nur ein neues Wort?! V Heinrich-Böll-Stiftung (ur.), Inklusion (str. 286–291). Campus.

Knapp, G. A. (2008). Achsen der Differenz — Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik. In S. M. Wilz (ur.), Geschlechterdifferenzen — Geschlechterdifferenzierungen (str. 291–322). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90831-1_10

Kroeber, A. L. in Kluckhohn, C. (1952). Culture: A critical review of concepts and definitions. Boni & Liveright.

Kürsat-Ahlers, E. (2000). Migration-Frauen-Gesundheit. V M. David, Th. Borde, in H. Kentenich (ur.), Migration und Gesundheit (str. 45–56). Mabuse.

Malinowski, B. (1932). Argonauts of the Western Pacific. https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/argonauts-of-the-western-pacific.pdf

Marchwacka, M. A. (2013). Zu Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte. V M. A. Marchwacka (ur.), Gesundheitsförderung im Setting Schule (str. 301–326). Springer.

Marchwacka, M. A. (2021). Interkulturelles Lernen als inhärenter Teil der Gesundheits- und Pflegebildung. V F. Darmann Fink in K. H. Sahmel (ur.), Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_23-1

Moosmüller, A. (ur.) (2020). Interkulturelle Kompetenz. Kritische Perspektiven. Waxmann. Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen.

Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A. in Mösko M. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. Appl Nurs Res., 46, 57–66. doi: 10.1016/j.apnr.2019.02.008

Statistisches Bundesamt. (2023). Migration und Integration: Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Toprak, A. in Weitzel, G. (2017). Deutschland das Einwanderungsland. Springer

Walter, A., Dütthorn, N., Brühe, R., Marchwacka, M. A. in von Gahlen Hoops, W. (2022). Ein digitales hochschulübergreifendes Projekt zur Fallarbeit. V M. A. Marchwacka (ur.), Handbuch Pflege (str. 236–244). Hogrefe.

Wagner, M. H. in Sauter, W. (2017). Interkulturelle Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit und im Netz. V J. Erpenbeck in W. Sauter (ur.), Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz – Bausteine einer neuen Lernwelt (str. 507–522). Schäffer-Poeschel.

Refleksja końcowa: Znaczenie dla kompetencji kulturowych i modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział *Tożsamość kulturowa a opieka zdrowotna* ukazuje, w jak znaczący sposób tożsamość kulturowa kształtuje postrzeganie zdrowia, choroby oraz relacji jednostki z systemem ochrony zdrowia. Tym samym wprost wspiera kluczowe założenia modelu EMPOWER, który koncentruje się na: efektywności, wielokulturowości, profesjonalizmie, dobrostanie i zasobach edukacyjnych.

Autor rozdziału podkreśla wagę traktowania pacjenta jako podmiotu, a nie przedmiotu opieki – co doskonale wpisuje się w wartości EMPOWER, takie jak autonomia pacjenta, relacje oparte na partnerstwie oraz empatyczne podejście skoncentrowane na godności człowieka. Poprzez analizę błędów poznawczych i atrybucyjnych – takich jak projekcja, fundamentalny błąd atrybucji czy fałszywa zgodność – rozdział dostarcza praktycznych narzędzi do rozwijania pokory kulturowej i świadomości własnych uprzedzeń, które są niezbędne dla wrażliwości międzykulturowej w kontekście klinicznym.

Poruszenie zagadnień związanych z tożsamością płciową oraz potrzebami zdrowotnymi osób transpłciowych i niebinarnych wzmacnia komponent EMPOWER dotyczący dobrostanu i inkluzywności – pokazując, że tworzenie bezpiecznego, pełnego szacunku i afirmującego środowiska jest nie tylko imperatywem etycznym, lecz także warunkiem skutecznej opieki i efektywnego procesu edukacyjnego.

Rozdział akcentuje również znaczenie autorefleksji i ciągłego uczenia się, zachęcając pracowników ochrony zdrowia do krytycznej analizy własnych postaw i zachowań. Odnosi się to bezpośrednio do filaru zasobów edukacyjnych modelu EMPOWER, który promuje rozwój kompetencji kulturowych i komunikacyjnych w oparciu o doświadczenia życiowe oraz otwartość na zmiany.

Wreszcie, omówienie globalnych wyzwań, takich jak migracje, bariery komunikacyjne i nierówności systemowe, silnie nawiązuje do komponentu efektywności w modelu EMPOWER. Rozdział pokazuje, że dostosowanie usług zdrowotnych do uwarunkowań kulturowych i społecznych przyczynia się do lepszych efektów terapeutycznych i budowania zaufania pomiędzy pacjentami a zespołami medycznymi.

Podsumowując, rozdział ten stanowi przykład tego, jak integracja tożsamości kulturowej z praktyką medyczną może przyczynić się nie tylko do pogłębienia teorii, ale przede wszystkim do działań praktycznych – zachęcając do wdrażania modelu EMPOWER jako narzędzia służącego promocji godności, równości i skuteczności we współczesnej ochronie zdrowia.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Rozdział 6

Zdrowie, uchodźcy i migracja

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU
Cyprus University of Technology (Cyprus)

Uchodźcy i migranci napotykają unikalne wyzwania zdrowotne, które często są potęgowane przez bariery językowe, różnice kulturowe, ograniczenia finansowe oraz problemy ze zdrowiem psychicznym. Te grupy są narażone na wyższe ryzyko problemów zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Rozwiązywanie tych wyzwań wymaga usług opieki zdrowotnej wrażliwych na kwestie kulturowe, reform politycznych oraz ukierunkowanego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego, aby zapewnić uchodźcom i migrantom dostęp do opieki niezbędnej do utrzymania zarówno fizycznego, jak i psychicznego dobrostanu

6.1. Wprowadzenie

Migracja, niezależnie od tego, czy jest dobrowolna, czy wymuszona, stanowi nasilające się zjawisko globalne. Ruch ludzi przez granice wpływa nie tylko na osoby bezpośrednio zaangażowane w ten proces, ale także na kraje, które opuszczają, oraz te, które ich przyjmują. Migracja wiąże się z unikalnymi wyzwaniami, szczególnie w kontekście zdrowia. Uchodźcy, osoby ubiegające się o azyl oraz migranci często napotykają specyficzne zagrożenia zdrowotne oraz bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, które mogą negatywnie wpływać na ich ogólny dobrostan. Zrozumienie i zaspokojenie tych potrzeb jest kluczowe dla osiągnięcia globalnej równości zdrowotnej oraz poprawy wyników zdrowotnych tych populacji. W rozdziale analizowana jest sytuacja migracji, zdrowia uchodźców oraz potrzeb społeczności transkulturowych, przy koncentracji na wyzwaniach, przed którymi stoją te grupy w dostępie do opieki zdrowotnej, oraz na wymaganych strategiach wrażliwych na kwestie kulturowe, które mają na celu poprawę ich wyników zdrowotnych (Jarvis i Kirmayer, 2023).

6.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- zbadania związku pomiędzy migracją i zdrowiem: przedstawienie, jak migracja wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne jednostek oraz populacji,
- zdefiniowania kluczowych pojęć: wyjaśnienie terminów takich jak migracja, uchodźcy, zdrowie transkulturowe oraz zdrowie globalne,
- zidentyfikowania wyzwań zdrowotnych: wskazanie unikalnych zagrożeń i barier, przed którymi stoją migranci i uchodźcy w dostępie do opieki zdrowotnej,
- podkreślenia znaczenia kompetencji kulturowych: promowanie wdrożenia opieki zdrowotnej wrażliwej na kwestie kulturowe, aby odpowiedzieć na różnorodne potrzeby,
- promowania równości i włączenia: wspieranie polityki i inicjatyw zdrowia globalnego, które zmniejszają nierówności i poprawiają wyniki zdrowotne dla wszystkich.

6.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- **zrozumieć dynamikę migracji i zdrowia:** opisać wpływ migracji na zdrowie oraz wyzwania, przed którymi stoją migranci i uchodźcy,
- **zdefiniować kluczowe terminy:** omówić pojęcia migracja, uchodźcy, zdrowie transkulturowe oraz zdrowie globalne,
- **zidentyfikować bariery:** rozpoznać systemowe i indywidualne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej dla migrantów i uchodźców,
- **zrozumieć znaczenie kompetencji kulturowych:** wyjaśnić znaczenie opieki wrażliwej na kwestie kulturowe w poprawie wyników zdrowotnych dla społeczności transkulturowych,
- **promować równość:** omówić strategie rozwiązywania nierówności zdrowotnych poprzez polityki włączające i inicjatywy zdrowia globalnego.

6.4. Istotne definicje i terminy

Zdrowie globalne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021), koncentruje się na zdrowiu populacji w różnych krajach, podkreślając wzajemne powiązania zdrowia ponad granicami państwowymi. Zajmuje się nierównościami zdrowotnymi i dąży do poprawy wyników zdrowotnych na całym świecie.

Migracja odnosi się do przemieszczania się ludzi z jednego miejsca do innego, zazwyczaj wiąże się z przekraczaniem granic politycznych lub geograficznych w celu osiedlenia się tymczasowo lub na stałe w nowym miejscu. Może mieć charakter dobrowolny lub wymuszony i obejmować jednostki lub grupy poszukujące lepszych możliwości, bezpieczeństwa lub uciekających przed niekorzystnymi warunkami, takimi jak konflikt, trudności ekonomiczne czy katastrofy środowiskowe (Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji, 2023).

Uchodźca, zgodnie z definicją Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR, 2023), to osoba, która zmuszona była uciekać ze swojego kraju pochodzenia z powodu uzasadnionego strachu przed prześladowaniem, które może wynikać z takich czynników, jak rasa, religia, narodowość, przynależność do określonej grupy społecznej lub poglądy polityczne. Uchodźcy nie mogą lub nie chcą wrócić do swojego kraju z powodu zagrożenia dla ich bezpieczeństwa i często otrzymują ochronę międzynarodową w krajach przyjmujących.

Zdrowie transkulturowe odnosi się do potrzeb zdrowotnych i wyzwań osób oraz społeczności o różnym tle kulturowym. To koncepcja podkreślająca znaczenie zrozumienia różnic kulturowych w praktykach zdrowotnych, wierzeniach i potrzebach podczas świadczenia usług opieki zdrowotnej (Spector, 2016).

Społeczności transkulturowe tworzą osoby pochodzące z różnych środowisk kulturowych, które dzielą wspólne doświadczenia, takie jak migracja lub życie w środowiskach wielokulturowych. Potrzeby zdrowotne tych społeczności są kształtowane przez ich odrębne konteksty kulturowe, które wpływają na zachowania zdrowotne oraz wyzwania związane z dostępem do opieki zdrowotnej (Spector, 2016).

6.5. Wpływ migracji na zdrowie

Migracja wpływa na zdrowie jednostek na wiele sposobów. Migranci mogą napotkać bezpośrednie zagrożenia zdrowotne podczas swojej podróży, w tym narażenie na choroby zakaźne, urazy fizyczne i traumę. Uchodźcy często są narażeni na warunki skrajnie trudne, takie jak przeludnione obozy uchodźców, złe warunki sanitarno-higieniczne i ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Czynniki te wpływają znacząco na ich zdrowie fizyczne i psychiczne (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).

Przewiduje się, że migracja globalna będzie nadal rosła w wyniku wyzwań związanych ze zmianami klimatycznymi, konfliktami oraz nierównościami ekonomicznymi, które wpływają na życie ludzi (Jarvis i Kirmayer, 2023).

Uchodźcy i migranci często mają specyficzne potrzeby zdrowotne, które różnią się od potrzeb ludności krajów przyjmujących, co wymaga opieki, która jest zarówno skuteczna, jak i wrażliwa kulturowo. Powinna uwzględniać wyzwania zdrowotne związane z doświadczeniem migracyjnym, zarówno fizyczne, jak i psychiczne.



Dodatkowo, uchodźcy i migranci mogą napotkać istotne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, takie jak różnice językowe i kulturowe, odmienne przekonania na temat zdrowia, doświadczenia dyskryminacji oraz ograniczony dostęp do powszechnych usług zdrowotnych. Te wyzwania mogą wpływać na ich interakcje z systemem opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym oraz personelem medycznym, podkreślając konieczność opracowania dostosowanego i inkluzywnego podejścia do opieki zdrowotnej (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).

Po przybyciu do krajów przyjmujących, uchodźcy i migranci mogą doświadczać szeregu problemów zdrowotnych, w tym nieleczonych chorób przewlekłych, chorób zakaźnych oraz problemów zdrowia psychicznego, takich jak lęki, depresja czy zespół stresu pourazowego (PTSD). Problemy te są potęgowane przez bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, takie jak różnice językowe i kulturowe, ograniczone zasoby finansowe oraz brak znajomości działania systemu opieki zdrowotnej (Kirmayer et al., 2011).

6.6. Bariery zdrowotne dla migrantów i uchodźców

Bariera językowa

Jednym z głównych wyzwań, przed którymi stają uchodźcy i migranci podczas poszukiwania opieki zdrowotnej, jest bariera językowa. Ograniczona znajomość języka kraju przyjmującego utrudnia im komunikowanie swoich problemów zdrowotnych, zrozumienie zaleceń medycznych oraz poruszanie się po systemie

opieki zdrowotnej. Może to prowadzić do błędnych diagnoz, niewłaściwego leczenia i złych wyników zdrowotnych (González, 2022).

Alfabetyzacja zdrowotna

Dodatkowo wielu migrantów i uchodźców ma niski poziom alfabetyzacji zdrowotnej, co jeszcze bardziej utrudnia ich możliwość korzystania z usług medycznych. Alfabetyzacja zdrowotna obejmuje umiejętność rozumienia informacji zdrowotnych, stosowania się do zaleceń lekarskich oraz podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych. Niska alfabetyzacja zdrowotna może wynikać z ograniczonego poziomu wykształcenia, braku kontaktu z systemem opieki zdrowotnej lub różnic kulturowych w rozumieniu pojęć zdrowotnych (Nutbeam, 2008).

Różnice kulturowe

Różnice kulturowe mają istotne znaczenie w dostępie do opieki zdrowotnej i jej świadczeniu. Wiele osób uchodźczych i migranckich pochodzi z różnych kultur, które różnią się w swoich przekonaniach, praktykach i podejściu do zdrowia oraz chorób. Świadcząc opiekę zdrowotną, profesjonaliści, którzy nie są świadomi tych różnic lub nie wykazują odpowiedniej wrażliwości, mogą nieświadomie powodować dyskomfort, brak zaufania lub odmowę leczenia (Vissandjée et al., 2017).

Dyskryminacja

Dodatkowo migranci i uchodźcy mogą doświadczać dyskryminacji w systemie opieki zdrowotnej z powodu swojej etniczności, statusu imigracyjnego lub sytuacji społeczno-ekonomicznej. Dyskryminacja może pogłębiać problemy zdrowia psychicznego, zniechęcać do szukania pomocy i przyczyniać się do ogólnych odczuć wyobcowania oraz braku zaufania do pracowników ochrony zdrowia (Jarvis i Kirmayer, 2023).

W wielu krajach przyjmujących uchodźcy i migranci mogą mieć ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej ze względu na swój status imigracyjny. Nawet jeśli usługi zdrowotne są dostępne, ograniczenia finansowe, takie jak niemożność opłacenia ubezpieczenia lub pokrycia kosztów leczenia, mogą uniemożliwić im uzyskanie opieki w odpowiednim czasie. Te bariery często prowadzą do nieleczenia schorzeń i pogorszenia kondycji z upływem czasu (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).

Zdrowie psychiczne

Zdrowie psychiczne jest istotnym, ale często marginalizowanym zagadnieniem w odniesieniu do populacji uchodźców i migrantów. Traumatyczne doświadczenia związane z ucieczką przed wojną, prześladowaniami czy trudnościami ekonomicznymi, a następnie stres związany z osiedleniem się w nowym kra-

ju, mogą mieć poważny wpływ na zdrowie psychiczne. Uchodźcy są szczególnie narażeni na PTSD, depresję i lęki z powodu traumy, którą przeżyli podczas przemieszczania się oraz trudności związanych z adaptacją do nowego środowiska (Kirmayer et al., 2011).

6.7. Integracja zdrowia globalnego, migracji, uchodźców i potrzeb transkulturowych

Tematy zdrowia globalnego, migracji, zdrowia uchodźców i społeczności transkulturalnych są ze sobą głęboko powiązane. Migranci i uchodźcy często niosą ze sobą ciężar nierówności zdrowotnych, które są dodatkowo potęgowane przez systemowe problemy, takie jak niewystarczająca infrastruktura opieki zdrowotnej oraz dyskryminacja społeczna. Aby stawić czoła tym wyzwaniom, niezbędne jest podejście holistyczne – takie, które uwzględnia wzajemne powiązania między indywidualnymi wynikami zdrowotnymi a szerszymi czynnikami społeczno-politycznymi i ekonomicznymi (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).

Na całym świecie liczba uchodźców, zarówno wewnętrznie przesiedlonych, jak i zmuszonych do opuszczenia swoich krajów, przekracza obecnie 100 milionów (UNHCR, 2022).

Integracja ta polega na wzmacnianiu systemów opieki zdrowotnej, aby były one inkluzywne dla różnych grup ludzi, promowaniu polityk chroniących prawa migrantów i uchodźców oraz wspieraniu kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej. Międzynarodowa współpraca oraz inwestycje w inicjatywy zdrowia globalnego są kluczowe dla budowania odpornych systemów opieki zdrowotnej, które będą w stanie odpowiadać na potrzeby wszystkich, niezależnie od ich pochodzenia czy statusu. Przyjęcie tych zasad pozwoli społeczności międzynarodowej dążyć do osiągnięcia równości zdrowotnej dla wszystkich (IOM, 2023; Spector, 2016).

6.8. Podsumowanie

Wyzwania zdrowotne, przed którymi stoją migranci, uchodźcy i społeczności transcklturalne, stanowią mikrokosmos szerszych problemów zdrowia globalnego, odzwierciedlając nierówności, które wymagają natychmiastowej uwagi i długotrwałych działań. Aby sprostać tym wyzwaniom, konieczne są polityki inkluzywne, opieka zdrowotna uwzględniająca różnorodność kulturową oraz międzynarodowa współpraca. Priorytetowe traktowanie równości i wykorzystanie potencjału różnych grup społecznych pozwoli społeczności międzynarodowej dążyć do zdrowszego i bardziej inkluzywnego świata.

Piśmiennictwo

Global health. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/global-health [22.01.2025].

González, A. (2022). Language barriers in healthcare settings: Addressing the needs of migrant communi-ties. Journal of Global Health, 9(2), 214–221.

Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. Transcultural Psychiatry, 60(1), 5–12. https://doi.org/10.1177/13634615231162282.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., et al. (2011). Mental health care for immigrants and refugees: A cultural perspective. International Journal of Social Psychiatry, 57(3), 147–157. https://doi.org/10.1177/0020764010390715.

Migration. (2023). International Organization for Migration. https://www.iom.int/migration [22.01.2025].

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072–2078.

Refugees. (2023). United Nations High Commissioner for Refugees. https://www.unhcr.org/refugees [22.01.2025].

Refugee and migrant health: Global competency standards for health workers. (2021). World Health Or-ganization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/346743 [22.01.2025].

Spector, R. E. (2016). Cultural diversity in health and illness (9th ed.). Pearson.

Vissandjée, B., Simich, L., & Allotey, P. (2017). Cultural competence in health care: A scoping review of the literature. BMC Health Services Research, 17(1), 530. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-6.

Refleksja końcowa: Powiązanie kwestii migracji i zdrowia z modelem EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten podkreśla w jaki sposób złożona rzeczywistość uchodźców i migrantów bezpośrednio łączy się z celami modelu EMPOWER – szczególnie w obszarach wielokulturowości, efektywności i dobrostanu. Zwraca uwagę na znaczenie opieki wrażliwej kulturowo i uwzględniającej doświadczenia traumy, co jest zgodne z przesłaniem EMPOWER dotyczącym praktyk opartych na szacunku dla różnorodności oraz wzmacniania roli pacjenta jako aktywnego uczestnika opieki.

Poprzez omówienie systemowych barier, takich jak język, niskie kompetencje zdrowotne oraz dyskryminacja, rozdział wspiera dążenia EMPOWER do eliminacji nierówności i promowania inkluzji oraz opieki skoncentrowanej na pacjencie. Szczególny nacisk na zdrowie psychiczne oraz uwarunkowania strukturalne koresponduje z komponentem dobrostanu, podkreślając konieczność uwzględnienia zarówno potrzeb fizycznych, jak i psychologicznych w procesie terapeutycznym.

Ponadto poprzez postulaty dotyczące inkluzji w politykach zdrowotnych oraz współpracy międzynarodowej, rozdział wpisuje się w wizję EMPOWER jako modelu promującego globalną odpowiedzialność zawodową i etyczny obowiązek świadczenia opieki z godnością i kompetencją – niezależnie od pochodzenia, statusu czy tożsamości pacjenta.

Podsumowując, rozdział ten wzmacnia misję modelu EMPOWER, ukazując, że opieka transkulturowa nie jest wyborem, lecz koniecznością w zapewnianiu etycznej, skutecznej i empatycznej opieki zdrowotnej we współczesnym, zglobalizowanym świecie.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu



Rozdział 7

Wpływ zmian klimatycznych i pandemii na zdrowie globalne

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU

Cyprus University of Technology (Cyprus)

Pandemie i zmiany klimatyczne to wzajemnie powiązane kryzysy, które stanowią poważne zagrożenie dla globalnego rozwoju. Wybuch pandemii COVID-19 ujawnił słabości w systemach opieki zdrowotnej i strukturach gospodarczych, podczas gdy zmiany klimatyczne nasilają problemy takie jak brak bezpieczeństwa żywnościowego, przymusowe przesiedlenia oraz pogłębiające się nierówności zdrowotne. Rozwiązanie tych wyzwań wymaga przyjęcia zintegrowanych i zrównoważonych działań, które zapewnią odporność na przyszłe kryzysy, promując równość oraz długofalowy postęp w skali globalnej.

7.1. Wprowadzenie

Zdrowie globalne to wieloaspektowa dziedzina, która zajmuje się zdrowiem populacji na całym świecie, kładąc nacisk na równość, współpracę oraz powiązania między determinantami zdrowia. Wyzwania związane ze zmianami klimatycznymi i pandemią zaostrzyły kryzys zdrowia globalnego, wpływając w szczególności na wrażliwe grupy społeczne, w tym społeczności transkulturalne. Społeczności te, często kształtowane przez migrację i różnorodność kulturową, stają przed unikalnymi potrzebami zdrowotnymi, które wymagają dostosowanej i wrażliwej kulturowo reakcji. Rozdział ten skupia się na zbieżności zdrowia globalnego, zmian klimatycznych, pandemii oraz potrzeb zdrowotnych społeczności transkulturalnych, koncentrując się na strategiach budowania sprawiedliwych i odpornych systemów opieki zdrowotnej.



7.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- **zbadania wpływu kryzysów globalnych:** analiza wpływu pandemii i zmian klimatycznych na zdrowie globalne, ze szczególnym uwzględnieniem wrażliwych populacji,
- **analizy wrażliwości:** identyfikacja ryzyka zdrowotnego oraz systemowych barier, przed którymi stoją społeczności transkulturalne, migranci i uchodźcy podczas kryzysów zdrowia globalnego,
- **podkreślenia powiązań:** zrozumienie powiązanego charakteru zdrowia globalnego, zmian klimatycznych i pandemii w kształtowaniu wyników zdrowotnych,
- **promowania odpornych systemów opieki zdrowotnej:** popieranie polityk i strategii wzmacniających systemy opieki zdrowotnej, aby były inkluzywne, wrażliwe kulturowo i odporne na przyszłe wyzwania,
- **wsparcia międzynarodowej współpracy:** podkreślenie roli współpracy międzynarodowej w rozwiązywaniu nierówności zdrowotnych oraz łagodzeniu skutków zmian klimatycznych i pandemii.

7.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- **zrozumieć kluczowe pojęcia:** zdefiniować i wyjaśnić pojęcia pandemii, zmian klimatycznych oraz ich znaczenie dla zdrowia globalnego,
- **rozpoznać wyzwania zdrowotne:** zidentyfikować unikalne wyzwania zdrowotne, przed którymi stoją społeczności transkulturalne w czasie globalnych kryzysów,
- **analizować systemy:** zauważyć wrażliwość systemów opieki zdrowotnej ujawnioną przez pandemię i zmiany klimatyczne,
- **stosować strategie:** zaproponować podejście uwzględniające wrażliwość kulturową i inkluzywność w celu zmniejszenia nierówności zdrowotnych oraz poprawy rezyliencji,
- **opowiadać się za zmianami:** omówić znaczenie współpracy międzynarodowej i polityk ukierunkowanych na równość w skutecznym rozwiązywaniu kryzysów zdrowotnych i klimatycznych.

7.4. Istotne definicje i terminy

Pandemia to wybuch choroby zakaźnej, który występuje na skalę globalną, przekracza granice międzynarodowe i dotyka dużej liczby osób. W odróżnieniu od lokalnych epidemii, pandemie charakteryzują się szerokim rozprzestrzenianiem, często prowadząc do poważnych wyzwań społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Zmiany klimatyczne odnoszą się do długoterminowych zmian temperatur i wzorców pogodowych, głównie spowodowanych działalnością ludzką, taką jak spalanie paliw kopalnych i wylesianie. Zmiany te mają istotny wpływ na zdrowie ludzkie, pogarszając istniejące problemy zdrowotne i tworząc nowe wyzwania. Zmiany klimatyczne m.in. zwiększają częstotliwość ekstremalnych zjawisk pogodowych, pogarszają jakość powietrza, sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz wpływają na bezpieczeństwo żywnościowe i wodne, szczególnie dotykając wrażliwe grupy ludzi (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021a).

7.5. Pandemie i ich globalny wpływ

Pandemia COVID-19 uwypukliła wrażliwość globalnych systemów opieki zdrowotnej oraz podkreśliła kluczowe znaczenie przygotowania, równej odpowiedzi i odporności w obliczu pandemii. Ujawniła, jak krucha może być infrastruktura opieki zdrowotnej, szczególnie w społecznościach marginalizowanych, w tym wśród migrantów, uchodźców i populacji transkulturowych, które często nie mają dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej i systemów wsparcia społecznego (International Organization for Migration, 2023). Te grupy są szczególnie narażone na ryzyko z powodu barier językowych, różnic kulturowych, a czasami także dyskryminacyjnych praktyk zdrowotnych. W efekcie napotykają poważne trudności w dostępie do środków zapobiegawczych i leczenia podczas kryzysów zdrowotnych. Lekcje wyniesione z COVID-19, obok poprzednich pandemii, takich jak SARS, Ebola czy pandemia grypy z 1918 roku, podkre-

ślają potrzebę silnej infrastruktury zdrowia publicznego, terminowej komunikacji oraz sprawiedliwego rozdziału szczepionek (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021b). Skuteczne strategie muszą priorytetowo traktować wrażliwe populacje poprzez wdrażanie programów dostosowanych do ich społeczności i kulturowych potrzeb oraz polityk zdrowotnych, które zapewnią wsparcie wszystkim grupom podczas pandemii.

Z historycznego punktu widzenia pandemie dostarczyły cennych lekcji, które kształtują współczesne strategie zdrowia globalnego. Pandemia grypy z 1918 roku pokazała znaczenie interwencji niefarmaceutycznych, takich jak dystansowanie społeczne, noszenie masek i kwarantanny, które są nadal istotne w zarządzaniu chorobami zakaźnymi (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Pandemia HIV/AIDS podkreśliła konieczność stałego finansowania globalnego i destygmatyzacji dotkniętych populacji, wskazując na potrzebę długofalowych, wielosektorowych działań w celu rozwiązania zarówno medycznych, jak i społecznych aspektów kryzysów zdrowotnych (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021b). Wybuchy SARS i Eboli wzmocniły znaczenie szybkiego wykrywania chorób, strategii ich powstrzymywania oraz międzynarodowej współpracy w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób przez granice. Te lekcje nadal kształtują współczesne podejście do zdrowia publicznego i podkreślają potrzebę przygotowania na wszystkich poziomach.

Powiązania między globalnym zdrowiem, zmianami klimatycznymi, pandemią oraz potrzebami zdrowotnymi różnych kultur wymagają zintegrowanego i kompleksowego podejścia. Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej oznacza inwestowanie w infrastrukturę, lepszy dostęp do opieki zdrowotnej oraz promowanie współpracy międzynarodowej.

Pandemie nie tylko zagrażają zdrowiu ludzi, ale także zakłócają gospodarkę na szeroką skalę. Lockdowny, ograniczenia podróży i kwarantanny, choć niezbędne do kontrolowania rozprzestrzeniania się chorób, często mają poważne konsekwencje ekonomiczne. Branże takie jak turystyka, transport i hotelarstwo odczuwają największe straty, co prowadzi do powszechnego bezrobocia i zamykania firm. Kraje o niskich dochodach i wrażliwi pracownicy, którzy nie mają zabezpieczeń finansowych ani dostępu do wsparcia rządowego, odczuwają najbardziej dotkliwe skutki tych zakłóceń gospodarczych (IOM, 2023). Pandemia COVID-19 pogłębiła istniejące nierówności, a ubogie społeczności i kraje poniosły poważniejsze konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne niż kraje zamożniejsze.

Oprócz wpływu ekonomicznego, pandemia COVID-19 doprowadziła również do wzrostu ksenofobii, rasizmu i przemocy, szczególnie wobec grup etnicznych i migracyjnych. Niektóre społeczności marginalizowane przed pandemią doświadczyły nasilenia dyskryminacji, gdy dezinformacja i strach związane z wirusem zaczęły się szerzyć. Ten społeczny podział stworzył barierę dla skutecznych działań instytucji zdrowia publicznego, ponieważ zaufanie do rządów i systemów opieki zdrowotnej w tych społecznościach zostało osłabione (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021b). W związku z tym uwzględnienie społecznych czynników wpływających na zdrowie, takich jak rasizm i ksenofobia, jest kluczowe dla skutecznego przygotowania się na pandemie oraz reagowania na nie.

Aby skutecznie zwalczać przyszłe pandemie i łagodzić ich wpływ na zdrowie globalne, niezbędne jest przyjęcie podejścia integrującego solidną infrastrukturę zdrowotną, współpracę globalną i równość społeczną. Ucząc się na podstawie poprzednich pandemii i adresując systemowe wrażliwości, możemy stworzyć bardziej inkluzywne i odporne systemy zdrowia globalnego, lepiej przygotowane na przyszłe kryzysy zdrowotne (IOM, 2023).

7.6. Zmiany klimatyczne jako globalne zagrożenie dla zdrowia

Zmiany klimatyczne są coraz częściej uznawane za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia na świecie. Rosnące temperatury, ekstremalne zjawiska pogodowe oraz degradacja środowiska mają bezpośredni i pośredni wpływ na zdrowie ludzi. Katastrofy związane z klimatem, takie jak huragany, powodzie czy susze, pogłębiają problemy związane z niedożywieniem, chorobami przenoszonymi przez wektory oraz zaburzeniami psychicznymi (Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu, 2022).

Najbardziej dotknięte tymi skutkami są grupy wrażliwe, w tym społeczności międzykulturowe oraz migranci. Migracja wywołana zmianami klimatycznymi zmusza miliony ludzi do przemieszczania się, często do regionów z niedostateczną infrastrukturą zdrowotną. Działania zmierzające do łagodzenia tych skutków obejmują wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej odpornych na zmiany klimatyczne, wdrażanie systemów wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z klimatem oraz promowanie polityk zrównoważonego rozwoju (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021a).

Wpływ zmian klimatycznych na zdrowie globalne obejmuje także rosnące obciążenie chorobami niezakaźnymi (NCD). Wysokie temperatury oraz pogarszająca się jakość powietrza przyczyniają się do chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021a). Długotrwałe narażenie na upały może również pogłębiać przewlekłe schorzenia, takie jak cukrzyca i choroby nerek. Ponadto stres wynikający z przymusowego przesiedlenia oraz degradacji środowiska został powiązany ze wzrostem zaburzeń psychicznych, takich jak lęk, depresja i inne zaburzenia zdrowia psychicznego (Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu, 2022). Te wyzwania wymagają całościowego podejścia, które integruje adaptację do zmian klimatycznych i łagodzenie ich skutków z działaniami zdrowia publicznego.

Kolejnym istotnym aspektem jest wpływ zmian klimatycznych na bezpieczeństwo żywnościowe i wodne. Nieregularne warunki pogodowe oraz przedłużające się susze zakłócają produkcję rolną, prowadząc do niedoborów żywności i niedożywienia, szczególnie w regionach o niskich dochodach. Ponadto powodzie oraz podnoszący się poziom mórz zanieczyszczają zasoby wody pitnej, zwiększając częstość występowania chorób przenoszonych przez wodę, takich jak cholera i dur brzuszny. Rozwiązanie tych problemów wymaga globalnej współpracy w celu zapewnienia równego dostępu do pożywienia i czystej wody, jednocześnie promując zrównoważone praktyki rolnicze (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Skuteczne działania przeciwko zmianom klimatycznym i ich implikacjom zdrowotnym zależą od solidnego globalnego zarządzania. Rządy, organizacje międzynarodowe oraz podmioty pozarządowe muszą współpracować w celu wdrożenia polityk, które priorytetowo traktują równość zdrowotną i zrównoważoną gospodarkę (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021a). Inwestycje w odnawialne źródła energii, infrastrukturę ekologiczną oraz kampanie edukacyjne podnoszące świadomość społeczną na temat powiązań między klimatem a zdrowiem są niezbędne. Promowanie partnerstw międzysektorowych pomiędzy sektorem zdrowia, środowiska i gospodarki może zwiększyć szanse, że wdrażane rozwiązania będą zarówno zrównoważone, jak i inkluzywne (UNEP, 2022).

Powiązania między globalnym zdrowiem, zmianami klimatycznymi, pandemią oraz potrzebami zdrowotnymi różnych kultur wymagają zintegrowanego i kompleksowego podejścia. Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej oznacza inwestowanie w infrastrukturę, lepszy dostęp do opieki zdrowotnej oraz promowanie współpracy międzynarodowej.

Wreszcie, zaangażowanie społeczności odgrywa kluczową rolę w przeciwdziałaniu skutkom zdrowotnym zmian klimatycznych. Wzmacnianie lokalnych społeczności poprzez edukację, dostarczanie zasobów i udział w procesie decyzyjnym zapewnia, że interwencje są dostosowane kulturowo i skuteczne (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Oddolne działania, połączone z inicjatywami odgórnymi, tworzą kompleksowe podejście do rozwiązywania wielowymiarowych wyzwań związanych ze zmianami klimatycznymi.

Uznając wzajemne powiązania między zmianami klimatycznymi a zdrowiem globalnym, społeczność międzynarodowa może podjąć proaktywne kroki w celu złagodzenia tych skutków. Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej, promowanie zrównoważonego rozwoju i budowanie odporności będą kluczowe dla ochrony zdrowia ludzkiego w erze bezprecedensowych zmian środowiskowych (Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu, 2022).

7.7. Podsumowanie

Wzajemne powiązania między zdrowiem globalnym, zmianami klimatycznymi i pandemią stwarzają złożone wyzwania, które wymagają pilnych i skoordynowanych działań. Społeczności wrażliwe, w tym migranci, uchodźcy i populacje wielokulturowe, są nieproporcjonalnie dotknięte tymi kryzysami, co podkreśla konieczność budowy systemów opieki zdrowotnej, które są inkluzywne i dostosowane kulturowo. Przyjęcie polityk, które rozwiązują te problemy zarówno na poziomie globalnym, jak i lokalnym, pozwoli społeczności zdrowia globalnego dążyć do budowy bardziej odpornych i sprawiedliwych systemów opieki zdrowotnej, zapewniając wszystkim dostęp do opieki i zasobów niezbędnych do rozwoju (Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu, 2022).

Piśmiennictwo

Climate change and health. (2021). World Health Organization. https://www.who.int [15.02.2025].

Climate change and health. (2022). The Intergovernmental Panel on Climate Change. https://www.ipcc.ch [5.01.2025].

Climate effects on health. (2021). Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm [5.01.2025].

Global environment outlook 2022: A roadmap for climate action. (2022). United Nations Environment Programme. https://doi.org/10.18356/9789280734519.

Global health. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/global-health [15.02.2025].

Migration. (2023). International Organization for Migration. https://www.iom.int/migration [5.01.2025].

Pandemics: Preparedness and response. (2022). Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov [5.01.2025].

Refugee data finder. (2022). UNHCR: The UN Refugee Agency. https://www.unhcr.org/refugee-statistics/ [5.01.2025].

Refleksja końcowa: Powiązanie globalnych kryzysów zdrowotnych z modelem EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten ukazuje, w jaki sposób zmiany klimatyczne oraz pandemia COVID-19 ujawniły i pogłębiły istniejące nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, w sposób szczególny dotykając społeczności transkulturowych, migrantów i uchodźców. Tym samym treść rozdziału bezpośrednio wspiera fundamentalne wartości modelu EMPOWER, zwłaszcza w obszarach: efektywności, wielokulturowości, dobrostanu oraz zasobów edukacyjnych.

Podkreślając konieczność budowania odpornych systemów ochrony zdrowia, prowadzenia sprawiedliwej polityki zdrowotnej oraz wdrażania wrażliwych kulturowo reakcji kryzysowych, rozdział akcentuje znaczenie kompetencji kulturowych w przeciwdziałaniu zagrożeniom globalnym. Odpowiedź na psychologiczne, językowe i społeczne potrzeby pacjentów w sytuacjach kryzysowych stanowi przykład opieki zorientowanej na osobę – jednego z kluczowych założeń modelu EMPOWER.

Rozdział wzmacnia również apel EMPOWER o współpracę międzynarodową i rozwój edukacji zdrowotnej, wskazując, że w obliczu pandemii i zagrożeń klimatycznych skuteczność mogą zapewnić wyłącznie systemowe, inkluzywne strategie działania.

Podsumowując, rozdział ten pokazuje, że odporność i sprawiedliwość w ochronie zdrowia są możliwe jedynie dzięki integracji różnorodności kulturowej – idei leżącej u podstaw modelu EMPOWER.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu



Rozdział 8

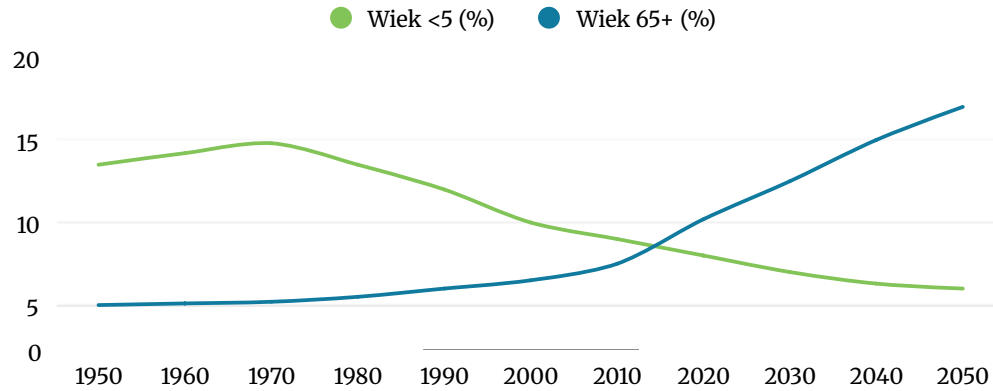
Starzenie się populacji

ELENA ROUSOU, PANAGIOTA ELLINA, PARASKEVI CHARITOU
Cyprus University of Technology (Cyprus)

Zdrowie globalne ma bezpośredni wpływ na świadczenie opieki zdrowotnej, wyniki leczenia pacjentów oraz praktykę zawodową. Profesjonaliści medyczni muszą rozumieć globalny kontekst opieki zdrowotnej, aby móc zapewniać opiekę zorientowaną na pacjenta, uwzględniającą różnice kulturowe i zgodną z zasadami etyki (Malhotra, 2023; Leininger i McFarland, 2002). Do 2050 roku globalna liczba osób w wieku 65 lat i starszych ma się podwoić, osiągając 1,5 miliarda, co będzie stanowiło 16% całej populacji. Choć postępy w opiece zdrowotnej i warunkach życia zwiększyły oczekiwaną długość życia w zdrowiu i napędziły rozwój tzw. „srebrnej gospodarki", nadal istnieją wyzwania, takie jak wzrost liczby osób w podeszłym wieku z problemami zdrowotnymi, chorobami przewlekłymi i nierówności zdrowotne, co stawia ważne pytania o równość w dostępie do opieki (Padeiro et al., 2023).

8.1. Wprowadzenie

Starzenie się populacji to globalny trend, napędzany spadkiem wskaźników dzietności i wydłużeniem życia. Średnia długość życia wzrosła o 25 lat od 1950 roku, a osoby, które osiągnęły 65 lat, mogą teraz oczekiwać dodatkowych 16,8 lat życia. Do 2030 roku liczba osób starszych przekroczy liczbę młodzieży i dwukrotnie przewyższy liczbę dzieci poniżej 5 roku życia, przy czym najszybszy wzrost wystąpi w krajach rozwijających się. Ta zmiana demograficzna ma znaczący wpływ na wzrost zapotrzebowanie na opiekę, zarówno formalną, jak i nieformalną. Rosnące zapotrzebowaniA na usługi zdrowotne, opiekuńcze i społeczne wymaga rozszerzenia edukacji w dziedzinie geriatrii i gerontologii dla profesjonalistów zajmujących się opieką zdrowotną i społeczną (United Nations International Day of Older Persons, 2024).



Wykres 8.1. Odsetek małych dzieci i osób starszych w populacji światowej: 1950–2050 (Organizacja Narodów Zjednoczonych, World Population Prospects: The 2010 Revision).

8.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- zwiększenia zrozumienia globalnych trendów starzenia się oraz ich wpływu na opiekę zdrowotną,
- promowania kompetencji kulturowych w podejściu do unikalnych potrzeb starzejących się społeczności wielokulturowych,
- wyposażenia studentów w strategie poprawy wyników zdrowotnych i równości dla różnych społeczności osób starszych.

8.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- wyjaśnić globalne trendy starzenia się i ich wpływ na systemy opieki zdrowotnej,
- zidentyfikować wspólne wyzwania, przed którymi stoją starzejące się społeczności wielokulturowe,

- zastosować zasady kompetencji kulturowej w scenariuszach klinicznych z udziałem osób starszych,
- rozpoznać odpowiednie przepisy prawne i traktaty wspierające równość w opiece nad starzejącymi się populacjami,
- zastanowić się nad strategiami łączenia obowiązków zawodowych i osobistego dobrostanu w udzielaniu opieki wielokulturowej.

8.4. Istotne definicje i terminy

Starzenie się: Postępujące zmiany fizjologiczne w organizmie, prowadzące do starości, czyli spadku funkcji biologicznych oraz zdolności organizmu do adaptacji do stresu metabolicznego. Proces starzenia rozpoczyna się w momencie osiągnięcia dorosłości i stanowi integralną część ludzkiego życia, podobnie jak niemowlęctwo, dzieciństwo i okres dojrzewania. Spadek funkcji fizjologicznych dotyczy wszystkich układów ciała, osłabiając zdolność organizmu do utrzymywania homeostazy w obliczu stresorów. Ten proces osłabia zdolność odróżniania między stanami patologicznymi a normalnym procesem starzenia się. Deterioracja funkcji w różnych układach ciała zmniejsza zdolność organizmu do radzenia sobie ze stresorami, prowadząc do dekompensacji i osłabienia, które mogą objawiać się dezorientacją lub zmniejszoną mobilnością. Objawy takie jak duszność czy upadki często mają wiele współistniejących przyczyn (Preston i Biddell, 2021).

Ageizm: Globalny raport na temat ageizmu, opracowany przez Światową Organizację Zdrowia we współpracy z Biurem Wysokiego Komisarza ONZ ds. Praw Człowieka, Departamentem Spraw Ekonomicznych i Społecznych ONZ oraz Funduszem Ludnościowym ONZ, definiuje ageizm jako „Niesprawiedliwe traktowanie osób, które stają się stare lub są stare, stereotypy (jak myślimy), uprzedzenia (jak się czujemy) i dyskryminację (jak działamy) wobec innych lub siebie na podstawie wieku. Może mieć charakter instytucjonalny, interpersonalny lub skierowany do siebie samego. Zaczyna się w dzieciństwie i jest społecznie konstruowany, dotykając ludzi w każdym wieku. Ageizm ma poważne konsekwencje, w tym obniżenie dobrostanu społecznego, pogorszenie jakości życia, złe zdrowie psychiczne i fizyczne oraz zwiększone ryzyko przedwczesnej śmierci" (Światowa Organizacja Zdrowia, 2021).



Starzenie się kulturowe odnosi się do procesu starzenia się, który zachodzi w kontekście wielu lub nakładających się teł kulturowych. Podkreśla, jak różne czynniki kulturowe wpływają na postrzeganie, doświadczenia i oczekiwania związane ze starzeniem się. Koncepcja ta uznaje, że starzenie się nie jest jednolitym doświadczeniem i może być znacząco kształtowane przez normy, wartości i praktyki kulturowe (Fernandes, 2023).

Opieka transkulturalna: Świadczenie opieki transkulturalnej jest zarówno obowiązkiem zawodowym, jak i moralnym pracowników ochrony zdrowia, co podkreślają międzynarodowe organizacje zajmujące się zdrowiem. Tego typu opieka, uwzględniająca wrażliwość kulturową, pozytywnie wpływa na dobrostan pacjentów, ich satysfakcję i wyniki leczenia. Jednakże zapewnienie odpowiedniej opieki transkulturalnej jest wyzwaniem, które wymaga nie tylko zrozumienia różnych kultur, ale także refleksji nad własnymi uprzedzeniami kulturowymi oraz zastosowania szacunkowych i kulturowo odpowiednich metod interwencji. W dodatku proces ten jest utrudniony przez czynniki interpersonalne, organizacyjne oraz systemowe, przez co pracownicy medyczni i studenci napotykają trudności w zapewnianiu skutecznej opieki w ramach systemu opieki zdrowotnej. (Shahzad et al., 2021).

> *„Ageizm w opiece zdrowotnej ma istotny wpływ na jakość opieki, jaką otrzymują osoby starsze. Stereotypy, takie jak założenie, że wszyscy starsi pacjenci są słabi lub nieporadni w korzystaniu z technologii, mogą prowadzić do niewłaściwego lub lekceważącego traktowania. Bariery systemowe, takie jak brak odpowiednich, przyjaznych wiekowi placówek oraz ograniczone szkolenie w zakresie opieki geriatrycznej, pogłębiają te problemy" (Ayalon et al., 2018).*

8.5. Zasady i wartości

Zrozumienie zależności zdrowia globalnego i starzenia się jest kluczowe dla studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu ze względu na rosnącą różnorodność populacji pacjentów oraz rosnącą liczbę osób starszych na całym świecie. Integracja zasad opieki transkulturowej zapewnia równość, szacunek dla różnorodności kulturowej oraz poprawę wyników leczenia pacjentów. Zasady i wartości związane z procesem starzenia się oraz kulturowo kompetentną opieką zdrowotną kładą nacisk na szacunek, włączanie i elastyczność w reagowaniu na zróżnicowane potrzeby osób starszych. Celem tych zasad jest zapewnienie, że usługi opieki zdrowotnej będą dostępne, równe i skuteczne w rozwiązywaniu unikalnych wyzwań, przed którymi stają populacje starzejące się, szczególnie te pochodzące z różnych środowisk kulturowych (Hanefeld et al., 2021; Światowa Organizacja Zdrowia, 2015).

Kluczowe zasady i wartości

- **Godność i szacunek:** Każda osoba, niezależnie od wieku, zasługuje na traktowanie z godnością, szacunkiem i sprawiedliwością. Obejmuje to szanowa-

nie autonomii i praw osób starszych do podejmowania decyzji dotyczących opieki i życia.

- **Niezależność i autonomia:** Wspieranie osób starszych w utrzymaniu ich niezależności, zdolności podejmowania decyzji oraz możliwości życia zgodnie z ich preferencjami i wartościami.
- **Udział społeczny:** Osoby starsze powinny mieć możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, w tym w życiu rodzinnym, wspólnotowym i zawodowym, aby zapobiegać izolacji i promować włączenie.
- **Równość i dostęp:** Dążenie do eliminacji nierówności w opiece zdrowotnej oraz zapewnienia wszystkim grupom kulturowym, w tym osobom starszym z grup marginalizowanych lub mniejszościowych, równego dostępu do opieki wysokiej jakości.
- **Szanowanie różnic kulturowych:** Uznawanie, że tło kulturowe wpływa na sposób, w jaki ludzie postrzegają i doświadczają zdrowia i choroby, oraz szanowanie tych różnic w procesie świadczenia opieki (Światowa Organizacja Zdrowia, 2015).

8.6. Starzenie się populacji jako globalne wyzwanie

Zmiany demograficzne

Zjawisko starzenia się populacji, często określane jako „srebrne tsunami", stanowi istotną zmianę w historii demograficznej. Tradycyjnie społeczeństwa były młode, z dziećmi stanowiącymi dużą część populacji, a starsi ludzie byli niewielką mniejszością. Ten wzorzec występował w różnych cywilizacjach oraz systemach religijnych i ideologicznych. Jednak do 2020 roku nastąpiła zmiana demograficzna, w wyniku której liczba osób starszych zaczęła przewyższać nad liczbą młodych. Tendencja ta, rozpoczynająca się w krajach uprzemysłowionych, obecnie charakteryzuje większość świata (Jakovljevic et al., 2020). Realistyczna prognoza przyszłości, w której liczba osób starszych osiągnie 95 milionów, wymaga znalezienia równowagi między wyzwaniami związanymi z opieką a cennym wkładem, jaki ta grupa może wnieść (Greenlee, 2020; Longev, 2021).

Starzenie się i zdrowie

Pandemia COVID-19 uwidoczniła ogromną wrażliwość opieki geriatrycznej, ujawniając niepokojącą prawdę: globalne systemy opieki zdrowotnej są niewystarczająco przygotowane na potrzeby starzejącej się populacji (Longev, 2021).

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała raport bazowy na temat Dekady Zdrowego Starzenia się, który przedstawia stan w 2020 roku oraz cele na rok 2030. Raport gromadzi dane niezbędne do mierzenia zdrowego starzenia się, prezentuje doświadczenia krajów, które z powodzeniem rozpoczęły inicjatywy zdrowego starzenia się, oraz omawia, co jest potrzebne do promowania współpracy i lepszego mierzenia postępów w tym zakresie. W poniższym wideo zaprezentowano wprowadzenie do raportu Światowej Organizacji Zdrowia: **https://youtu.be/ShmemfpkVLQ?si=GI4n1jzB8RopeHYx**

Promowanie zdrowego starzenia się wymaga holistycznego podejścia, obejmującego dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Wczesne interwencje i wpływ na wybory dotyczące stylu życia odgrywają kluczową rolę w łagodzeniu skutków chorób związanych z wiekiem oraz wpływają na poprawę jakości życia w późnym okresie życia (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Najczęstsze choroby związane z wiekiem to zaburzenia neurodegeneracyjne, rak, choroby układu krążenia oraz zaburzenia metaboliczne.

Otępienie i choroba Alzheimera

Starzenie się jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera (Alzheimer Disease, AD) i pokrewne otępienia (ADRD). Choroba Alzheimera, najczęstsza choroba neurodegeneracyjna na świecie, ma wyższy wskaźnik zachorowalności w miarę postępującego wieku, co stwarza wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej i gospodarek (Li et al., 2021). W 2010 roku otępienie przyczyniło się do 10 milionów lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY) wśród osób starszych, z czego 44% obciążenia występowało w regionach o niskim i średnim dochodzie. Otępienie wiąże się z postępującymi upośledzeniami poznawczymi, a jego objawy behawioralne i psychologiczne mają znaczący wpływ na jakość życia, powodując obciążenie opiekunów i często prowadząc do konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej. Częstotliwość występowania otępienia podwaja się mniej więcej co 5,9 roku, wzrastając z 3 przypadków na 1000 osobolat w grupie wiekowej 60–64 lata do 175 przypadków na 1000 osobolat wśród osób w wieku 95 lat i starszych. Wczesna diagnoza jest kluczowa, ponieważ umożliwia pacjentom zaangażowanie się w zaawansowane planowanie opieki, wówczas gdy nadal mają zdolność podejmowania decyzji (Jakovljevic et al., 2020). Pomimo poprawy dostępu do usług zdrowotnych, wciąż istnieją luki w zakresie sprawiedliwości i efektywności opieki nad osobami z otępieniem.

Promowanie świadomości na temat otępienia

Promowanie świadomości na temat otępienia jest kluczowe dla poprawy wyników leczenia, zmniejszenia stygmatyzacji oraz stworzenia inkluzyjnych, wspierających środowisk dla osób żyjących z otępieniem. Świadomość otępienia polega na zrozumieniu tej choroby oraz rozpoznawaniu jej objawów, symptomów i czynników ryzyka (Alzheimer's Association, 2021). Wczesna diagnoza może znacząco poprawić zarządzanie objawami i jakość życia osób z otępieniem (Światowa Organizacja Zdrowia, 2020). Ponadto promowanie środowisk przyjaznych osobom z otępieniem oraz zmniejszanie stygmatyzacji to kluczowe elementy świadomości na temat tej choroby, ponieważ zapewniają one inkluzyjność i wsparcie dla osób dotkniętych otępieniem (Alzheimer's Disease International, 2021).

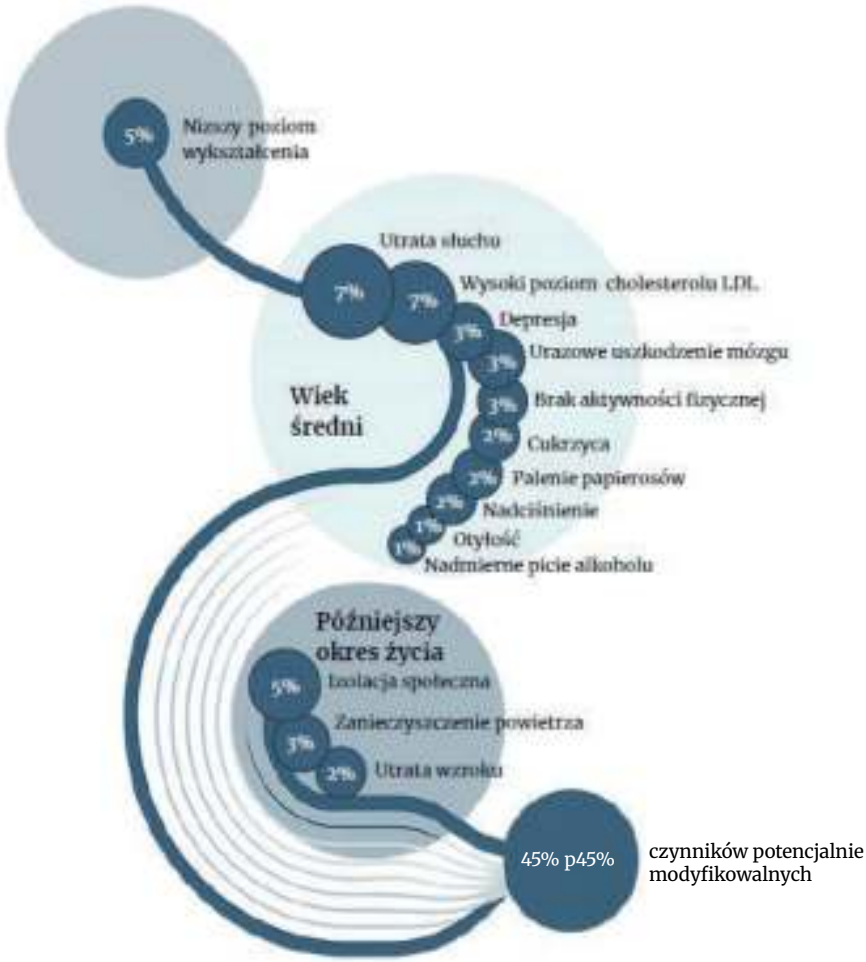
Korzyści z promowania świadomości na temat otępienia:

- wczesne wykrywanie i leczenie, co prowadzi do lepszego zarządzania objawami,
- lepsze wsparcie dla opiekunów i rodzin, zmniejszające stres, obciążenie i poprawiające jakość życia,

- więcej wspólnot przyjaznych osobom z otępieniem, sprzyjających inkluzji, zrozumieniu i uczestnictwu,
- upodmiotowienie osób z otępieniem, które mogą pozostać aktywne i zaangażowane w życie społeczne.

Prewencja otępienia

Wraz z wydłużającą się średnią długością życia, liczba osób żyjących z otępieniem nieustannie wzrasta, co uwypukla konieczność pilnego opracowania i wdrożenia skutecznych strategii zapobiegawczych. Edukacja społeczeństwa na temat modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak poziom wykształcenia, utrata słuchu, nadciśnienie, palenie papierosów, otyłość, depresja, brak aktywności fizycznej, cukrzyca, spożycie alkoholu, urazy mózgu, zanieczyszczenie powietrza, izolacja społeczna, nieleczona utra-



Ryc. 8.1. Model przebiegu życia ukazujący wpływ modyfikowalnych czynników ryzyka na rozwój demencji (Livingston i in., 2024)

ta wzroku, wysoki poziom cholesterolu LDL, może wspierać wysiłki zapobiegawcze i znacznie zmniejszyć ryzyko rozwoju otępienia (Livingston et al., 2020). Raport opublikowany przez „Lanceta" sugeruje, że modyfikacja tych 14 czynników ryzyka mogłaby zapobiec lub opóźnić wystąpienie prawie połowy przypadków otępienia. Wzywa to do ambitnych działań zapobiegawczych, obejmujących zarówno zmiany polityki na poziomie populacyjnym, jak i indywidualne interwencje. Prewencja powinna priorytetowo traktować równość, koncentrując się na grupach wysokiego ryzyka, a interwencje powinny zaczynać się wcześnie i trwać przez całe życie. Raport podkreśla, że ryzyko jest modyfikowalne niezależnie od predyspozycji genetycznych (status genetyczny APOE) oraz że interwencje wieloskładnikowe mogą przynieść korzyści osobom zarówno o wysokim, jak i niskim ryzyku genetycznym (Livingston et al., 2024).

Specyficzne rekomendacje obejmują:

- **edukację:** zapewnienie dostępu do wysokiej jakości edukacji i zachęcanie do stymulacji poznawczej w średnim wieku,
- **utratę słuchu:** zapewnienie dostępności aparatów słuchowych oraz ograniczenie narażenia na hałas szkodliwy,
- **depresję:** skuteczne leczenie depresji,
- **ochronę głowy:** zachęcanie do noszenia kasków podczas sportów kontaktowych i jazdy na rowerze,
- **aktywność fizyczną:** promowanie ćwiczeń fizycznych w celu zmniejszenia ryzyka otępienia,
- **palenie:** edukacja i oferowanie wsparcia w rzucaniu palenia,
- **nadciśnienie:** utrzymywanie ciśnienia skurczowego na poziomie 130 mm hg lub mniej od 40. roku życia,
- **cholesterol:** wykrywanie i leczenie wysokiego poziomu cholesterolu LDL w średnim wieku,
- **kontrolę wagi:** zapobieganie i wczesne leczenie otyłości w celu zmniejszenia ryzyka cukrzycy,
- **cukrzycę:** zapobieganie i kontrolowanie cukrzycy,
- **spożycie alkoholu:** redukcja nadmiernego picia alkoholu poprzez kontrolowanie cen i podnoszenie świadomości,
- **udział w życiu społecznym:** redukcja izolacji społecznej poprzez środowiska przyjazne osobom starszym i zaangażowanie w życie społeczności,
- **utratę wzroku:** zapewnienie dostępu do badań przesiewowych i leczenia utraty wzroku,
- **zanieczyszczenie powietrza:** redukcja narażenia na szkodliwe zanieczyszczenia (Livingston et al., 2024).

Kompetencje kulturowe w opiece nad osobami z otępieniem są kluczowe dla zapewnienia skutecznego i pełnego szacunku wsparcia osobom z różnych środowisk. Oznacza to zrozumienie oraz uwzględnianie wierzeń, wartości i praktyk kulturowych pacjentów w planach opieki. Takie podejście poprawia zaangażowanie pacjentów, ich satysfakcję oraz wyniki leczenia.

Kluczowe aspekty kompetencji kulturowych w opiece nad osobami z otępieniem

Zrozumienie perspektyw kulturowych: Uznanie, że wierzenia kulturowe mają znaczący wpływ na postrzeganie, diagnozowanie i zarządzanie otępieniem. Na przykład w niektórych kulturach otępienie może być traktowane jako naturalny proces starzenia się, co prowadzi do opóźnienia w poszukiwaniu pomocy medycznej (Lark et al., 2018).

Komunikacja: Pokonywanie barier językowych i rozumienie kulturowych stylów komunikacji jest kluczowe. Skuteczne korzystanie z tłumaczy oraz materiałów dostosowanych do kultury może poprawić relacje między pacjentem a pracownikiem opieki zdrowotnej (Alzheimer's Society, bd).

Rola rodziny: W wielu kulturach członkowie rodziny pełnią rolę głównych opiekunów osób starszych z otępieniem. Uznanie i szanowanie tych dynamik rodzinnych jest niezbędne do opracowania skutecznych planów opieki (Shishira, 2024).

Dostosowywanie interwencji: Tworzenie planów opieki, które uwzględniają kulturowe preferencje dietetyczne, tradycje opiekuńcze oraz wierzenia zdrowotne, jednocześnie promując praktyki oparte na dowodach naukowych.

Budowanie zaufania: Nawiązywanie zaufania poprzez interakcje uwzględniające wrażliwość kulturową, w tym wykorzystanie komunikacji niewerbalnej i współpracę z zasobami społecznościowymi, co poprawia komfort pacjenta i jego współpracę (Dementia UK, 2021).

8.7. Postawy pracowników ochrony zdrowia wobec starszych pacjentów

Badania pokazują, że postawy pracowników ochrony zdrowia wobec osób starszych mają kluczowy wpływ na jakość świadczonej opieki oraz efektywność komunikacji z pacjentami. Wskazują na kilka kluczowych wyników:

- **Negatywne postawy wpływają na komunikację:** Pielęgniarki o negatywnych postawach wobec starzenia się skłonne są do prowadzenia krótkich, powierzchownych rozmów z pacjentami starszymi, które często mają charakter zadaniowy. Takie interakcje charakteryzują się pobłażliwym tonem i wykluczają pacjentów z konsultacji lub podejmowania decyzji (Caris-Verhallen et al., 1999).
- **Niskie oczekiwania i zdystansowana opieka:** Pielęgniarki, które mają niekorzystne postawy wobec starszych pacjentów, wykazują mniejsze oczekiwania dotyczące ich rehabilitacji oraz oferują bardziej zdystansowaną opiekę. Częściej nie używają humoru ani nie pamiętają imion starszych pacjentów w porównaniu do młodszych osób (McLafferty i Morrison, 2004).
- **Wykluczenie z rozmów medycznych:** We wszystkich zawodach (lekarze, pielęgniarki, inni pracownicy sektora ochrony zdrowia) pacjenci starsi są często wykluczani z rozmów dotyczących opieki nad nimi. Zamiast tego pracownicy ochrony zdrowia często komunikują się z młodszymi członkami rodziny lub podejmują decyzje kliniczne bez istotnego udziału pacjen-

ta. Powody tego to m.in. brak samoświadomości, przekonanie, że rozmowa z młodszymi członkami rodziny jest łatwiejsza, oraz niedostrzeganie podmiotowości starszego pacjenta jako jednostki (Ben-Harush et al., 2016).

Podsumowując, te wzorce pokazują, jak ageizm w ochronie zdrowia może podważać opiekę skoncentrowaną na pacjencie oraz naruszać godność starszych pacjentów.

8.8. Wpływ kultury na postrzeganie starzenia się

W dzisiejszym świecie kombinacja urbanizacji, rosnących kosztów życia oraz zmian kulturowych związanych z globalną współzależnością przyczynia się do przejścia od tradycyjnych systemów rodzinnych, w których osobom starszym zapewnia się opiekę w domu rodzinnym, do systemów opieki instytucjonalnej. W wielu kulturach Wschodu oczekuje się, że młodsze pokolenia będą opiekować się starszymi członkami rodziny, traktując to jako obowiązek rodzinny. W związku z tym osoby starsze często otrzymują opiekę w domu, często mieszkając z dziećmi lub innymi młodszymi krewnymi. W przeciwieństwie do tego, w krajach takich jak Stany Zjednoczone osoby starsze często mieszkają w „społecznościach emeryckich", w których wiele osób wybiera życie niezależne od rodziny (Fernandes, 2023).

Postrzeganie starzenia się różni się w zależności od kultury, co wpływa na to, jak osoby starsze są widziane i traktowane. W niektórych kulturach osoby starsze są szanowane za swoją mądrość, podczas gdy w innych starzenie się jest postrzegane negatywnie. Może to wpływać na ich poczucie własnej wartości oraz samopoczucie. W społeczeństwach zachodnich często ceni się młodość i urodę, co prowadzi do negatywnego postrzegania starzenia się. Z kolei w wielu kulturach Wschodu i Afryki osoby starsze są cenione za swoje doświadczenie i wiedzę, a silne systemy wsparcia rodzinnego i wspólnotowego są powszechne. Zrozumienie tych różnic kulturowych przez pracowników opieki zdrowotnej jest kluczowe dla zapewnienia spersonalizowanej opieki, poprawy komunikacji, wspierania zaangażowania rodziny w podejmowanie decyzji oraz promowania aktywności w społeczności. Szkolenia z zakresu świadomości kulturowej poprawiają zdolność pracowników do świadczenia usług dla osób starszych z różnych środowisk (Mansor i Hui, 2020).

8.9. Wyzwania stojące przed imigrantami starzejącymi się w krajach, do których przybyli

Trudności ekonomiczne: Starsi imigranci często borykają się z trudnościami ekonomicznymi, ponieważ są nadreprezentowani w grupach wrażliwych i marginalizowanych. Zazwyczaj pracują w nisko opłacanych zawodach, charakteryzujących się niską stabilnością zatrudnienia oraz minimalnymi świadczeniami emerytalnymi. Nawet ci, którzy mają emerytury zawodowe, często otrzymują niskie świadczenia z powodu okresów bezrobocia lub wczesnej emerytury. Szczególnie poszkodowani są imigranci spoza Europy mieszkający w Europie, ponieważ zazwyczaj nie

mają możliwości przeniesienia praw emerytalnych, w przeciwieństwie do emerytów pochodzących z innych krajów europejskich (Ayalon et al., 2018).

Ograniczony dostęp do usług: Starsi imigranci często napotykają trudności w dostępie do usług publicznych z powodu barier językowych, braku wykształcenia, niewystarczającego kapitału kulturowego oraz braku informacji. Mają trudności w poruszaniu się po biurokratycznych procedurach i często polegają na wsparciu rodziny lub społeczności. Profesjonaliści często przypisują słabe korzystanie z usług samym imigrantom, zamiast dostrzegać problemy systemowe. Należy zauważyć, że brak inkluzyjnych polityk, niedostateczna uwaga instytucji głównego nurtu oraz niewystarczające szkolenie wielokulturowe dla usługodawców znacznie utrudniają dostęp do usług (Ayalon, et al., 2018).

Izolacja społeczna: Izolacja społeczna jest poważnym, globalnym problemem, który dotyka wielu starszych osób, zwłaszcza imigrantów i uchodźców. Jest często związana z rasizmem, dyskryminacją, barierami językowymi, słabymi sieciami społecznymi oraz oddzieleniem od przyjaciół i rodziny. Identyfikacja starszych osób cierpiących na izolację społeczną stanowi poważne wyzwanie. Lepsze zrozumienie tego zjawiska jest kluczowe dla opracowywania polityk, programów i badań mających na celu wsparcie różnorodnych grup starszych osób (Johnson et al., 2021).

8.10. Co mówią traktaty i konwencje europejskie na ten temat?

Chociaż przepisy prawne różnią się w zależności od kraju, istnieją wspólne tematy, takie jak przeciwdziałanie dyskryminacji, ochrona socjalna, dostęp do opieki zdrowotnej oraz wsparcie w samodzielnym życiu. Traktaty i legislacja UE zapewniają solidne zabezpieczenia przed dyskryminacją ze względu na wiek, skupiając się na ochronie praw osób starszych, promowaniu ich dobrostanu oraz zapewnieniu ich uczestnictwa w życiu społecznym.

Artykuł 19 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej uprawnia UE do tworzenia przepisów przeciwko dyskryminacji ze względu na wiek (Unia Europejska, 2007). **Artykuł 21 Karty Praw Podstawowych** wyraźnie zakazuje dyskryminacji ze względu na wiek, natomiast aartykuł 25 uznaje prawo osób starszych do godności, niezależności i uczestnictwa społecznego (Unia Europejska, 2000). Choć Europejska Konwencja Praw Człowieka nie odnosi się bezpośrednio do dyskryminacji ze względu na wiek, klauzula dotycząca zakazu dyskryminacji została zinterpretowana tak, aby obejmować także wiek (Rada Europy, 1950). **Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS)** potwierdził zasadę niedyskryminacji ze względu na wiek jako ogólną zasadę prawa UE, zapewniając zgodność z przepisami unijnymi (Mangold przeciwko Helm, 2005). Sprawa Mangold przeciwko Helm (2005) C-144/04 stanowiła przełomowy moment w orzecznictwie ETS w zakresie dyskryminacji ze względu na wiek w zatrudnieniu. Spór dotyczył pana Mangolda, 56-letniego pracownika w Niemczech, zatrudnionego na podstawie umowy o pracę na czas określony, zgodnie z niemieckim prawem, które umożliwiało za-

wieranie takich umów z pracownikami w starszym wieku bez konieczności podania uzasadnienia. Mangold zakwestionował te przepisy, twierdząc, że stanowiły one dyskryminację ze względu na wiek.

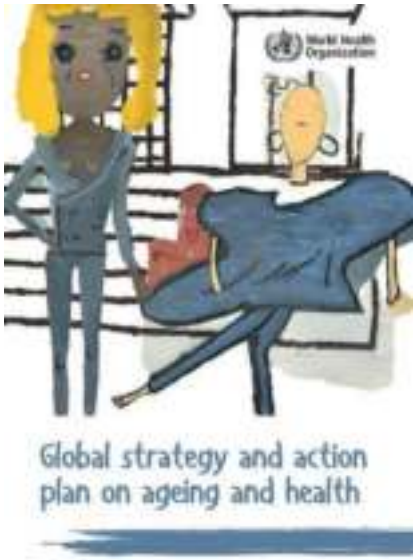
Trybunał orzekł, że niemieckie przepisy naruszają Dyrektywę w sprawie równości szans w zatrudnieniu, mimo że miały one zostać w pełni wdrożone dopiero do końca 2006 roku. ETS zaznaczył, że wszelkie regulacje, które pozwalają pracodawcom traktować pracowników inaczej ze względu na wiek, naruszają fundamentalną zasadę międzynarodowego prawa, jaką jest eliminowanie dyskryminacji ze względu na wiek. Trybunał stwierdził, że sądy krajowe zobowiązane są do pominięcia wszelkich przepisów krajowych, które są niezgodne z dyrektywą. Nawet przed pełnym wdrożeniem Dyrektywy 2000/78/WE, zakazującej dyskryminacji ze względu na wiek w zatrudnieniu, sądy krajowe powinny stosować się do zasadniczych norm prawa unijnego i nie stosować przepisów sprzecznych z tymi zasadami.

Europejska Karta Społeczna Rady Europy to traktat dotyczący praw człowieka, ustanowiony przez Radę Europy. Od ponad 60 lat chroni prawa społeczne i ekonomiczne obywateli Europy. Karta, otwarta do podpisu 18 października 1961 roku w Turynie we Włoszech, ewoluowała, by odpowiadać na wyzwania współczesnych społeczeństw, wprowadzając nowe prawa. Pomimo zmian Karta pozostaje kluczowym elementem misji Rady Europy – praw człowieka, rządów prawa i demokracji – podkreślając, że te idee nie mogą być w pełni zrealizowane bez ochrony praw socjalnych. **Artykuł 23 Karty** jest pierwszym traktatowym postanowieniem chroniącym prawa osób starszych. Zachęca on państwa członkowskie do zapewnienia odpowiedniego dochodu, opieki zdrowotnej oraz uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym i kulturalnym. Umożliwia to osobom starszym pełne członkostwo w społeczeństwie i zobowiązuje państwa-strony do stworzenia odpowiednich ram prawnych, które umożliwią walkę z dyskryminacją ze względu na wiek oraz ustanowienie procedur wspomagających podejmowanie decyzji (Rada Europy, 1961).

Dyrektywa Rady 2000/78/WE w sprawie równego traktowania w zakresie zatrudnienia zakazuje dyskryminacji ze względu na wiek w zatrudnieniu i szkoleniach zawodowych w całej Unii. Ma na celu zapewnienie równego traktowania i równych szans dla osób niezależnie od ich wieku w miejscu pracy (Komisja Europejska. Legislacja: Dyrektywa w sprawie równości szans w zatrudnieniu (2000/78/WE)).



Obejrzyj związane wideo Ochrona praw osób starszych:
https://youtu.be/GB7Vr8tlOuE? si=aXOimGVI6xk8EAlC.social rights.



Światowa Organizacja Zdrowia, Globalna Strategia i Plan Działań na rzecz Starzenia się i Zdrowia (2016–2020): Podczas Zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia w 2016 roku, 194 kraje przyjęły globalną strategię i plan działania na rzecz starzenia się i zdrowia. **Strategia** wyznaczyła wizję i cele na 14 lat (2016–2030), a **Plan Działania** określił, czego należy się podjąć w latach 2016–2020, aby opracować bazę dowodową oraz nawiązać partnerstwa na rzecz **Dekady Zdrowego Starzenia się**.

Strategia miała na celu poprawę jakości życia osób starszych poprzez promowanie zdrowego starzenia się i przeciwdziałanie wyzwaniom związanym ze starzeniem się populacji. Plan koncentruje się na zapewnieniu, aby osoby starsze mogły prowadzić niezależne życie i miały dostęp do niezbędnych usług i wsparcia, jednocześnie wspierając społeczeństwo, które docenia ich wkład.

Strategia (2016–2020) miała dwa główne cele:

- 5 lat działań opartych na dowodach naukowych, mających na celu maksymalizację zdolności funkcjonalnych, które dotrą do każdej osoby,
- do 2020 roku ustanowienie podstaw dowodowych i partnerstw niezbędnych do wspierania Dekady Zdrowego Starzenia się w latach 2020–2030.

Wkład Światowej Organizacji Zdrowia w realizację Globalnej Strategii na rzecz Starzenia się i Zdrowia (2016–2020) znacząco przyczynił się do realizacji obu celów. W ramach **celu 1** Światowa Organizacja Zdrowia odegrała kluczową rolę w umacnianiu dowodów naukowych na temat zdrowego starzenia się, opracowywaniu wytycznych oraz promowaniu polityk związanych ze starzeniem się. Światowy Raport na temat Starzenia się i Zdrowia (WRAH) oraz inne prace badawcze miały istotny wpływ na krajowe strategie, co doprowadziło do rosnącej liczby krajów opracowujących polityki zgodne ze strategią. Chociaż postęp ten nie może być przypisany wyłącznie Światowej Organizacji Zdrowia, odzwierciedla rosnącą globalną świadomość kwestii związanych ze starzeniem się i zdrowiem. W ramach **celu 2** Światowa Organizacja Zdrowia skutecznie zmobilizowała państwa członkowskie, agencje ONZ, organizacje społeczeństwa obywatelskiego i badaczy, aby położyć fundamenty pod Dekadę Zdrowego Starzenia się (2021–2030). Projekt propozycji Dekady wskazał cztery kluczowe obszary działań, w tym zwalczanie ageizmu, tworzenie przyjaznych starzeniu się środowisk, poprawę zintegrowanej opieki oraz rozszerzenie opieki długoterminowej. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała także programy takie jak Healthy Ageing for Impact in the 21st Century, czyli internetowy program szkoleniowy dla decydentów. Mimo tych postępów, nadal istnieją wyzwania, w tym potrze-



ba silniejszego przywództwa, jaśniejszych ról dla partnerów oraz bardziej sprawiedliwego udziału krajów w realizacji Dekady (Światowa Organizacja Zdrowia, 2020).

Dekada Zdrowego Starzenia się ONZ (2021–2030): Globalna inicjatywa prowadzona przez Światową Organizację Zdrowia jest kontynuacją Globalnej Strategii na rzecz Starzenia się i Zdrowia (2016–2020), mającej na celu promowanie dobrostanu, praw i godności osób starszych. Inicjatywa jest zgodna z Celami Zrównoważonego Rozwoju (SDGs) ONZ i skupia się na poprawie jakości życia starszych populacji na całym świecie. Uznaje rosnącą globalną liczbę osób starszych i dąży do wspierania zdrowego starzenia się w sposób inkluzywny i zrównoważony. Dekada Zdrowego Starzenia się ONZ stawia sobie za cel sprostanie wyzwaniom i wykorzystanie szans związanych ze starzeniem się populacji poprzez tworzenie środowisk i systemów wspierających zdrowie, autonomię i zaangażowanie osób starszych. Podkreśla potrzebę współpracy międzysektorowej oraz innowacyjnych podejść do budowy społeczeństw przyjaznych osobom starszym.

Kluczowe cele obejmują:

1. **Zwalczanie ageizmu:** Przeciwdziałanie stereotypom i dyskryminacji wobec osób starszych, promowanie pozytywnych postaw wobec starzenia się oraz docenianie wkładu osób starszych w społeczeństwo.

Działania przeciwko ageizmowi:

- podnoszenie świadomości poprzez kampanie edukacyjne dotyczące wartości i potencjału osób starszych,
- opracowanie polityk i przepisów chroniących przed dyskryminacją ze względu na wiek w zatrudnieniu, opiece zdrowotnej i innych obszarach,
- promowanie programów międzypokoleniowych w celu zwiększenia wzajemnego zrozumienia i likwidacji stereotypów między młodszymi i starszymi pokoleniami.

2. **Tworzenie środowisk przyjaznych osobom starszym:** Rozwój dostępnych przestrzeni publicznych i wspieranie społeczności, które sprzyjają aktywnemu i zdrowemu starzeniu się.

Społeczności przyjazne seniorom:

- zapewnienie dostępnych przestrzeni publicznych, transportu i mieszkań odpowiadających potrzebom osób starszych,

- promowanie zaangażowania społecznego, w tym wolontariatu oraz udziału w działalności społecznej, kulturalnej i rekreacyjnej,
- poprawa dostępu do usług, takich jak opieka zdrowotna, zakupy i rozrywka, poprzez rozwój infrastruktury fizycznej i cyfrowej.

3. **Zapewnienie zintegrowanej opieki:** Oferowanie usług zdrowotnych skoncentrowanych na potrzebach osób starszych, dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.

> *„Działając wspólnie, możemy dodać jakości do ilości i dać wszystkim ludziom szansę na prowadzenie pełnowartościowego życia niezależnie od wieku. Razem możemy sprawić, by każdy rok miał znaczenie – nie jako liczba, ale jako czas, w którym żyjemy i rozwijamy się".*
>
> *(Dekada Zdrowego Starzenia się ONZ, 2022)*

Modele zintegrowanej opieki:

- kładzenie nacisku na koordynację między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistami a usługami wsparcia społecznego w celu zaspokojenia złożonych potrzeb zdrowotnych osób starszych,
- skupienie na profilaktyce, wczesnej diagnozie i zarządzaniu chorobami przewlekłymi w celu poprawy wyników zdrowotnych i jakości życia,
- wykorzystanie technologii, takich jak telemedycyna, w celu zwiększenia dostępu do opieki, szczególnie dla osób mieszkających w odległych lub niedostatecznie obsługiwanych regionach.

4. Wsparcie opieki długoterminowej: Wzmacnianie systemów opieki długoterminowej w celu poszanowania praw, godności i preferencji osób starszych, których zdolności ulegają osłabieniu.

Wzmacnianie usług opieki długoterminowej:

- rozwój opcji opieki opartej na społeczności, które umożliwiają osobom starszym starzenie się we własnym miejscu zamieszkania, zamiast umieszczania ich w ośrodkach instytucjonalnych,
- zapewnienie odpowiedniego szkolenia i wsparcia dla opiekunów, w tym członków rodzin oraz pracowników profesjonalnych,
- zapewnienie, że polityki opieki długoterminowej biorą pod uwagę kwestie nadużyć, zaniedbań i wyzysku.

Inicjatywa ta stanowi apel do rządów, społeczeństwa obywatelskiego i zainteresowanych stron o poprawę jakości życia osób starszych, umożliwiając im dłuższe, zdrowsze i bardziej satysfakcjonujące życie (Dekada Zdrowego Starzenia się, 2022).

Obejrzyj poniższy film o Dekadzie Zdrowego Starzenia się:

https://youtu. be/2Ka3a3X5RRw? si=aTfBT5o5f1BLw7fB

Piśmiennictwo

Alzheimer's disease facts and figures. (2025). Chicago: Alzheimer's Association. chrome-exten-si-on://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alz.org/getmedia/ef8f48f9-ad36-48ea-87f9-b74034635c1e/alzheimers-facts-and-figures.pdf [10.01.2025].

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., et al. (2016). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. The Gerontologist, 57(4), 707–718. https://doi.org/10.1093/geront/gnw076.

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). The role of com-munication in nursing care for older people: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 915–933. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x.

Charter of Fundamental Rights of the European Union. (2000). Official Journal of the European Communities, C 364/1. chrome-exten-si-on://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf [15.01.2025].

Clark, J. L., Phoenix, S., Bilbrey, A. C., et al. (2018). Cultural competency in de-mentia care: An African American case study. Clinical Gerontologist, 41(3), 255–260. https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1420725.

Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union. (2007). European Union. Official Journal of the European Union, C 326/47. chrome-exten-si-on://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cvce.eu/content/publication/2014/7/1/d01af422-e2dc-4980-beb8-212b436a05da/publishable_en.pdf [15.01.2025].

Cultural and religious awareness within dementia care. (2021). Dementia UK. https://www.dementiauk.org/news/cultural-and-religious-awareness-within-dementia-care/ [26.01.2025].

Cultural sensitivity and awareness. Alzheimer's Society. https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/dementia-experience-toolkit/how-recruit-people-dementia/cultural-sensitivity-and-awareness [26.01.2025].

European Convention on Human Rights. (1950). Strasbourg: European Court of Human Rights, Council of Europe. chrome-exten-si-on://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG [15.01.2025].

Fernandes, D. (2023). Aging across borders: How we age around the world. Psy-chology Today. https://www.psychologytoday.com/us/blog/non-weird-science/202310/aging-across-borders-how-we-age-around-the-world [15.01.2025].

Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J. A., et al. (2021). World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London: Alzheimer's Disease International. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf [10.01.2025].

Global report on ageism. (2021). World Health Organization. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism [15.01.2025].

Greenlee, K. (2020). Overcoming the 'silver tsunami'. Generations. American So-ciety on Ageing. https://generations.asaging.org/silver-tsunami-older-adults-demographics-aging [15.01.2025].

Hanefeld, J., & Fischer, H. T. (2020). Global health: Definition, principles, and drivers. In: M. Jakovljevic, R. Westerman, T. Sharma., et al. Handbook of global health. Springer, 3–27.

Healthy aging at any age. (2024). CDC. https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html [26.01.2025].

Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., et al. (2021). Competing challenges for im-migrant seniors: Social isolation and the pandemic. Healthcare Management Fo-rum, 34(5), 266–271.

Legislation: Employment Equality Directive (2000/78/EC). Employment, Social Affairs & Inclusion. European Commission. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/rights-work/tackling-discrimination-work/legislation-employment-equality-directive-200078ec_en [21.01.2025].

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. Open Journal of Nursing, 3(1).

Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., et al. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. Biogerontology, 22(2), 165–187. https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, inter-vention, and care: 2024 report of the Lancet standing commission. The Lancet, 404(10452), 572–628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, in-tervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413–446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

Malhotra, S. (2023). Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare. World Economic Forum.

Mangold v Helm. (2005). Case C-144/04, European Court of Justice.

Mansor, S., & Hui, M. K. (2020). Cultural attitudes towards older adults: A com-parative study. Journal of Aging & Social Policy, 32(4), 413–430. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1802422.

McLafferty, E., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. Journal of Advanced Nursing, 47(4), 446-453. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03124.x.

Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2022). Global aging and health determi-nants in a changing world. In: P. J. Oliveira, & J. O. Malva (Eds.). Aging. Academ-ic Press, p. 3–30.

Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these chang-es affect older people. Medicine, 49(1), 1–5. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011.

Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. (2019). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia [10.01.2025].

Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., et al. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experi-ences. Journal of Professional Nursing, 37(6), 1119–1131. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001.

Shishira, S. (2024). How race and culture can affect Alzheimer's care. Dementia and Alzheimer's. https://www.webmd.com/alzheimers/race-culture-alzheimers-care [26.01.2025].

The European Social Charter. (1961). Council of Europe. Social Right. https://www.coe.int/en/web/european-social-charter [15.01.2025].

The Lancet Healthy Longevity. (2021). Care for ageing populations globally. The Lancet Healthy Longevity, 2(4), e180.

World report on ageing and health. (2015). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042/ [15.01.2025].

Refleksja końcowa: Starzenie się populacji a model EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten podkreśla, że globalne starzenie się populacji stanowi poważne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie sprawiedliwości, empatii i dostosowania kulturowego – wyzwanie to ściśle koresponduje z kluczowymi filarami modelu EMPOWER, w szczególności z obszarami: wielokulturowości, profesjonalizmu, dobrostanu oraz zasobów edukacyjnych.

Autorzy zwracają uwagę na konieczność zapewnienia kulturowo kompetentnej opieki geriatrycznej, walki z ageizmem oraz tworzenia przyjaznych środowisk dla osób starszych – co bezpośrednio wspiera wartości modelu EMPOWER związane z dobrostanem i efektywnością. Nacisk położony na indywidualizację opieki nad seniorami oraz uznanie ich tożsamości kulturowej i wartości odzwierciedla ideę EMPOWER, promującą opiekę pełną szacunku, refleksji i świadomości kulturowej.

Rozdział podkreśla również znaczenie profilaktyki otępienia i edukacji w zakresie starzenia się, wzmacniając tym samym komponent Zasobów Edukacyjnych modelu i promując ciągły rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia.

Podsumowując, rozdział ten wzmacnia podstawowe przesłanie modelu EMPOWER: opieka nad osobami starszymi musi być świadoma kulturowo, oparta na wartościach etycznych oraz skoncentrowana na godności i dobrostanie pacjenta – niezależnie od jego wieku czy pochodzenia.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu



Multi Culti Med

Rozdział 9

Skuteczna komunikacja międzykulturowa i praktyka współpracy:

strategie inkluzyjności i dialogu

KARMEN ERJAVEC, SABINA KRSNIK
University of Novo Mesto (Slovenia)

Skuteczna komunikacja międzykulturowa i współpraca opierają się na fundamentach empatii, aktywnego słuchania i wzajemnego szacunku, przekształcając różnorodność w potężne narzędzie sprzyjające inkluzyjności i wartościowemu dialogowi.

9.1. Wprowadzenie

Efektywna komunikacja międzykulturowa jest kluczowa dla profesjonalistów medycznych, pracujących w coraz bardziej zróżnicowanych środowiskach. Szacunek dla różnorodności stanowi podstawową zasadę, ponieważ pacjenci i współpracownicy wnoszą do środowiska opieki zdrowotnej swoje unikalne tła kulturowe, przekonania i wartości. Akceptacja tej różnorodności nie tylko buduje zaufanie, ale także poprawia wyniki leczenia pacjentów oraz dynamikę pracy zespołowej. Empatia i zrozumienie są równie istotne; profesjonaliści medyczni muszą aktywnie starać się zrozumieć perspektywy pacjentów i współpracowników, szczególnie w kontekście norm kulturowych dotyczących zdrowia, choroby i leczenia. Wymaga to kulturowej pokory – ciągłej gotowości do nauki o różnicach kulturowych i dostosowywania się do nich bez oceny. Jasna i przejrzysta komunikacja jest kluczowa dla zapewnienia, że informacje medyczne są przekazywane w sposób, który szanuje kontekst kulturowy pacjenta i unika niejednoznaczności. Aktywne słuchanie wspiera te wysiłki, umożliwiając profesjonalistom skuteczne rozwiązywanie obaw pacjentów i budowanie relacji. Wrażliwość na konflikty, kolejna ważna zasada, pozwala zespołom medycznym konstruktywnie zarządzać różnicami, koncentrując się na wspólnych celach, takich jak dobro pacjenta, a nie na nieporozumieniach kulturowych.

Oprócz tych zasad profesjonaliści medyczni powinni przyjąć wartości promujące inkluzyjność i współpracę w swojej praktyce. Wzajemny szacunek jest fundamentem, ponieważ uznaje wrodzoną godność każdej osoby, niezależnie od jej tła kulturowego czy językowego. Inkluzyjność zapewnia, że pacjenci i współpracownicy czują się doceniani i mają możliwość wyrażenia swoich perspektyw, co jest kluczowe w procesie podejmowania wspólnych decyzji. Integralność i uczciwość w komunikacji budują zaufanie, szczególnie w kontekście omawiania wrażliwych kwestii związanych ze zdrowiem i opieką. Współpraca zwiększa efektywność zespołu, wykorzystując różnorodne perspektywy do opracowania innowacyjnych rozwiązań. Równie ważne jest wzmocnienie – zachęcanie marginalizowanych grup, takich jak np. osoby nieznające języka dominującego, do aktywnego uczestnictwa w swojej opiece zdrowotnej lub w środowisku zawodowym. Przyjmując te zasady i wartości, profesjonaliści medyczni tworzą bardziej sprawiedliwy i efektywny system opieki, który nie tylko szanuje różnice kulturowe, ale także wykorzystuje je jako siłę w celu poprawy opieki nad pacjentem i rozwoju zawodowego w kontekście wielokulturowej opieki zdrowotnej (Samovar et al., 2017).

9.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- rozwijania umiejętności skutecznej komunikacji, w tym aktywnego słuchania i empatii. Poprzez ćwiczenia praktyczne i studia przypadków studenci będą doskonalić umiejętność aktywnego i empatycznego słuchania. Umiejętności te są kluczowe dla zrozumienia potrzeb pacjentów, budowania silnych relacji terapeutycznych oraz tworzenia atmosfery współpracy w zespołach medycznych,

- definiowania kluczowych pojęć związanych z komunikacją międzykulturową, takich jak kompetencje kulturowe, różnorodność językowa, ukryte uprzedzenia i stereotypy. Zrozumienie tych pojęć pomoże studentom poruszać się w interakcjach międzykulturowych z pewnością siebie i szacunkiem,
- rozpoznawania i pokonywania barier w komunikacji międzykulturowej, w tym różnic językowych, nieporozumień kulturowych oraz nieuświadomionych uprzedzeń. Studenci będą analizować strategie zapewniające szacunek i skuteczność w kontaktach z pacjentami i współpracownikami z różnych środowisk kulturowych,
- doskonalenia umiejętności rozwiązywania konfliktów w kontekstach wielokulturowych poprzez naukę technik zarządzania i rozwiązywania konfliktów wynikających z różnic kulturowych. Koncentrując się na wspólnych celach, takich jak dobro pacjenta, studenci będą opracowywać strategie przekształcania konfliktów w okazje do rozwoju i współpracy.

9.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- skutecznie się komunikować, w tym zrozumieć znaczenie aktywnego słuchania, empatii oraz jasności w interakcjach z pacjentami i współpracownikami. Poprzez ćwiczenia praktyczne i studia przypadków, studenci będą doskonalić umiejętność aktywnego i empatycznego słuchania. Umiejętności te są kluczowe dla zrozumienia potrzeb pacjentów, budowania silnych relacji terapeutycznych oraz wspierania współpracy w zespołach medycznych,
- zrozumieć znaczenie odpowiednich kulturowo technik komunikacji werbalnej i niewerbalnej, które są niezbędne do budowania zaufania i zrozumienia w różnorodnych środowiskach,
- rozpoznawać i pokonywać bariery w komunikacji międzykulturowej. Studenci zidentyfikują typowe wyzwania, takie jak różnice językowe, nieporozumienia kulturowe, ukryte uprzedzenia i stereotypy. Nauczą się strategii pozwalających na przezwyciężenie tych barier, co zapewni szacunek i skuteczność w kontaktach z pacjentami i współpracownikami z różnych środowisk kulturowych,
- wykorzystywać potencjał różnorodności kulturowej do wspierania innowacji i rozwiązywania problemów w zespołach opieki zdrowotnej,
- rozwiązywać konflikty w kontekstach wielokulturowych. Studenci nauczą się technik zarządzania i rozwiązywania konfliktów wynikających z nieporozumień kulturowych. Skupiając się na wspólnych celach, takich jak dobro pacjenta, opracują strategie, które przekształcają konflikty w okazje do rozwoju i współpracy.

9.4. Istotne definicje i terminy

Zrozumienie kluczowych definicji i terminów stanowi fundament dla studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu, umożliwiając im poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej, w którym różnorodność wśród pacjentów i profesjonalistów staje się coraz bardziej powszechna.

Komunikacja międzykulturowa odnosi się do wymiany informacji i idei między osobami z różnych środowisk kulturowych w sposób, który szanuje i łączy różnice kulturowe. Zgodnie z definicją Gudykunst (2003), kładzie nacisk na zrozumienie niuansów komunikacji werbalnej i niewerbalnej między kulturami w celu osiągnięcia wzajemnego porozumienia. W kontekście opieki zdrowotnej komunikacja międzykulturowa dotyczy biegłości językowej oraz rozpoznawania wartości, przekonań i praktyk kulturowych, które wpływają na zachowanie pacjenta i wyniki leczenia.

Skuteczna komunikacja kulturowa odnosi się do zdolności jednostek lub grup do efektywnej wymiany informacji i zrozumienia znaczeń w kontekście różnorodności kulturowej. Obejmuje komunikację werbalną, niewerbalną oraz symboliczną (Gudykunst, 2005). Skuteczną komunikację można osiągnąć poprzez strategie takie jak aktywne słuchanie, unikanie założeń i stereotypów oraz używanie języka i zachowań inkluzyjnych. Aktywne słuchanie polega na uważnym wsłuchaniu się w słowa mówcy z intencją zrozumienia i empatii, uwzględniając konteksty kulturowe (Brownell, 2012). Unikanie założeń i stereotypów wymaga powstrzymywania się od generalizacji lub uprzedzonych osądów opartych na różnicach kulturowych, koncentrując się zamiast tego na indywidualnych doświadczeniach (Hofstede et al., 2010). Język i zachowanie inkluzyjne zapewniają szacunek dla wszystkich osób, niezależnie od ich tła kulturowego (Neuliep, 2020).

Kompetencje językowe odnoszą się do zdolności systemów opieki zdrowotnej i ich świadczeniodawców do skutecznej komunikacji z pacjentami w ich preferowanym języku, w tym do zapewnienia usług tłumaczeniowych i interpretacyjnych. Termin ten podkreśla eliminację barier językowych w świadczeniu opieki (Office of Minority Health, 2001).

Komunikacja werbalna w opiece zdrowotnej odnosi się do używania języka mówionego lub pisanego w celu przekazywania informacji między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami. Obejmuje to zapewnianie jasnych, dokładnych i kulturowo wrażliwych wyjaśnień dotyczących diagnoz, leczenia i procedur (Silverman et al., 2013).

Komunikacja niewerbalna obejmuje wyraz twarzy, mowę ciała, kontakt wzrokowy, gesty, ton głosu, dotyk, proksemikę (przestrzeń osobistą), ton głosu, ciszę oraz inne sygnały niewerbalne, które mogą znacząco wpływać na to, jak informacje są odbierane i interpretowane (Hall, 1976). W kontekstach wielokulturowych zrozumienie różnic kulturowych w komunikacji niewerbalnej jest kluczowe, aby uniknąć nieporozumień i budować zaufanie u pacjentów z różnych środowisk.

Komunikacja zespołowa w wielokulturowych środowiskach opieki zdrowotnej odnosi się do wymiany informacji, pomysłów i opinii między profesjonalistami z różnymi tłami kulturowymi. Skuteczna komunikacja zespołowa opiera się na świadomości kulturowej, aktywnym słuchaniu oraz strategiach rozwiązywania konfliktów. Zgodnie z badaniami Reevesa et al. (2010), wysoko wydajne zespoły wielokulturowe wykazują się elastycznością, wzajemnym szacunkiem oraz wspólnymi celami, które są kluczowe dla bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki.

Bariery skutecznej komunikacji obejmują różnice językowe, nieporozumienia kulturowe oraz błędną interpretację sygnałów niewerbalnych (Samovar et al., 2017).

Zaangażowanie w dialog i współpracę oznacza gotowość jednostek i grup do angażowania się w otwarty, wzajemny dialog oraz dążenie do wspólnych rozwiązań opartych na szacunku dla różnorodności kulturowej i zaufaniu. Podkreśla znaczenie budowania relacji poprzez wspólne zrozumienie i współpracę (Buber, 1970; Isaacs, 1999). Budowanie zaufania w środowiskach wielokulturowych wymaga uczciwości, szacunku i spójności działań oraz komunikacji (Ting-Toomey i Chung, 2012).

Podejście oparte na dialogu jest niezbędne do zrozumienia różnych perspektyw. Dwustronna komunikacja, która obejmuje aktywne słuchanie i otwartość na inne punkty widzenia, wzmacnia dialog i sprzyja wzajemnemu zrozumieniu (Bakhtin, 1981).

Praktyki współpracy wspierają zaangażowanie poprzez włączanie interesariuszy w procesy podejmowania decyzji i współtworzenie rozwiązań, które integrują i szanują różnorodne perspektywy kulturowe. Angażowanie interesariuszy zapewnia ich aktywny udział oraz uwzględnienie ich wartości kulturowych (Freeman, 2010), podczas gdy współtworzenie rozwiązań podkreśla integrację różnych punktów widzenia w celu rozwiązania wspólnych wyzwań (Gray, 1989).

Rozwiązywanie konfliktów w środowiskach wielokulturowych jest istotnym elementem współpracy. Skuteczne strategie obejmują mediację opartą na wzajemnym szacunku i współpracy, koncentrując się na identyfikowaniu wspólnych wartości w celu konstruktywnego rozwiązania sporów (Deutsch et al., 2011).

9.5. Komunikacja międzykulturowa w opiece zdrowotnej

Modele teoretyczne komunikacji międzykulturowej

Modele teoretyczne są coraz częściej stosowane w opiece zdrowotnej, aby rozwiązywać problemy związane z nierównościami w wynikach leczenia, które mają swoje podłoże w różnicach kulturowych. Częstym źródłem tych nierówności są różnice w oczekiwaniach pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, bariery językowe oraz rozbieżne przekonania kulturowe na temat zdrowia i choroby. Badania wskazują, że kompetentna komunikacja kulturowa może zniwelować te bariery, sprzyjając lepszemu zrozumieniu i współpracy pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami. Takie podejście poprawia zaufanie, które jest fundamentem skutecznych relacji terapeutycznych, zwiększa przestrzeganie zaleceń medycznych poprzez dostosowanie opieki do wartości kulturowych pacjenta oraz poprawia ogólną satysfakcję pacjenta, tworząc bardziej inkluzywne i pełne szacunku doświadczenia w opiece zdrowotnej. Modele takie jak kontinuum kompetencji kulturowych podkreślają, że kompetencja kulturowa nie jest statycznym osiągnięciem, lecz ciągłym, dynamicznym procesem. Kontinuum obejmuje kilka etapów: destruktywność kulturową, niezdolność kulturową, ślepotę kulturową, wstępną kompetencję kulturową, kompetencję kulturową i biegłość kulturową. Pracowników ochrony zdrowia zachęca się do wyjścia poza podstawową świadomość kulturową, która polega jedynie na dostrzeganiu różnic kulturowych, i dążenia do biegłości kulturowej. Na

tym poziomie pracownicy ochrony zdrowia aktywnie włączają wiedzę i zrozumienie kulturowe do swojej komunikacji i praktyki, zapewniając dynamiczne dostosowywanie opieki do unikalnego tła kulturowego każdego pacjenta (Campinha-Bacote, 2002). Badacze zgadzają się, że kompetentna komunikacja kulturowa nie ogranicza się tylko do interakcji między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami, ale obejmuje również praktyki organizacyjne w systemach opieki zdrowotnej. Instytucje są zachęcane do tworzenia polityk i ram wspierających kompetencje kulturowe na wszystkich poziomach. Obejmuje to zatrudnianie pracowników z różnych środowisk kulturowych, zapewnianie regularnych szkoleń z zakresu komunikacji międzykulturowej oraz dostępu do profesjonalnych tłumaczy i materiałów edukacyjnych odpowiednich kulturowo. Takie podejście systemowe uzupełnia wysiłki indywidualnych pracowników ochrony zdrowia i sprzyja tworzeniu środowiska, w którym opieka odpowiednia kulturowo jest normą. W praktyce kompetentna komunikacja kulturowa stwarza możliwości wspólnego podejmowania decyzji, w których pacjenci czują się upoważnieni do wyrażania swoich preferencji i obaw. Takie podejście partycypacyjne nie tylko poprawia wyniki leczenia, ale także zmniejsza prawdopodobieństwo nieporozumień i konfliktów. Badania wykazały, że pacjenci są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia, gdy pracownicy ochrony zdrowia poświęcają czas na zrozumienie i uwzględnienie wierzeń kulturowych dotyczących tradycyjnych praktyk leczniczych, włączając preferowane przez pacjenta środki kulturowe. To holistyczne podejście świadczy o szacunku dla tożsamości kulturowej pacjenta i buduje zaufanie oraz współpracę w procesie leczenia (Campinha-Bacote, 2002).

Wyzwania związane z barierami językowymi i kulturowymi

Różnice językowe pozostają istotną barierą w komunikacji w opiece zdrowotnej. Pacjenci z ograniczoną biegłością w języku dominującym w danym państwie często doświadczają niższej jakości opieki z powodu nieporozumień, braku precyzyjnych wyjaśnień dotyczących ich stanu zdrowia i opcji leczenia. Może to prowadzić do obniżonego poziomu satysfakcji, zmniejszonej adherencji w stosunku do planów leczenia oraz gorszych wyników zdrowotnych. Badania wykazały, że bariery językowe mogą przyczyniać się do wyższych wskaźników ponownych przyjęć do szpitala, błędów medycznych oraz opóźnień w udzielaniu pomocy (Flores, 2006). Pacjenci z ograniczoną biegłością w języku angielskim często napotykają trudności w dostępie do usług zdrowotnych, otrzymują niższej jakości opiekę i doświadczają gorszych wyników zdrowotnych. Ograniczona biegłość w języku angielskim jest niezależnym czynnikiem przyczyniającym się do nierówności zdrowotnych i może nasilać negatywny wpływ innych społecznych determinantów zdrowia (Schwei et al., 2016; American Medical Association, 2021). Ponadto stres i niepokój wynikający z niemożności skutecznej komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia często pogarszają stan pacjentów, zwłaszcza w sytuacjach pilnych lub nagłych (Ulrey i Amason, 2001; Paternotte et al., 2015).

Profesjonalni tłumacze medyczni poprawiają komunikację, dokładnie przekazując terminologię medyczną i kulturowe niuanse, zmniejszając błędy i budując

zaufanie pacjentów. Jednak dostęp do takich usług pozostaje niejednolity z powodu wyzwań finansowych, kadrowych i logistycznych, a placówki w mniejszych miejscowościach często mogą polegać jedynie na mniej osobistych metodach tłumaczenia zdalnego (Pöchhacker, 2015).

Bariery kulturowe mają istotny wpływ na komunikację w opiece zdrowotnej, wpływając na przekonania, podejmowanie decyzji oraz postrzeganie leczenia. W kulturach kolektywistycznych, takich jak te w Azji Wschodniej czy Ameryce Łacińskiej, duży nacisk kładzie się na zaangażowanie rodziny w decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, co może opóźniać leczenie, gdy brakuje konsensusu. Z kolei w kulturach indywidualistycznych, takich jak w Ameryce Północnej czy Europie Zachodniej, większy nacisk kładzie się na autonomię, a zaangażowanie rodziny może być postrzegane jako intruzyjne (Hofstede et al., 2010).

Przekonania kulturowe na temat chorób, obejmujące duchowe lub holistyczne interpretacje, mogą wpływać na gotowość pacjentów do przestrzegania zaleceń medycznych, priorytetowo traktując np. modlitwę lub tradycyjne remedia, a niekoniecznie konwencjonalne metody leczenia. Niezrozumienie tych norm może prowadzić do niewłaściwego leczenia lub niewystarczającej kontroli bólu, co podważa zaufanie pacjentów i obniża jakość opieki (Samovar et al., 2017). Zróżnicowanie postaw kulturowych wobec bólu i wyrażania emocji stanowi istotne wyzwanie w opiece zdrowotnej. W niektórych kulturach wartość przypisuje się stoicyzmowi, podczas gdy w innych zachęca się do głośnego wyrażania bólu w celu uzyskania wystarczającej uwagi. Błędna interpretacja tych norm może prowadzić do niedoszacowania lub przeszacowania stanu pacjenta, co skutkuje suboptymalnym leczeniem. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy nie są świadomi kulturowych tendencji do niedoszacowania bólu, mogą niewłaściwie zarządzać dyskomfortem pacjenta, co prowadzi do niewystarczającej opieki (Samovar et al., 2017).

Komunikacja zorientowana na pacjenta w kontekście wielokulturowym

Badania wykazują, że pokonywanie barier językowych i kulturowych poprzez wykorzystanie kompetencji kulturowych znacznie poprawia wyniki zdrowotne. Może to obejmować korzystanie z profesjonalnych tłumaczy, stosowanie materiałów dostosowanych do kulturowych uwarunkowań oraz angażowanie się w ciągłe szkolenia podnoszące wrażliwość na różnorodność norm kulturowych (Flores, 2006; Samovar et al., 2017).

Badania wskazują również na skuteczność modeli komunikacji skoncentrowanych na pacjencie, takich jak LEARN, który pomaga pracownikom ochrony zdrowia w następujących działaniach: wysłuchaniu obaw pacjenta (listen), wyjaśnieniu własnej perspektywy (explain), uznaniu różnic kulturowych (acknowledge), zaproponowaniu odpowiedniego leczenia (recommend) oraz negocjowaniu wzajemnie akceptowalnego planu opieki (negotiate). Takie ustrukturalizowane podejście sprzyja konstruktywnej wymianie zdań, potwierdza perspektywę pacjenta i dostosowuje plany opieki do wartości kulturowych, tworząc tym samym bardziej inkluzywne i wspierające środowisko opieki zdrowotnej (Samovar et al., 2017).

Komunikacja niewerbalna w opiece zdrowotnej w kontekście wielokulturowym

Komunikacja niewerbalna odgrywa kluczową rolę w interakcjach w opiece zdrowotnej, szczególnie w przypadku barier językowych. Kontakt wzrokowy, gesty, dotyk i preferencje dotyczące przestrzeni osobistej różnią się znacznie w zależności od kultury i mogą wpływać na postrzeganie jakości opieki przez pacjentów. Badania pokazują, że szkolenie pracowników ochrony zdrowia w zakresie rozpoznawania i dostosowywania się do kulturowych różnic w komunikacji niewerbalnej poprawia doświadczenie pacjenta i buduje zaufanie (Samovar et al., 2017; Ting-Toomey i Chung, 2012).

Rola technologii w komunikacji międzykulturowej w opiece zdrowotnej

Narzędzia cyfrowe, w tym telemedycyna i aplikacje zdrowotne, oferują obiecujące rozwiązania w zakresie przezwyciężania barier kulturowych i językowych w opiece zdrowotnej, szczególnie dla grup mniejszościowych. Ich skuteczność jednak zależy od kulturowo wrażliwego projektowania, z interfejsami użytkownika i treściami dostosowanymi do poziomu piśmienności, znajomości technologii i norm kulturowych (Aceto et al., 2018). Badania pokazują, że wyzwaniem jest tzw. cyfrowa przepaść, ponieważ osoby z grup z niższymi dochodami oraz mieszkańcy niektórych obszarów cyfrowo wykluczonych mogą nie mieć dostępu do niezbędnej infrastruktury, a także mieć obawy dotyczące prywatności, które mogą różnić się w zależności od kultury i wpływać na zaufanie do technologii. Rozwiązanie tych problemów wymaga inwestycji w sprawiedliwą infrastrukturę i polityki opieki zdrowotnej uwzględniającej różnice kulturowe (Lythreatis et al., 2021).

9.6. Strategie skutecznej komunikacji międzykulturowej

Skuteczna komunikacja jest kluczowa dla świadczenia wysokiej jakości opieki zdrowotnej, szczególnie w środowiskach wielokulturowych. Umożliwia ona zbudowanie zaufania, zrozumienie potrzeb pacjentów i dostarczenie odpowiedniej opieki. Profesjonaliści medyczni mogą stosować różne strategie, aby poprawić komunikację z pacjentami i współpracownikami.

Strategie skutecznej komunikacji w opiece zdrowotnej:

1. **Aktywne słuchanie**

Aktywne słuchanie jest fundamentem skutecznej komunikacji. Polega na pełnym skupieniu uwagi na tym, co mówi mówca, zrozumieniu jego przesłania i udzieleniu przemyślanej odpowiedzi.

2. **Używanie jasnego i prostego języka**

Terminologia medyczna może być myląca lub przerażająca dla pacjentów, szczególnie tych z ograniczoną wiedzą na temat zdrowia. Uproszczenie języka i unikanie terminów technicznych zapewnia, że pacjenci zrozumieją swoją diagnozę, opcje leczenia i instrukcje dotyczące opieki.

Strategie skutecznej komunikacji w opiece zdrowotnej:
1. *Aktywne słuchanie*
2. *Używanie jasnego i prostego języka*
3. *Wrażliwość kulturowa*
4. *Komunikacja niewerbalna*
5. *Budowanie zaufania i relacji*
6. *Wykorzystanie technologii wspierającej komunikację*
7. *Zachęcanie do wspólnego podejmowania decyzji*
8. *Pokonywanie barier językowych*
9. *Okazywanie empatii i wsparcia emocjonalnego*

3. Bycie wrażliwym kulturowo
Wrażliwość kulturowa polega na rozpoznawaniu i szanowaniu wierzeń, wartości oraz praktyk kulturowych pacjentów. W zróżnicowanych środowiskach opieki zdrowotnej wrażliwość kulturowa pomaga pracownikom ochrony zdrowia unikać nieporozumień i zapewniać opiekę zgodną z kontekstem kulturowym pacjenta.

4. Komunikacja niewerbalna
Komunikacja niewerbalna, taka jak mimika, gesty i język ciała, odgrywa istotną rolę w interakcjach w opiece zdrowotnej. Pracownicy ochrony zdrowia muszą być świadomi sygnałów niewerbalnych, które wysyłają, oraz nauczyć się interpretować sygnały pacjentów z różnych środowisk kulturowych.

5. Budowanie zaufania i relacji
Zaufanie jest kluczowe w relacji pacjent–personel medyczny. Gdy pacjenci ufają pracownikom medycznym, chętniej dzielą się ważnymi informacjami, przestrzegają zaleceń terapeutycznych i są bardziej zadowoleni z opieki.

6. Wykorzystywanie technologii w komunikacji
Narzędzia cyfrowe, takie jak elektroniczna dokumentacja medyczna, platformy telemedyczne i portale pacjentów, mogą poprawić komunikację między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami. Technologie te ułatwiają wymianę informacji, poprawiają dostęp do opieki oraz umożliwiają lepsze zaangażowanie pacjentów.

7. Zachęcanie do wspólnego podejmowania decyzji
Wspólne podejmowanie decyzji polega na tym, że pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia współpracują, aby podejmować decyzje medyczne, które są zgodne z preferencjami i wartościami pacjenta. Takie podejście prowadzi do większego zadowolenia pacjenta i lepszych wyników zdrowotnych.

8. Pokonywanie barier językowych
Bariery językowe mogą utrudniać skuteczną komunikację, prowadzić do błędnych diagnoz, błędów medycznych i obniżonego poziomu zadowolenia pacjentów. Pokonywanie tych barier jest kluczowe dla zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej.

9. Okazywanie empatii i wsparcia emocjonalnego
Empatia to zdolność do rozumienia i dzielenia uczuć drugiej osoby. W opiece zdrowotnej okazanie empatii sprzyja budowaniu silnej relacji pacjent–personel medyczny i pomaga pacjentom poczuć się wspieranymi w trudnych chwilach.

Aktywne słuchanie w kontekście wielokulturowym dla profesjonalistów opieki zdrowotnej

Aktywne słuchanie jest kluczową umiejętnością komunikacyjną dla profesjonalistów opieki zdrowotnej, szczególnie w kontekście wielokulturowym. W zróżni-

cowanych środowiskach opieki zdrowotnej skuteczne słuchanie to nie tylko odbieranie słów; wymaga ono zrozumienia kulturowych niuansów, uznania emocji oraz okazywania szacunku dla perspektywy pacjenta.

Aktywne słuchanie w kontekście wielokulturowym obejmuje kilka kluczowych elementów:

1. **Uważność**
   - utrzymuj kontakt wzrokowy (jeśli jest to kulturowo odpowiednie) i skup się na pacjencie bez rozpraszania uwagi,
   - używaj mowy ciała, np. przytakiwania lub lekkiego pochylania się do przodu, aby pokazać zaangażowanie,
   - unikaj przerywania lub kończenia wypowiedzi pacjenta.
2. **Doprecyzowanie**
   - zadawaj pytania otwarte, aby zachęcić pacjenta do dokładniejszego opisania swoich obaw (np. Czy może Pan/Pani opowiedzieć więcej o tym, co Pan/Pani odczuwa?),
   - proś o wyjaśnienia, gdy jest to konieczne, aby upewnić się, że dobrze rozumiesz (np. Co ma Pan/Pani na myśli, mówiąc, że czuje się Pan/Pani „ciężko”?).
3. **Odbicie**
   - parafrazuj wypowiedzi pacjenta, aby potwierdzić, że dobrze zrozumiałeś (np. Czyli mówi Pan/Pani, że ból nasila się wieczorem?),
   - odbijaj emocje pacjenta, aby okazać empatię (np. Wygląda na to, że to było dla Pana/Pani bardzo frustrujące).
4. **Empatia**
   - okazuj zrozumienie dla uczuć pacjenta oraz jego kulturowej perspektywy,
   - uznawaj emocje pacjenta (np. Rozumiem, że ta sytuacja może budzić niepokój).
5. **Podsumowanie**
   - podsumuj kluczowe punkty rozmowy, aby upewnić się, że obie strony są zgodne co do jej przebiegu,
   - potwierdź kolejne kroki i działania do podjęcia.

Różnice kulturowe mogą wpływać na sposób, w jaki pacjenci komunikują swoje potrzeby i reagują na pracowników opieki zdrowotnej. Świadomość tych różnic jest kluczowa dla skutecznego aktywnego słuchania, w kontekstach wielokulturowych.

Strategie aktywnego słuchania uwzględniającego wrażliwość kulturową:

- zwracaj uwagę na sygnały niewerbalne, takie jak mimika, gesty i ton głosu, które mogą się różnić w zależności od kultury,
- dostosuj swój styl komunikacji do preferencji pacjenta (np. bardziej formalny lub nieformalny w zależności od kontekstu kulturowego),
- unikaj stereotypów; traktuj każdego pacjenta indywidualnie.

Przykłady wpływu kultury na komunikację:

- **Kultura wysokiego vs. niskiego kontekstu**: W kulturach wysokiego kontekstu (np. Japonia, Chiny) komunikacja opiera się często na ukrytych przekazach i sygnałach niewerbalnych. W kulturach niskiego kontekstu (np. Stany Zjednoczone, Niemcy) komunikacja jest zwykle bardziej bezpośrednia i jednoznaczna.
- **Postawy wobec autorytetu:** W niektórych kulturach pacjenci mogą niechętnie kwestionować lub nie zgadzać się z pracownikami ochrony zdrowia, postrzegając ich jako autorytety. Aktywne słuchanie może pomóc stworzyć bezpieczną przestrzeń, w której pacjenci mogą wyrażać swoje obawy.
- **Wyrażanie bólu i emocji:** Normy kulturowe mogą wpływać na sposób opisywania objawów lub wyrażania emocji. Na przykład niektóre kultury mogą zniechęcać do otwartego wyrażania bólu, podczas gdy inne mogą zachęcać do szczegółowych opisów.

Profesjonaliści opieki zdrowotnej mogą napotykać wyzwania w praktykowaniu aktywnego słuchania w kontekstach wielokulturowych:

- ograniczenia czasowe: ograniczony czas na konsultacje może utrudniać aktywne słuchanie,
- ukryte uprzedzenia: nieświadome uprzedzenia mogą wpływać na to, jak pracownicy ochrony zdrowia postrzegają i reagują na pacjentów,
- bariery językowe: nawet z pomocą tłumaczy subtelne niuanse językowe mogą zostać utracone,
- stres emocjonalny: pracownicy ochrony zdrowia mogą czuć się przytłoczeni emocjonalnymi wymaganiami związanymi ze słuchaniem obaw pacjentów.

Jak przezwyciężać te wyzwania:

- skup się na aktywnym słuchaniu, zwłaszcza w złożonych lub wrażliwych przypadkach, nawet jeśli czas jest ograniczony,
- miej na uwadze własne uprzedzenia i uczestnicz w szkoleniach z zakresu kompetencji kulturowych, aby zminimalizować ich wpływ,
- korzystaj z list kontrolnych lub modeli komunikacyjnych, takich jak model LEARN, aby ułatwić interakcje,
- praktykuj dbanie o siebie, aby zarządzać stresem i utrzymać odporność emocjonalną.

Używanie jasnego i prostego języka w wielokulturowym kontekście opieki zdrowotnej

Aby skutecznie się komunikować, profesjonaliści z zakresu opieki zdrowotnej powinni stosować się do następujących zasad:

1. unikaj żargonu medycznego: używaj codziennych terminów zamiast specjalistycznego języka. Na przykład mów „wysokie ciśnienie krwi" zamiast „nadciśnienie".

2. bądź bezpośredni i precyzyjny: unikaj ogólników. Zamiast mówić: „Może Pan/Pani to wziąć", powiedz: „Proszę przyjmować ten lek raz dziennie po posiłkach".
3. używaj krótkich zdań: dziel złożone informacje na mniejsze, łatwiejsze do zrozumienia fragmenty. Na przykład zamiast mówić: „Lek zmniejsza stan zapalny, co pomaga łagodzić ból i obrzęk", powiedz: „Ten lek zmniejsza obrzęk i ból".
4. wykorzystuj pomoce wizualne: kiedy to możliwe, używaj diagramów, wykresów lub obrazów, aby wyjaśnić procedury lub schorzenia.
5. proś o informację zwrotną: upewnij się, że pacjent zrozumiał, prosząc go o powtórzenie informacji własnymi słowami.
6. mów w spokojnym tempie: mów powoli i wyraźnie, zwłaszcza gdy język pacjenta różni się od twojego.

Strategie komunikacji w kontekście wielokulturowym:

1. naucz się kluczowych zwrotów: znajomość podstawowych słów w języku pacjenta, takich jak „ból", „lek" czy „pomoc", może znacząco poprawić komunikację.
2. bądź świadomy norm kulturowych: pamiętaj, że pochodzenie kulturowe wpływa na to, jak pacjenci postrzegają opiekę zdrowotną, wyrażają objawy i wchodzą w interakcje z personelem medycznym, np. w niektórych kulturach pacjenci mogą niechętnie zadawać pytania lub wyrażać obawy.
3. jeśli to możliwe, skorzystaj z pomocy profesjonalnych tłumaczy: w przypadku poważnych barier językowych korzystaj z wyszkolonych tłumaczy, zamiast polegać na członkach rodziny, którzy mogą nie mieć odpowiedniej wiedzy medycznej lub wprowadzać osobiste uprzedzenia.
4. bądź cierpliwy i otwarty: daj pacjentom czas na przetworzenie informacji i zadawanie pytań. Unikaj zakładania, że w pełni rozumieją lub mają określone preferencje.



Scenariusz: Pacjent z innego kręgu kulturowego zgłasza się z objawami cukrzycy, ale ma trudności ze zrozumieniem terminów medycznych.

- Używaj prostego języka: Zamiast mówić: „Poziom glukozy wskazuje na hiperglikemię", powiedz: „Pana poziom cukru we krwi jest zbyt wysoki".
- Pomoc wizualna: Pokaż wykres z prawidłowymi i podwyższonymi poziomami cukru we krwi.
- Informacja zwrotna: Zapytaj: „Czy może mi pan powiedzieć, co rozumie na temat swojego poziomu cukru we krwi?"
- Wrażliwość kulturowa: Jeśli dieta pacjenta jest specyficzna dla jego kultury, omów produkty, które pasują do jego tradycji, ale jednocześnie wspierają jego zdrowie.

5. Zwracaj uwagę na sygnały niewerbalne: Język ciała, mimika i ton głosu mogą dostarczyć cennych informacji o tym, czy pacjent rozumie i czuje się komfortowo.

Wrażliwość kulturowa w wielokulturowym środowisku opieki zdrowotnej

Wrażliwość kulturowa polega na rozpoznawaniu, szanowaniu i docenianiu różnic kulturowych. Obejmuje nie tylko świadomość, ale także aktywne dostosowywanie komunikacji, zachowań oraz planów opieki do potrzeb kulturowych pacjentów. Profesjonaliści z zakresu opieki zdrowotnej muszą rozumieć, że kultura wpływa na sposób, w jaki pacjenci interpretują objawy, szukają opieki, stosują się do zaleceń oraz postrzegają systemy opieki zdrowotnej.

Zasady wrażliwości kulturowej:

1. Samoświadomość: Zastanów się nad swoimi uprzedzeniami, wartościami i założeniami kulturowymi. Świadomość własnych przekonań pomaga unikać narzucania ich pacjentom.
2. Wiedza kulturowa: Ucz się o powszechnych przekonaniach i praktykach kulturowych związanych z twoją populacją pacjentów. Chociaż uogólnienia mogą dostarczyć kontekstu, pamiętaj, że każdy pacjent jest unikalny.
3. Empatia i szacunek: Przystępuj do każdej interakcji z pacjentem z empatią, starając się zrozumieć jego perspektywę i okazując szacunek dla jego wartości oraz preferencji.
4. Skuteczna komunikacja: Używaj jasnego języka, bez żargonu. Gdy to konieczne, współpracuj z tłumaczami, aby zapewnić dokładne zrozumienie.
5. Elastyczność: Bądź gotowy na modyfikację swojego podejścia, aby dostosować je do kulturowego kontekstu pacjenta.

Praktyczne strategie dla wrażliwej kulturowo opieki:

1. **Budowanie zaufania**
   - zacznij od przedstawienia się i wyjaśnienia swojej roli,
   - wykaż autentyczne zainteresowanie pochodzeniem i preferencjami pacjenta,
   - stosuj techniki aktywnego słuchania, takie jak utrzymywanie kontaktu wzrokowego (jeśli to kulturowo odpowiednie) i potakiwanie.

2. **Zrozumienie przekonań kulturowych pacjenta na temat zdrowia**
   - zadawaj otwarte pytania, aby odkryć przekonania kulturowe na temat chorób i leczenia, np. „Jak postrzega Pan/Pani swoją chorobę?" lub „Czy są jakieś tradycyjne praktyki, które Pani/Pan stosuje?",
   - szanuj tradycyjne metody leczenia i, tam gdzie to możliwe, integruj je z leczeniem biomedycznym.

3. **Pokonywanie barier językowych**
   - używaj profesjonalnych tłumaczy, a nie członków rodziny, aby zapewnić dokładność i zachować poufność informacji przekazywanych przez pacjenta,

- dostarczaj materiały pisemne w preferowanym przez pacjenta języku,
- naucz się podstawowych zwrotów w językach, którymi posługują się twoi pacjenci.

4. **Nawigowanie różnicami kulturowymi**
   - zwracaj uwagę na normy kulturowe dotyczące ról płciowych, skromności i kontaktu fizycznego, np. niektórzy pacjenci mogą preferować lekarza tej samej płci,
   - zrozum kulturowe różnice w wyrażaniu bólu, smutku lub emocji,
   - unikaj stereotypów; pytaj pacjentów o ich preferencje.
5. **Zachęcanie pacjentów do aktywnego udziału w procesie leczenia**
   - włączaj pacjentów i ich rodziny w proces podejmowania decyzji, ponieważ dynamika rodzinna odgrywa ważną rolę w wielu kulturach,
   - wyjaśniaj opcje leczenia w jasny sposób, upewniając się, że pacjenci rozumieją i czują się upoważnieni do podejmowania decyzji.

Wyzwania i sposoby ich pokonywania:

1. Ograniczenia czasowe: Przeznaczenie dodatkowego czasu na wrażliwą kulturowo opiekę może być wyzwaniem. Priorytetem powinno być budowanie relacji na początku, aby uprościć przyszłe interakcje.
2. Brak wiedzy kulturowej: Zdobądź wiedzę poprzez szkolenia, warsztaty i zasoby dotyczące kompetencji kulturowych.
3. Ukryte uprzedzenia: Korzystaj z narzędzi, takich jak testy na skojarzenia, aby identyfikować i minimalizować nieświadome uprzedzenia.

Bycie wrażliwym kulturowo jest kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki w wielokulturowym środowisku medycznym. Wymaga to ciągłej autoanalizy, nauki i elastyczności. Zrozumienie i szanowanie tła kulturowego pacjentów pozwala budować zaufanie, poprawiać wyniki zdrowotne i sprawiać, że każdy pacjent czuje się doceniony i zaopiekowany. Wrażliwość kulturowa to budowanie relacji terapeutycznej opartej na wzajemnym szacunku i zrozumieniu.

Komunikacja niewerbalna

Komunikacja niewerbalna stanowi istotną część interakcji międzyludzkich, często uzupełniając lub nawet zastępując komunikację werbalną. W opiece zdrowotnej jest szczególnie ważna, zwłaszcza gdy istnieją bariery językowe. Uśmiech lub skinienie głową mogą uspokoić pacjenta, nawet jeśli nie rozumie on słów. Podobnie, obserwowanie języka ciała pacjenta, np. oznak dyskomfortu lub lęku, może zwrócić uwagę personelu medycznego na niewypowiedziane obawy.

Komunikację niewerbalną w opiece zdrowotnej można podzielić na następujące elementy:

Wyraz twarzy

Znaczenie: Wyraz twarzy wyraża emocje, takie jak empatia, troska i zrozumienie.

W praktyce:

- ciepły uśmiech może pomóc pacjentom poczuć się komfortowo,
- unikaj wyrazów twarzy wyrażających frustrację lub dezaprobatę, aby utrzymać zaufanie,
- zachowaj łagodny i zachęcający wyrazy twarzy przy przekazywaniu wrażliwych informacji.

Kontakt wzrokowy

Znaczenie: Kontakt wzrokowy pokazuje zaangażowanie i szacunek, sprawiając, że pacjent czuje się wysłuchany i doceniony.

W praktyce:

- utrzymuj odpowiedni kontakt wzrokowy, ale nie wpatruj się w pacjenta, ponieważ może to być postrzegane jako zastraszające,
- bądź świadomy, że w niektórych kulturach długotrwały kontakt wzrokowy może być uznawany za brak szacunku.

Język ciała

Znaczenie: Postawa ciała, gesty i ruchy odzwierciedlają zaangażowanie i otwartość.

W praktyce:

- lekko pochyl się do przodu, aby okazać uwagę,
- unikaj krzyżowania ramion, ponieważ może to być postrzegane jako postawa obronna lub zamknięta,
- używaj otwartych gestów rąk, aby wzmocnić przekaz werbalny.

Dotyk

Znaczenie: Dotyk może przekazywać empatię, wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, szczególnie w trudnych lub krytycznych sytuacjach.

W praktyce:

- delikatny dotyk na ramieniu lub dłoni może pocieszyć pacjenta, ale zawsze pamiętaj o granicach kulturowych i preferencjach osobistych,
- unikaj nadmiernego lub zbędnego kontaktu fizycznego, który może sprawić, że pacjent poczuje się niekomfortowo.

Proksemika (przestrzeń osobista)

Znaczenie: Szacunek dla przestrzeni osobistej jest kluczowy, aby pacjenci czuli się komfortowo.

W praktyce:

- utrzymuj odpowiednią odległość, biorąc pod uwagę komfort pacjenta oraz normy kulturowe,
- zrozum, że niektórzy pacjenci mogą preferować większą przestrzeń, podczas gdy inni mogą czuć się spokojniej, gdy znajdują się bliżej.

Ton głosu (paralingwistyka)

Znaczenie: Ton, wysokość i tempo mowy mogą wpływać na to, jak odbierane są komunikaty.

W praktyce:

- używaj spokojnego i pewnego tonu, aby stworzyć poczucie bezpieczeństwa i zaufania,
- unikaj brzmiącego pospiesznie lub lekceważąco tonu, ponieważ może to sprawić, że pacjent poczuje się nieistotny,
- zwolnij tempo mowy przy wyjaśnianiu złożonych informacji medycznych.

Gesty

Znaczenie: Ruchy rąk i gesty mogą wyjaśniać lub podkreślać komunikację werbalną.

W praktyce:

- używaj prostych, jasnych gestów, aby wyjaśnić procedury lub pojęcia,
- bądź ostrożny, używając gestów, które mogą mieć różne znaczenia w innych kulturach.

Cisza

Znaczenie: Cisza może stworzyć przestrzeń dla pacjentów do przetworzenia informacji i poczucia się komfortowo, dzielenia się się swoimi myślami.

W praktyce:

- pozwól na chwile ciszy w trakcie trudnych rozmów,
- używaj ciszy strategicznie, aby zachęcić pacjentów do mówienia bez poczucia pośpiechu.

Wygląd i profesjonalizm
Znaczenie: Wygląd pracownika opieki zdrowotnej przekazuje kompetencje i wiarygodność.

W praktyce:
- utrzymuj czysty, profesjonalny wygląd zgodny ze standardami miejsca pracy,
- noś identyfikatory w widocznym miejscu, aby pomóc pacjentowi poczuć się bezpieczniej.

Wrażliwość kulturowa w komunikacji niewerbalnej
Znaczenie: Różnice kulturowe mogą znacząco wpłynąć na interpretację sygnałów niewerbalnych.

W praktyce:
- bądź świadomy norm kulturowych dotyczących kontaktu wzrokowego, dotyku i przestrzeni osobistej,
- gdy nie jesteś czegoś pewien, obserwuj sygnały pacjenta i dostosuj swoje zachowanie.

1. **Integracja komunikacji niewerbalnej w praktyce**
- samoświadomość: regularnie oceniaj swoje zachowania niewerbalne, aby upewnić się, że są one zgodne z zamierzonym komunikatem,
- obserwacja pacjentów: zwracaj uwagę na sygnały niewerbalne pacjentów, takie jak język ciała czy wyraz twarzy, aby lepiej zrozumieć ich uczucia i obawy,
- spójność: upewnij się, że twoja komunikacja niewerbalna wspiera twoje komunikaty werbalne, zapewniając jasność i zaufanie.

2. **Różnice kulturowe w komunikacji niewerbalnej**

Sygnały niewerbalne nie są uniwersalne; różnią się znacznie w zależności od kultury. Gest lub wyraz twarzy, który w jednej kulturze ma określone znaczenie, może mieć zupełnie inne lub wręcz przeciwne znaczenie w innej. Na przykład:

- kontakt wzrokowy: w kulturach zachodnich utrzymywanie kontaktu wzrokowego często oznacza uwagę i uczciwość. W niektórych kulturach azjatyckich lub bliskiego wschodu długotrwały kontakt wzrokowy może być uznawany za brak szacunku lub konfrontacyjny,
- dotyk: w wielu krajach zachodnich delikatny dotyk na ramieniu może wyrażać empatię. W innych kulturach dotyk fizyczny może być nieodpowiedni, zwłaszcza wobec osoby innej płci,
- gesty: gesty rękami, takie jak kciuk w górę lub znak „ok", są pozytywne w niektórych kulturach, ale w innych mogą być obraźliwe,
- przestrzeń osobista: normy dotyczące przestrzeni osobistej różnią się w zależności od kultury. Podczas gdy w Ameryce Północnej preferuje się większą odległość, w kulturach latynoamerykańskich lub śródziemnomorskich ludzie czują się bardziej komfortowo, stojąc bliżej.

Zrozumienie tych różnic jest kluczowe dla pracowników opieki medycznej, aby uniknąć nieporozumień i niezamierzonych obraźliwości.

3. **Obserwowanie i interpretowanie sygnałów niewerbalnych**

Pracownicy opieki zdrowotnej muszą rozwijać silne umiejętności obserwacyjne, aby prawidłowo interpretować sygnały niewerbalne. Na przykład:

- wyraz twarzy: wyraz twarzy pacjenta może ujawniać ból, zagubienie lub lęk, nawet jeśli pacjent tego nie wypowiada,

- postawa i ruch: zgarbiona postawa może wskazywać na zmęczenie lub depresję, a wiercenie się może oznaczać niepokój,
- paralingwistyka: ton, wysokość i tempo mowy, nawet w języku, którego medyk nie rozumie, mogą dostarczyć informacji o stanie emocjonalnym pacjenta.

4. Dostosowanie komunikacji niewerbalnej do kontekstu wielokulturowego

Aby zapewnić skuteczną komunikację, profesjonaliści z zakresu opieki zdrowotnej powinni dostosować swoje zachowania niewerbalne do tła kulturowego pacjenta. Pomocne mogą być:

- szkolenia z zakresu wrażliwości kulturowej: regularne sesje szkoleniowe pomagają personelowi zrozumieć normy kulturowe i unikać powszechnych błędów,
- podejście skoncentrowane na pacjencie: obserwowanie poziomu komfortu pacjenta i naśladowanie jego sygnałów niewerbalnych może pomóc w budowaniu relacji,
- używanie pomocy wizualnych: diagramy, obrazy lub filmy mogą pokonać bariery językowe i zapewnić pacjentom zrozumienie instrukcji lub procedur.

Budowanie zaufania i relacji w komunikacji w kontekście wielokulturowym w opiece zdrowotnej

Zaufanie jest fundamentem każdej relacji pacjent–pracownik opieki medycznej. Jest ono budowane, gdy pacjenci czują, że ich opiekunowie zdrowotni są kompetentni, empatyczni i szanują ich potrzeby. Z kolei relacja opiera się na tworzeniu pozytywnego połączenia poprzez wzajemne zrozumienie i skuteczną komunikację. Razem zaufanie i relacja pomagają zmniejszyć lęk, poprawić satysfakcję pacjentów i zachęcają do aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji zdrowotnych.

Wyzwania w kontekście wielokulturowym

Budowanie zaufania w kontekście wielokulturowym stawia przed opiekunami zdrowotnymi unikalne wyzwania. Należą do nich:

- bariery językowe: ograniczona znajomość języka dominującego może utrudniać klarowną komunikację, prowadząc do nieporozumień,
- różnice kulturowe: zróżnicowanie wartości, przekonań i praktyk może wpływać na postrzeganie chorób, leczenia i pracowników ochrony zdrowia,
- doświadczenia z przeszłości: pacjenci z marginalizowanych lub mniejszościowych społeczności mogą mieć historię braku zaufania do systemów medycznych z powodu dyskryminacji lub nierównego traktowania.

Pokonywanie tych wyzwań wymaga, aby pracownicy opieki medycznej przyjęli strategie komunikacji, uwzględniające wrażliwość kulturową.

Strategie budowania zaufania i relacji

Budowanie zaufania i relacji w kontekście wielokulturowej opieki zdrowotnej wymaga kompetencji kulturowych, empatii, aktywnego słuchania i klarownej

komunikacji. Pokonanie takich wyzwań, jak bariery językowe i różnice kulturowe, jest kluczowe dla stworzenia pozytywnego doświadczenia pacjenta. Rozwijając te umiejętności i stosując skuteczne strategie komunikacyjne, profesjonaliści opieki zdrowotnej mogą zapewnić sprawiedliwą i współczującą opiekę wszystkim pacjentom, niezależnie od ich pochodzenia.

Wykorzystanie technologii w celu wspierania komunikacji wielokulturowej opiece zdrowotnej

Technologia zrewolucjonizowała komunikację w opiece zdrowotnej, umożliwiając łączenie się z pacjentami z różnych środowisk językowych i kulturowych. Narzędzia takie jak aplikacje mobilne, wideokonferencje oraz elektroniczne rekordy zdrowia (EHR) nie tylko poprawiają komunikację, ale także wspierają profesjonalistów medycznych w zapewnianiu opieki zgodnej z wymaganiami kulturowymi pacjentów. W kontekście wielokulturowym technologia może:

- umożliwić tłumaczenie językowe w czasie rzeczywistym,
- dostarczać pomoce wizualne do wyjaśniania pojęć medycznych,
- wspierać edukację pacjenta za pomocą materiałów dostosowanych do kulturowych i językowych potrzeb.

Kluczowe technologie wspierające komunikację wielokulturową

Istnieje kilka technologii, które profesjonaliści medyczni mogą wykorzystać do przezwyciężenia barier komunikacyjnych w kontekście wielokulturowym:

1. **Aplikacje tłumaczeniowe i interpretacyjne**
   - aplikacje takie jak Google Translate, MediBabble czy Care to Translate są zaprojektowane do użytku medycznego i wspierają pracowników ochrony zdrowia w tłumaczeniu terminów i zwrotów medycznych,
   - choć narzędzia te są pomocne, ważne jest, aby weryfikować tłumaczenia, zwłaszcza w przypadku skomplikowanych lub wrażliwych informacji medycznych.



Najlepsze praktyki w korzystaniu z technologii w komunikacji wielokulturowej:

- **łączenie technologii z interakcją międzyludzką:** wykorzystuj aplikacje tłumaczeniowe i usługi telemedyczne jako uzupełnienie dla profesjonalnych tłumaczy i personelu przeszkolonego w kwestiach kulturowych,
- **testowanie i weryfikowanie narzędzi:** regularnie oceniaj dokładność i niezawodność technologii, aby upewnić się, że spełniają one standardy komunikacji medycznej,
- **szkolenie personelu:** szkolenie pracowników ochrony zdrowia i pacjentów w zakresie skutecznego korzystania z technologii komunikacyjnych,
- **skupienie na dostępności:** wybieraj narzędzia przyjazne dla użytkownika, kompatybilne z wieloma językami oraz dostępne dla pacjentów o różnych poziomach umiejętności cyfrowych,
- **zachowanie kompetencji kulturowych:** upewnij się, że technologia wspiera, a nie zastępuje świadomą kulturowo i empatyczną komunikację.

2. **Platformy telemedyczne**
   - usługi telemedyczne często zawierają wbudowane funkcje tłumaczenia, które umożliwiają komunikację pacjentów i specjalistów za pośrednictwem tłumaczy na żywo lub napisów wideo,
   - konsultacje wideo z tłumaczami, którzy są bliżsi kulturze pacjenta, mogą poprawić komfort i zaufanie pacjentów.

3. **Elektroniczne rekordy zdrowia**
   - systemy EHR mogą przechowywać preferencje pacjentów, takie jak język, uwagi kulturowe czy religijne, co pozwala dostosować podejście do opieki,
   - systemy te mogą także integrować narzędzia wspomagające decyzje, które rekomendują kulturowo wrażliwe praktyki opieki.

4. **Narzędzia edukacji pacjenta**

Platformy multimedialne, takie jak filmy, infografiki czy interaktywne oprogramowanie, pomagają wyjaśnić procedury medyczne, diagnozy i leczenie w preferowanym przez pacjenta języku oraz w kontekście kulturowym.

5. **Urządzenia do użytku indywidualnego i aplikacje zdrowotne**

Urządzenia śledzące parametry zdrowotne, połączone z aplikacjami wielojęzycznymi, pomagają pacjentom z różnych środowisk zarządzać przewlekłymi chorobami, zapewniając im przypomnienia i edukację w ich własnym języku.

Korzyści wynikające z wykorzystania technologii w komunikacji wielokulturowej

Korzystanie z technologii w celu wsparcia komunikacji daje wiele korzyści w opiece zdrowotnej w kontekście wielokulturowym:

- poprawa zrozumienia pacjenta: pacjenci łatwiej rozumieją swoją diagnozę i plany leczenia, gdy informacje są przekazywane w ich ojczystym języku,

- zwiększenie efektywności: technologia skraca czas potrzebny na rozwiązywanie nieporozumień i poprawia efektywność pracy,
- większe zaangażowanie pacjenta: narzędzia dostosowane kulturowo i językowo zachęcają pacjentów do aktywnego uczestnictwa w leczeniu,
- równy dostęp: technologie umożliwiają dostęp do usług zdrowotnych dla społeczności, które normalnie mogłyby mieć utrudniony dostęp do opieki, w tym dla osób z obszarów wiejskich i odległych.

Wyzwania i ograniczenia

Choć wykorzystanie technologii oferuje znaczące korzyści, wiąże się także z pewnymi wyzwaniami:

- dokładność narzędzi tłumaczeniowych: aplikacje tłumaczeniowe nie zawsze zapewniają dokładne tłumaczenia, szczególnie w przypadku skomplikowanej terminologii medycznej,
- podział cyfrowy: nie wszyscy pacjenci mają dostęp do internetu, nie wszyscy też czują się komfortowo korzystając z urządzeń cyfrowych, co może tworzyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej,
- problemy z prywatnością: korzystanie z technologii w opiece zdrowotnej musi być zgodne z surowymi przepisami dotyczącymi prywatności i bezpieczeństwa danych, aby chronić informacje pacjentów,
- wrażliwość kulturowa: nawet przy użyciu narzędzi tłumaczeniowych, komunikacja, która uwzględnia niuanse kulturowe, wymaga ludzkiej interpretacji i zrozumienia.

Zachęcanie do wspólnego podejmowania decyzji w komunikacji w wielokulturowej w opiece zdrowotnej

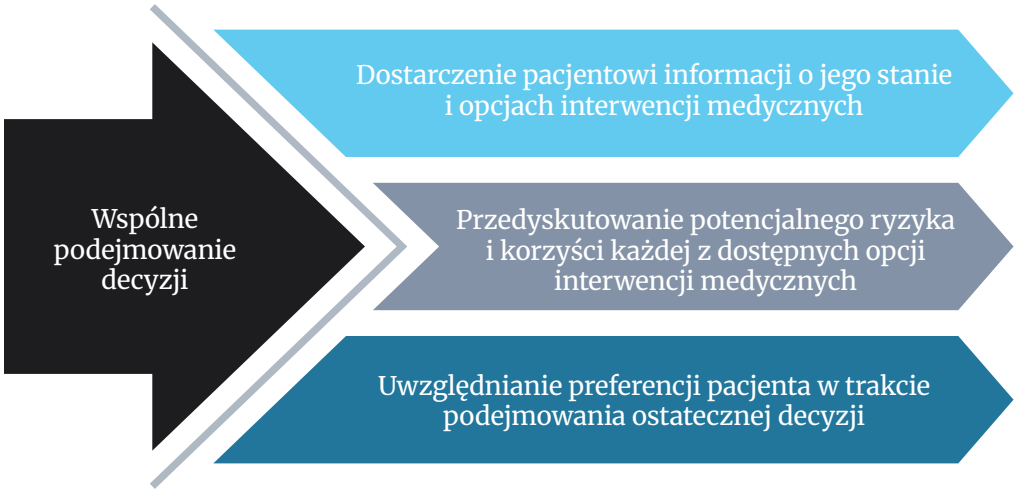
Wspólne podejmowanie decyzji obejmuje trzy kluczowe elementy: dostarczenie pacjentowi informacji na temat jego stanu zdrowia oraz dostępnych opcji leczenia, omówienie potencjalnego ryzyka i korzyści związanych z każdą opcją oraz uwzględnienie preferencji pacjenta w ostatecznej decyzji.

To podejście oparte na współpracy szanuje autonomię pacjenta, jednocześnie zapewniając wsparcie w podejmowaniu decyzji, które są zgodne z jego wartościami i przekonaniami kulturowymi.

Bariery we wspólnym podejmowaniu decyzji w kontekście wielokulturowym

W środowisku wielokulturowym występuje wiele wyzwań związanych z promowaniem wspólnego podejmowania decyzji:

- bariera językowa: ograniczona znajomość języka lokalnego może utrudniać skuteczną komunikację; pacjenci mogą mieć trudności w zrozumieniu terminów medycznych lub wyrażeniu swoich obaw, co prowadzi do potencjalnych nieporozumień,



Ryc. 9.1. Wspólne podejmowanie decyzji

- alfabetyzacja zdrowotna: różnice w poziomie znajomości zagadnień zdrowotnych w różnych grupach kulturowych mogą wpływać na zdolność pacjentów do przyswajania skomplikowanych informacji medycznych, co sprawia, że wspólne podejmowanie decyzji staje się bardziej wymagające,
- nieporozumienia kulturowe: różnice kulturowe w stylach komunikacji, sygnałach niewerbalnych i podejściu do autorytetów mogą prowadzić do nieporozumień lub dyskomfortu w trakcie interakcji,
- ukryte uprzedzenia: niezauważalne uprzedzenia pracowników ochrony zdrowia mogą wpływać na sposób, w jaki prezentują oni informacje lub wchodzą w interakcje z pacjentami z różnych środowisk kulturowych.

Strategie wspierające wspólne podejmowanie decyzji

Aby przezwyciężyć te wyzwania i promować wspólne podejmowanie decyzji, pracownicy ochrony zdrowia mogą zastosować następujące strategie:

1. Budowanie kompetencji kulturowych: Rozwijanie świadomości kulturowej pomaga pracownikom ochrony zdrowia rozpoznać i szanować wartości oraz przekonania pacjentów. Można to osiągnąć dzięki szkoleniom z zakresu kompetencji kulturowych oraz ciągłemu uczeniu się.
2. Korzystanie z tłumaczy i pomocy wizualnych: Profesjonalni tłumacze i odpowiednie wizualne materiały pomocnicze mogą przełamać bariery językowe i zapewnić pacjentom pełne zrozumienie ich opcji leczenia.
3. Uproszczenie informacji medycznych: Prezentowanie informacji prostym językiem, unikanie żargonu medycznego oraz używanie metafor lub analogii, które są zgodne z tłem kulturowym pacjenta, może ułatwić zrozumienie.
4. Aktywnego słuchanie: Okazywanie empatii, zadawanie pytań otwartych i umożliwienie pacjentowi swobodnego wyrażania swoich myśli bez przerywania sprzyja budowaniu zaufania i zachęca do aktywnego uczestnictwa.

5. Angażowanie członków rodziny: W kulturach, w których rodzina odgrywa centralną rolę w podejmowaniu decyzji, zaangażowanie kluczowych członków rodziny może ułatwić dyskusje i szanować normy kulturowe.
6. Zachęcanie do zadawania pytań i udzielania informacji zwrotnej: Aktywne zapraszanie pacjentów do zadawania pytań lub wyrażania swoich obaw tworzy bezpieczną przestrzeń do dialogu i pomaga wyjaśnić niepewności.
7. Dostosowanie podejścia do podejmowania decyzji: Elastyczność w dopasowywaniu procesów podejmowania decyzji do oczekiwań kulturowych pacjenta może prowadzić do lepszych wyników.

Przezwyciężanie barier językowych w komunikacji w wielokulturowej opiece zdrowotnej

Bariery językowe mogą prowadzić do nieporozumień między pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia, co może skutkować błędnymi diagnozami, niewłaściwym leczeniem lub obniżoną zgodnością z zaleceniami medycznymi. Pacjent, który nie rozumie w pełni instrukcji lekarza, może np. nieumyślnie niewłaściwie przyjmować leki. Ponadto brak skutecznej komunikacji może sprawić, że pacjenci poczują się odizolowani lub zaniedbani, co podważa zaufanie do systemu opieki zdrowotnej, dlatego konieczne jest opracowanie strategii mających na celu przezwyciężenie tych trudności komunikacyjnych.

Strategie przezwyciężania barier językowych:

1. **Zatrudnianie profesjonalnych tłumaczy medycznych**

Profesjonalni tłumacze odgrywają kluczową rolę w umożliwianiu dokładnej komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami mówiącymi w różnych językach. W odróżnieniu od członków rodziny czy przyjaciół, tłumacze są szkoleni, by zachować poufność, unikać osobistych uprzedzeń i rozumieć terminologię medyczną. Korzystanie z tłumaczy zapewnia, że pacjenci otrzymują precyzyjne informacje na temat swojego stanu zdrowia i leczenia. Należy jednak zapewnić dostępność tłumaczy w różnych językach oraz w czasie rzeczywistym, ponieważ opóźnienia mogą wpłynąć na podejmowanie decyzji w sytuacjach kryzysowych.

2. **Tłumaczenie materiałów pisemnych**

Przekładanie formularzy zgody, materiałów edukacyjnych dla pacjentów i instrukcji dotyczących leków pomaga pacjentom lepiej zrozumieć plany leczenia. Materiały te powinny być napisane prostym językiem i dostosowane kulturowo, aby zapewnić jasność i zrozumiałość. Wykorzystanie pomocy wizualnych, takich jak diagramy i ilustracje, może dodatkowo wspierać zrozumienie, szczególnie u pacjentów z ograniczoną umiejętnością czytania w ojczystym języku.

3. **Szkolenie pracowników ochrony zdrowia**

Pracownicy ochrony zdrowia powinni przechodzić szkolenia z zakresu komunikacji międzykulturowej oraz podstawowych umiejętności językowych, które są

istotne w kontekście pacjentów, z którymi pracują. Choć biegłość w wielu językach może być nieosiągalna, nauka podstawowych zwrotów czy terminów medycznych w popularnych językach może pomóc w budowaniu lepszego kontaktu z pacjentami. Programy szkoleniowe powinny także uwzględniać umiejętności aktywnego słuchania i techniki komunikacji niewerbalnej, takie jak utrzymywanie kontaktu wzrokowego czy używanie gestów w celu wyjaśnienia informacji.

4. **Wykorzystanie technologii**

Postęp technologiczny oferuje innowacyjne rozwiązania, mające na celu pokonanie barier językowych. Aplikacje i urządzenia do tłumaczeń językowych mogą zapewnić tłumaczenia w czasie rzeczywistym, pomagając pracownikom ochrony zdrowia w komunikacji z pacjentami. Należy jednak zachować ostrożność, ponieważ automatyczne tłumaczenia mogą nie być dokładne w kontekście medycznym. Usługi tłumaczenia wideo są kolejną skuteczną opcją, umożliwiającą przezwyciężenie barier językowych w placówkach ochrony zdrowia.

5. **Zachęcanie do zaangażowania społeczności**

Budowanie partnerstw z lokalnymi społecznościami pomaga placówkom ochrony zdrowia lepiej zrozumieć językowe i kulturowe potrzeby pacjentów. Angażowanie liderów społeczności i organizacji może ułatwić rozwój programów promocji zdrowia dostosowanych kulturowo oraz pomóc w przezwyciężaniu specyficznych trudności związanych z barierami językowymi.

Zapewnienie empatii i wsparcia emocjonalnego w wielokulturowej komunikacji w opiece zdrowotnej

Empatia polega na rozpoznawaniu, rozumieniu i dzieleniu uczuć drugiej osoby. W kontekście wielokulturowym oznacza to, że pracownicy ochrony zdrowia muszą wyjść poza własne ramy kulturowe i docenić perspektywy oraz doświadczenia pacjentów z różnych środowisk. Proces ten obejmuje uwzględnienie czynników kulturowych, które wpływają na emocje pacjenta, takich jak: przekonania



o zdrowiu, dynamika rodzinna czy sposoby wyrażania cierpienia. Niektóre kultury mogą traktować chorobę jako problem wspólnotowy, a nie indywidualny, co wymaga zaangażowania członków rodziny w proces opieki. Podobnie, w niektórych kulturach emocjonalny dyskomfort może być wyrażany niewerbalnie, podczas gdy inni pacjenci mogą minimalizować objawy, aby nie sprawiać trudności. Rozpoznanie tych kulturowych niuansów jest kluczowe dla zapewnienia empatycznej i skutecznej opieki.

Strategie okazywania empatii i wsparcia emocjonalnego:

1. **Aktywne słuchanie**
2. **Komunikacja niewerbalna**
3. **Wrażliwość kulturowa w odpowiedziach emocjonalnych**

Normy kulturowe wpływają na sposób wyrażania i interpretowania emocji, co może mieć wpływ na interakcje między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia. Wykazywanie wrażliwości kulturowej na te różnice pomaga zapewnić, że pacjent czuje się zrozumiany i szanowany. W niektórych kulturach otwarte wyrażanie emocji jest wspierane, podczas gdy w innych uważane jest za niewłaściwe lub jest postrzegane jako oznaka słabości. Rozpoznanie tych różnic pozwala pracownikom ochrony zdrowia dostosować swoje reakcje, np. zamiast zakładać, że milczenie pacjenta oznacza obojętność, wykorzystanie wyrażeń takich jak: „Chcę upewnić się, że rozumiem, jak się Pan/Pani czuje" lub „Może Pan/Pani podzielić się tymi informacjami na tyle, na ile czuje się Pan/Pani komfortowo" wyraża empatię, szanując przy tym normy kulturowe.

Zaangażowanie w dialog i współpracę:
- *podejścia dialogowe: rola otwartej, dwukierunkowej komunikacji w zrozumieniu różnych perspektyw,*
- *praktyki współpracy: zaangażowanie interesariuszy w procesy podejmowania decyzji, wspólne tworzenie rozwiązań, które szanują i integrują wartości kulturowe,*
- *rozwiązywanie konfliktów: strategie zarządzania konfliktami kulturowymi poprzez mediację i wzajemny szacunek.*

4. **Weryfikowanie emocji**

Pacjenci mogą czuć się niepewni lub zestresowani, zwłaszcza gdy mają do czynienia z obcymi systemami opieki zdrowotnej lub poważnymi chorobami. Weryfikowanie ich emocji – uznanie ich lęków, frustracji czy smutku bez oceniania – może pomóc zmniejszyć ich stres. Wyrażenia takie jak „To zrozumiałe, że Pan/Pani czuje się w ten sposób" lub „Widzę, jak to może Pana/Panią niepokoić" okazują empatię i zapewniają pacjenta, że jego emocje są normalne i akceptowane.

5. **Zapewnianie kulturowo odpowiedniego wsparcia emocjonalnego**

Wsparcie emocjonalne powinno być zgodne z wartościami i przekonaniami pacjenta. Na przykład w kulturach kolektywistycznych zaangażowanie członków rodziny w rozmowy o opiece może zapewnić znaczące wsparcie emocjonalne. Z kolei w kulturach, w których prywatność jest wysoko ceniona, bardziej odpowiednie może być oferowanie rozmów indywidualnych w prywatnym miejscu.

9.7. Zaangażowanie w dialog i współpracę w wielokulturowej komunikacji w opiece zdrowotnej

Komunikacja dialogowa kładzie nacisk na otwarte, dwukierunkowe interakcje, w których wszystkie strony aktywnie słuchają, dzielą się swoimi perspektywami i dążą do wzajemnego zrozumienia. W opiece zdrowotnej podejście to wykracza poza tradycyjne, jednostronne komunikaty, zapewniając, że pacjenci czują się wysłuchani i szanowani.

Zasady komunikacji dialogowej: aktywne słuchanie, świadomość kulturowa, wyjaśnianie i refleksja.

Współpraca w opiece zdrowotnej wymaga aktywnego zaangażowania wszystkich interesariuszy – pacjentów, rodzin, opiekunów i pracowników ochrony zdrowia – w proces podejmowania decyzji. W pracy z różnorodnymi grupami populacyjnymi współpraca musi integrować wartości kulturowe i szanować indywidualne preferencje.

Zaangażowanie interesariuszy w podejmowanie decyzji warunkowane jest inkluzywnym uczestnictwem, przejrzystością, elastycznością.

Współpraca w opiece zdrowotnej wymaga wspólnego tworzenia rozwiązań, które łączą najlepsze praktyki kliniczne z wartościami kulturowymi. Takie podejście sprzyja wspólnej odpowiedzialności i zapewnia, że plany opieki są praktyczne i kulturowo akceptowalne.

Konflikty kulturowe w opiece zdrowotnej pojawiają się, gdy różne wartości, przekonania lub praktyki prowadzą do nieporozumień lub sporów. Skuteczne strategie rozwiązywania konfliktów obejmują mediację, empatię i wzajemny szacunek.

Strategie rozwiązywania konfliktów:

- zrozumienie przyczyny konfliktu,
- mediacja,
- skupienie się na wspólnych celach,
- okazywanie empatii i szacunku.

Podejścia dialogowe: Rola otwartej, dwustronnej komunikacji w wielokulturowej opiece zdrowotnej

Komunikacja dialogowa jest kluczową umiejętnością w wielokulturowej opiece zdrowotnej, sprzyjającą otwartym, dwustronnym interakcjom, które kładą nacisk na zrozumienie, empatię i współpracę. W odróżnieniu od tradycyjnych, jednostronnych wymian, w których to dostawca opieki zdrowotnej dominuje w rozmowie, podejścia dialogowe zachęcają do aktywnego uczestnictwa zarówno pacjenta, jak i pracownika służby zdrowia. Takie podejście buduje zaufanie i zapewnia, że wartości, przekonania i potrzeby pacjenta są rozumiane i szanowane.

W środowisku wielokulturowym, gdzie różnice kulturowe, językowe i społeczne mogą stwarzać bariery, komunikacja dialogowa jest szczególnie cenna. Pomaga

niwelować te bariery, zmniejszania nieporozumienia i wspiera opiekę skoncentrowaną na pacjencie poprzez umożliwienie znaczącego dialogu.

Zasady komunikacji dialogowej

1. **Aktywne słuchanie**

Aktywne słuchanie stanowi podstawę komunikacji dialogowej, wymagając od pracownika ochrony zdrowia pełnej koncentracji na słowach pacjenta, jego emocjach oraz sygnałach niewerbalnych.

- Co to oznacza: Słuchanie bez przerywania, utrzymywanie kontaktu wzrokowego (kiedy jest to kulturowo odpowiednie) i uznawanie perspektywy pacjenta.
- Korzyści: To podejście pomaga pacjentom poczuć się zrozumianymi i docenionymi, zachęcając ich do dzielenia się swoimi obawami i doświadczeniami.
- Przykład: Pacjent może opisać objawy za pomocą kulturowo specyficznych terminów lub metafor. Aktywne słuchanie pozwala pracownikowi ochrony zdrowia dostrzec ukryte znaczenie i zadać pytania uzupełniające, aby wyjaśnić sytuację.

2. **Świadomość kulturowa**

Świadomość kulturowa zapewnia, że komunikacja dialogowa jest wrażliwa na wartości kulturowe pacjenta, jego przekonania i normy komunikacyjne.

- Co to oznacza: Zrozumienie, że różne kultury mają odmienne sposoby wyrażania emocji, zadawania pytań lub omawiania kwestii zdrowotnych. Pracownicy ochrony zdrowia muszą dostosować swój styl komunikacji, aby odpowiadał kulturowemu kontekstowi pacjenta.
- Korzyści: Świadomość kulturowa minimalizuje nieporozumienia i pomaga budować relacje, szczególnie w sytuacjach, w których normy kulturowe mogą wpływać na decyzje pacjenta lub jego otwartość.
- Przykład: W niektórych kulturach pacjenci mogą unikać bezpośredniego sprzeciwu wobec autorytetów, takich jak np. lekarze. Zauważając to, pracownik ochrony zdrowia może zadać pytanie otwarte, takie jak: „Co Pan/Pani sądzi o tym planie leczenia?", zamiast oczekiwać bezpośredniej zgody.

3. **Klarowanie i refleksja**

Klarowanie i refleksja polegają na streszczaniu i parafrazowaniu słów pacjenta, aby zapewnić wzajemne zrozumienie.

- Co to oznacza: Zadawanie pytań wyjaśniających i odzwierciedlanie wypowiedzi pacjenta w celu potwierdzenia ich poprawności. Na przykład: „Jeśli dobrze rozumiem, mówi Pan/Pani, że ból nasila się po posiłkach. Czy to prawda?".
- Korzyści: Ten proces zapobiega błędnej interpretacji, szczególnie gdy bariery językowe lub różnice kulturowe mogą utrudniać zrozumienie. Pokazuje także pacjentowi, że jego obawy są traktowane poważnie.

- Przykład: Pacjent z innego kręgu językowego może używać zwrotów lub idiomów, które są nieznane pracownikowi ochrony zdrowia. Refleksja nad jego wypowiedziami pomaga obu stronom na wzajemne zrozumienie.

Strategie wdrażania komunikacji dialogowej

1. **Zachęcanie do uczestnictwa pacjenta**

Zadawaj pytania otwarte, aby zaprosić pacjenta do dzielenia się swoimi doświadczeniami i obawami, np.: „Czy może Pan/Pani powiedzieć więcej o tym, jak ta choroba wpływa na codzienne życie?"

2. **Dostosowanie stylów komunikacji**

Zmodyfikuj ton, tempo i słownictwo, aby dopasować się do poziomu biegłości językowej pacjenta i norm kulturowych. Unikaj żargonu medycznego i używaj pomocy wizualnych lub tłumaczy, gdy to konieczne.

3. **Budowanie zaufania i relacji**

Pokaż autentyczne zainteresowanie perspektywą pacjenta. Uznaj jego emocje i podkreśl współpracę w procesie podejmowania decyzji.

4. **Zaangażowanie członków rodziny, kiedy to stosowne**

W wielu kulturach decyzje zdrowotne obejmują członków rodziny. Zaangażowanie ich w dialog może poprawić zrozumienie i wspierać komfort pacjenta oraz proces podejmowania decyzji.

5. **Zapewnienie ciągłej informacji zwrotnej**

Poinformuj pacjenta, że jego opinia jest cenna. Używaj potwierdzających zwrotów i gestów, aby wyrazić wdzięczność za jego otwartość.

Wyzwania i rozwiązania w kontekście wielokulturowym

- Bariery językowe: Skorzystaj z profesjonalnych tłumaczy lub narzędzi do tłumaczenia, aby zapewnić klarowną komunikację.
- Nieporozumienia kulturowe: Regularnie edukuj się na temat praktyk i norm kulturowych, aby unikać stereotypów i uprzedzeń.
- Opór pacjentów: Stwórz bezpieczne środowisko, w którym pacjenci będą czuli się upoważnieni do dzielenia się swoimi myślami bez obawy przed oceną lub nieporozumieniem.

Praktyki współpracy w opiece zdrowotnej w środowisku wielokulturowym

Współpraca w opiece zdrowotnej jest kluczowa dla zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie, szczególnie w kontekstach wielokulturowych. Polega ona na aktywnym udziale wszystkich stron – pacjentów, rodzin, opiekunów i pracowników ochrony zdrowia – w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i opieki.

Aby ta współpraca odniosła sukces w zróżnicowanych populacjach, pracownicy ochrony zdrowia muszą uwzględniać wartości kulturowe, szanować indywidualne preferencje i pozostawać wrażliwi na unikalne potrzeby pacjentów. Poprzez promowanie podejścia opartego na partnerstwie, profesjonaliści medyczni mogą zapewnić lepsze wyniki leczenia, większe zaufanie oraz wyższy poziom satysfakcji pacjentów.

Zaangażowanie interesariuszy w podejmowanie decyzji

Skuteczna współpraca w opiece zdrowotnej w środowisku wielokulturowym rozpoczyna się od aktywnego zaangażowania wszystkich interesariuszy w proces podejmowania decyzji. Zapewnia to, że plany opieki są zarówno klinicznie skuteczne, jak i kulturowo odpowiednie.

1. Inkluzywne uczestnictwo – oznacza zaangażowanie wszystkich stron w dyskusje dotyczące opieki zdrowotnej. Pacjenci i ich rodziny powinni czuć się upoważnieni do wyrażania swoich preferencji, przekonań kulturowych oraz obaw. W niektórych kulturach członkowie rodziny odgrywają istotną rolę w podejmowaniu decyzji, a ich wykluczenie może prowadzić do braku zaufania lub nieprzestrzegania planów leczenia. Zachęcanie do otwartego dialogu oraz aktywne słuchanie perspektyw wszystkich interesariuszy może pomóc przezwyciężyć bariery kulturowe i stworzyć poczucie wspólnej odpowiedzialności za opiekę.
2. Przejrzystość – podstawa skutecznej współpracy. Pracownicy ochrony zdrowia muszą komunikować się w sposób otwarty i jasny, zapewniając, że pacjenci rozumieją swoje diagnozy, opcje leczenia oraz ryzyka i korzyści związane z leczeniem. W kontekście wielokulturowym ważne jest uwzględnienie różnic językowych i poziomów umiejętności czytania i pisania. Wykorzystanie tłumaczy, pomocy wizualnych oraz prostego języka może poprawić zrozumienie i pomóc pacjentom poczuć się pewniej w podejmowaniu decyzji.
3. Elastyczność – niezbędna przy pracy z różnorodnymi populacjami. Normy i wartości kulturowe mogą znacząco wpływać na decyzje zdrowotne. Niektórzy pacjenci mogą preferować np. medycynę alternatywną lub holistyczne podejście zamiast tradycyjnej terapii. Zamiast odrzucać te preferencje, pracownicy ochrony zdrowia powinni przyjąć elastyczne podejście, które uwzględnia te metody, gdy są one bezpieczne i wykonalne. Taka elastyczność nie tylko szanuje tło kulturowe pacjenta, ale także wzmacnia relację terapeutyczną.

Wspólne poszukiwanie rozwiązań

Współpraca w opiece zdrowotnej polega na wspólnym tworzeniu rozwiązań, które łączą najlepsze praktyki kliniczne z wartościami kulturowymi. Takie podejście sprzyja wspólnej odpowiedzialności i zapewnia, że plany opieki są praktyczne, akceptowalne i kulturowo wrażliwe.

1. **Łączenie praktyk klinicznych z wartościami kulturowymi**

Wspólne tworzenie rozwiązań oznacza znalezienie złotego środka między praktykami medycznymi opartymi na dowodach naukowych a przekonaniami kulturowymi pacjenta. Pacjent pochodzący z kultury, która np. ceni ziołolecznictwo, może czuć się bardziej komfortowo, włączając te metody do swojego planu opieki obok przepisanych leków. W takich przypadkach pracownicy ochrony zdrowia mogą edukować pacjenta na temat możliwych interakcji lub ryzyka, jednocześnie szanując jego preferencje.

2. **Wykorzystanie zespołów wielodyscyplinarnych**

W opiece zdrowotnej w środowisku wielokulturowym podejście wielodyscyplinarne może poprawić współpracę i wyniki leczenia. Zespoły składające się z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, mediatorów kulturowych i tłumaczy mogą skuteczniej zaspokajać zróżnicowane potrzeby pacjentów. Mediator kulturowy może np. dostarczyć informacji na temat tła kulturowego pacjenta, pomagając zespołowi opracować plan opieki zgodny z jego wartościami.

3. **Budowanie zaufania i wzajemnego szacunku**

Zaufanie jest fundamentem każdej współpracy. Pracownicy ochrony zdrowia mogą budować zaufanie, okazując empatię, nie oceniając pacjenta i potwierdzając słuszność jego obaw. Wzajemny szacunek zapewnia, że pacjenci czują się doceniani i zrozumiani, co prowadzi do lepszego przestrzegania planów leczenia oraz silniejszej relacji terapeutycznej.

Rozwiązywanie konfliktów: Zarządzanie konfliktami kulturowymi w opiece zdrowotnej

Różnorodność kulturowa w opiece zdrowotnej stanowi zarówno siłę, jak i wyzwanie. Choć wzbogaca środowisko opieki zdrowotnej, wprowadzając różne perspektywy i praktyki, może również prowadzić do nieporozumień, napięć lub otwartych konfliktów. Konflikty kulturowe często pojawiają się, gdy pacjenci, rodziny lub pracownicy ochrony zdrowia mają różne wartości, przekonania lub praktyki. Dla profesjonalistów medycznych skuteczne zarządzanie tymi konfliktami jest kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki, utrzymania zaufania i promowania inkluzywnego środowiska. Podrozdział ten przedstawia strategie rozwiązywania konfliktów w komunikacji wielokulturowej w opiece zdrowotnej, kładąc nacisk na zrozumienie, mediację, wspólne cele, empatię i szacunek.

Zrozumienie źródła konfliktów kulturowych

Pierwszym krokiem w rozwiązywaniu każdego konfliktu jest zidentyfikowanie jego źródła. Konflikty kulturowe w opiece zdrowotnej często wynikają z różnic w stylach komunikacji, oczekiwaniach dotyczących opieki zdrowotnej, przekonaniach religijnych lub tradycyjnych praktykach. Pacjent pochodzący z kultury ceniącej medycynę holistyczną może np. być niechętny przyjęciu wyłącznie podejścia biomedycznego. Z kolei pracownik ochrony zdrowia może błędnie zinterpretować milczenie pacjenta lub jego gesty jako brak zainteresowania, podczas

gdy może to być po prostu odzwierciedlenie kulturowych norm wyrażających szacunek.

Kroki w celu zrozumienia źródła konfliktu:

1. Aktywne słuchanie: Pozwól wszystkim stronom wyrazić swoje perspektywy bez przerywania. Aktywne słuchanie pomaga odkryć ukryte problemy i pokazuje szacunek dla różnych punktów widzenia.
2. Świadomość kulturowa: Edukuj się na temat tła kulturowego społeczności, wobec których świadczysz opiekę zdrowotną. Zrozumienie powszechnych przekonań lub praktyk pomoże przewidywać i rozwiązywać potencjalne konflikty.
3. Pytania otwarte: Zadawaj pytania, które zachęcają pacjentów lub współpracowników do dzielenia się swoimi przemyśleniami i uczuciami, np. zamiast pytać: „Dlaczego nie weźmiesz tego leku", zapytaj: „Czy możesz opowiedzieć mi o swoich obawach związanych z tym leczeniem?".

Zrozumienie źródła konfliktu pozwala pracownikom ochrony zdrowia unikać odgórnego przyjmowania założeń i podchodzić do problemu z większą klarownością i wrażliwością kulturową.

Mediacja: Łączenie różnic poprzez neutralne pośrednictwo

Mediacja to podejście do rozwiązywania konfliktów, które polega na zaangażowaniu neutralnej strony trzeciej w ułatwianie dialogu między stronami w konflikcie. W opiece zdrowotnej może to być mediator kulturowy, tłumacz, a nawet zaufany pracownik z przeszkoleniem w zakresie rozwiązywania konfliktów.

Kroki do skutecznej mediacji:

1. Stworzenie bezpiecznego środowiska: Zapewnij, aby wszystkie strony czuły się wysłuchane i szanowane. Wybierz neutralne, prywatne miejsce, gdzie uczestnicy mogą wyrażać swoje lęki bez obawy o ocenę.
2. Wyjaśnianie nieporozumień: Zachęć każdą stronę do wyjaśnienia swojej perspektywy, jednocześnie identyfikując wszelkie nieporozumienia lub błędne założenia. Jeśli rodzina nalega np. na określone rytuały podczas opieki nad pacjentem, mediator może pomóc zespołowi medycznemu zrozumieć kulturowe lub duchowe znaczenie tych praktyk.
3. Poszukiwanie kompromisu: Mediator pomaga w prowadzeniu dyskusji w celu znalezienia wzajemnie akceptowalnych rozwiązań. Może to obejmować dostosowanie planów leczenia, aby uwzględnić praktyki kulturowe, lub edukowanie pacjentów i ich rodzin na temat protokołów medycznych.

Mediacja pomaga w przezwyciężeniu różnic kulturowych poprzez wspieranie wzajemnego zrozumienia i współpracy. Redukuje wrogość i tworzy poczucie wspólnej odpowiedzialności za rozwiązanie konfliktu.

Skupienie na wspólnych celach

W opiece zdrowotnej celem jest dobro pacjenta. Konflikty często eskalują, gdy strony skupiają się na swoich różnicach, a nie na wspólnych celach. Przeorientowanie rozmowy na wspólne cele może pomóc złagodzić napięcia i sprzyjać współpracy.

Kroki w celu skupienia się na wspólnych celach:

1. Określenie wspólnych celów: Przypomnienie wszystkim uczestnikom, że głównym celem jest zapewnienie zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta. Podkreślenie, że współpraca może prowadzić do lepszych wyników.
2. Podkreślenie pracy zespołowej: Ujęcie sytuacji jako wspólnego wysiłku, w którym wkład każdej osoby jest wartościowy. To zmienia perspektywę z „my vs. oni" na „my".
3. Ustalenie jasnych oczekiwań: Określ jasne, osiągalne kroki do rozwiązania konfliktu. Na przykład jeśli pacjent odmawia przeprowadzenia określonego zabiegu z powodu przekonań kulturowych, omów alternatywne metody leczenia, które będą zgodne z jego wartościami, a jednocześnie spełnią wymagania medyczne.

Skupienie się na wspólnych celach pozwala pracownikom ochrony zdrowia skierować energię z konfliktu na konstruktywne rozwiązywanie problemów.

Okazywanie empatii i szacunku

Empatia i szacunek są fundamentami rozwiązywania konfliktów. Pomagają budować zaufanie i tworzyć środowisko, w którym osoby czują się doceniane, niezależnie od różnic kulturowych. Okazywanie empatii polega na rozumieniu i uznawaniu uczuć drugiej osoby, natomiast szacunek uznaje jej godność i wartość.

Jak okazywać empatię i szacunek:

1. Uznawanie emocji: Rozpoznawaj i uznawaj emocje osób zaangażowanych. Powiedz np.: „Rozumiem, że ta sytuacja jest dla Pana/Pani bardzo ważna i chcę współpracować z Panem/Panią, aby znaleźć rozwiązanie".
2. Dostosowanie stylu komunikacji: Zwracaj uwagę na werbalne i niewerbalne sygnały, które odzwierciedlają normy kulturowe. Niektóre kultury preferują np. komunikację pośrednią, podczas gdy inne cenią bezpośredniość.
3. Szacunek dla praktyk kulturowych: Nawet jeśli nie możesz w pełni dostosować się do praktyki kulturowej, pokazanie gotowości do jej zrozumienia i jak największego uwzględnienia jej w miarę możliwości, jest wyrazem okazania szacunku. Na przykład pozwolenie członkom rodziny na obecność podczas określonych rytuałów może sprawić, że pacjent poczuje wsparcie.
4. Unikanie oceniania: Podchodź do konfliktów z ciekawością i otwartością, a nie ocenianiem. Zamiast pytać: „Dlaczego to robisz?", zapytaj: „Czy możesz pomóc mi zrozumieć twoją perspektywę?"

Empatia i szacunek pomagają deeskalować konflikty poprzez wspieranie poczucia połączenia i wzajemnego zrozumienia.

Przykłady praktycznego rozwiązywania konfliktów kulturowych w opiece zdrowotnej:

Kluczowe wnioski dla profesjonalistów w opiece zdrowotnej

1. *Kompetencje kulturowe są niezbędne: Poszerzaj swoją wiedzę o kulturach pacjentów, aby przewidywać potencjalne konflikty.*
2. *Komunikacja jest kluczem: Skuteczna komunikacja opiera się na aktywnym słuchaniu, zadawaniu otwartych pytań oraz świadomości kulturowej.*
3. *Współpraca przynosi efekty: Angażuj pacjentów, ich rodziny i współpracowników jako partnerów w procesie leczenia, podkreślając wspólne cele i wzajemny szacunek.*
4. *Empatia i szacunek budują zaufanie: Okazywanie szczerej troski i zrozumienia tworzy podstawy do konstruktywnego rozwiązywania konfliktów.*
5. *Elastyczność jest konieczna: Bądź elastyczny w swoim podejściu, znajdując kreatywne rozwiązania, które uwzględniają zarówno potrzeby medyczne, jak i kulturowe pacjentów.*



Przypadek 1: Przekonania religijne a leczenie medyczne

Pacjent odmawia przetoczenia krwi z powodu przekonań religijnych. Pracownik ochrony zdrowia uważa, że transfuzja jest konieczna, aby uratować życie pacjenta.

Rozwiązanie: Pracownik ochrony zdrowia konsultuje się z mediatorem, który pomaga w nawiązaniu dialogu. Wspólnie rozważają alternatywne metody leczenia, takie jak wykorzystanie technik chirurgii oszczędzającej krew lub stosowanie substytutów krwi, dostosowując leczenie do przekonań pacjenta.

Przypadek 2: Zaangażowanie rodziny w podejmowanie decyzji

Pracownik ochrony zdrowia nalega, aby bezpośrednio rozmawiać z pacjentem o jego stanie zdrowia, podczas gdy kultura pacjenta kładzie duży nacisk na zaangażowanie rodziny w decyzje medyczne.

Rozwiązanie: Pracownik zmienia podejście, włączając rodzinę do rozmów, jednocześnie respektując autonomię pacjenta. Podkreśla wspólne cele, aby znaleźć równowagę między preferencjami kulturowymi a etycznymi praktykami medycznymi.

Przypadek 3: Tradycyjne praktyki lecznicze

Pacjent stosuje tradycyjne środki lecznicze, które według pracownika ochrony zdrowia mogą wchodzić w interakcję z przepisanymi lekami.

Rozwiązanie: Pracownik omawia stosowane przez pacjenta środki lecznicze i edukuje go na temat potencjalnych interakcji. Poszukuje kompromisu, który pozwala na bezpieczne włączenie elementów tradycyjnych praktyk leczniczych obok leczenia medycznego.

Piśmiennictwo

Aceto, G., Persico, V., & Pescapè, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: Taxonomies, per-spectives, and challenges. Journal of Network and Computer Appli-cations, 107, 125–154.

Bakhtin, M. M. (1981). The dialogic imagination. University of Texas Press.

Brownell, J. (2012). Listening: Attitudes, principles, and skills. New York: Pearson.

Buber, M. (1970). I and Thou. Scribner.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 181–184.

Espinoza, J., & Derrington, S. (2021). How should clinicians respond to language barriers that exacerbate health inequity? AMA Journal of Ethics, 23(2), E109–E116.

Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. New England Journal of Medicine, 355(3), 229–231.

Freeman, R. E. (2010). Strategic management: A stakeholder ap-proach. Cambridge University Press.

Gray, B. (1989). Collaborating: Finding common ground for multipar-ty problems. San Francisco: Jossey-Bass.

Gudykunst, W. B. (2003). Cross-cultural and intercultural communi-cation. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Gudykunst, W. B. (2005). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. In: W. B. Gudykunst (Ed.). Theorizing about intercultural communication. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication, p. 281–322.

Hall, E. T. (1976). Beyond Culture. New York, London, Toronto, Sydney, Auckland: Anchor Books.

Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). Cultures and or-ganizations: Software of the mind. New York, Chicago, San Francis-co, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sydney, Toronto: McGraw-Hill.

Isaacs, W. (1999). Dialogue and the art of thinking together. New York, London, Toronto, Sydney, Auckland: Currency Book.

M. Deutsch, P. T. Coleman, & E. C. Marcus. (Eds.). (2011). The handbook of conflict resolution: Theory and practice. San Francisco: Jossey-Bass.

Neuliep, J. W. (2020). Intercultural communication: A contextual ap-proach. Sage Publications.

National standards for culturally and linguistically appropriate ser-vices (CLAS) in health care. (2001). U.S. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health.

Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., et al. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist re-view. Patient Education and Counseling, 98(4), 420–445.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., et al. (2010). Interprofessional teamwork for health and social care. Blackwell Publishing.

Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2017). Communi-cation between cultures. Boston: Cengage Learning.

Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., et al. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. International Journal of Nursing Studies, 54, 36–44.

Ting-Toomey, S., & Chung, L. C. (2012). Understanding intercultural communication. Oxford: Oxford University Press.

Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication be-tween patients and health care providers: An exploration of intercul-tural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. Health Communication, 13(4), 449–463.

Refleksja końcowa: Komunikacja i współpraca międzykulturowa w perspektywie modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten ukazuje, że efektywna komunikacja i współpraca w zespołach wielokulturowych to nie tylko umiejętności praktyczne, lecz także nieodzowne elementy kompetencji kulturowych, w pełni zgodne z założeniami modelu EMPOWER. Jego kluczowe wartości – wielokulturowość, profesjonalizm, efektywność, dobrostan oraz zasoby edukacyjne – są szczególnie wyraźnie obecne w analizowanych treściach.

Pojęcia takie jak aktywne słuchanie, empatia, komunikacja dialogiczna, rozwiązywanie konfliktów oraz uwzględnianie zróżnicowanych perspektyw pacjentów i współpracowników odzwierciedlają nacisk modelu EMPOWER na wzajemny szacunek, zaangażowanie i inkluzywność. Rozdział oferuje praktyczne strategie przezwyciężania barier językowych, stereotypów i nieporozumień niewerbalnych – kluczowych przeszkód w zapewnianiu bezpiecznej i skutecznej opieki zdrowotnej.

Autorzy podkreślają także znaczenie technologii i edukacji w budowaniu dialogu oraz partnerstwa z pacjentem, co bezpośrednio nawiązuje do filaru zasobów edukacyjnych modelu. Rozdział promuje również rozwój empatycznej i świadomej kulturowo tożsamości zawodowej, zgodnej z naciskiem EMPOWER na refleksyjny profesjonalizm.

Całość treści silnie wspiera wdrażanie modelu EMPOWER w praktyce, ukazując, że komunikacja międzykulturowa stanowi fundament skutecznej, etycznej i sprawiedliwej opieki zdrowotnej.



Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Multi Culti Med

Rozdział 10

Wpływ czynników kulturowych na postawy wobec zdrowia i choroby

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine (Ukraine)

> **Zdrowie jest dobrem tak wielkiej wagi, że zdrowy żebrak jest szczęśliwszy niż chory król.**
>
> — Arthur Schopenhauer

10.1. Wprowadzenie

Zdrowie jest pierwszą i najważniejszą potrzebą człowieka, która determinuje zdolność do pracy i zapewnia harmonijny rozwój jednostki. Jest to najważniejszy warunek poznania otaczającego nas świata, samorealizacji oraz szczęścia.

Pojęcie zdrowia jako równowagi między człowiekiem a środowiskiem, jedności ciała i duszy oraz naturalnego pochodzenia chorób stanowiło podstawę postrzegania zdrowia w starożytnej Grecji. Podobne koncepcje istniały w starożytnej medycynie indyjskiej i chińskiej (Svalastog et al., 2017).

Hipokrates powiązał zdrowie z czynnikami środowiskowymi i stylem życia. Stworzył koncepcję pozytywnego zdrowia, która zależała od podstawowej konstytucji człowieka (dziś jest to genetyka), diety i aktywności fizycznej. Wierzył, że odpowiednia dieta i ćwiczenia są niezbędne dla zdrowia, a zmiany sezonowe mają istotny wpływ na ludzki umysł i ciało, powodując choroby układu oddechowego zimą oraz układu pokarmowego latem (Donev, 2019).

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia następującą definicję zdrowia: „Zdrowie to nie tylko brak choroby lub osłabienia, ale stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu. Korzystanie z najwyższego osiągalnego standardu zdrowia jest podstawowym prawem każdego człowieka, niezależnie od rasy, religii, przekonań politycznych, statusu ekonomicznego lub społecznego" (Pyurko et al., 2022). Inna definicja zdrowia to harmonijna jedność cech biologicznych, psychologicznych i społecznych, które są wynikiem wrodzonych i nabytych wpływów biologicznych i społecznych. Względna stabilność bioekosystemu oraz trwałość zasobów są uważane za ważne wskaźniki zdrowia, których obecność pozwala każdej osobie zrealizować swój potencjał zdrowotny (Determinants of Health, 2024).

10.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci poszerzą swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- **badania perspektyw kulturowych** poprzez analizę wpływu przekonań, praktyk i wartości kulturowych na postawy wobec zdrowia, choroby oraz podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w różnych populacjach,
- **definiowania kluczowych pojęć** poprzez wyjaśnienie terminów związanych z czynnikami kulturowymi i zdrowiem, takich jak „kompetencje kulturowe", „model przekonań zdrowotnych" oraz „relatywizm kulturowy", w celu zapewnienia podstawowego zrozumienia tematu,
- **identyfikowania barier kulturowych**, które mogą wpływać na interakcje pacjent–personel medyczny oraz wyniki zdrowotne, w tym różnice językowe, tradycyjne praktyki zdrowotne oraz stygmatyzację związaną z niektórymi chorobami,
- **podkreślania znaczenia wrażliwości kulturowej** poprzez zwrócenie uwagi na rolę wrażliwości i świadomości kulturowej w: zapewnianiu skutecznej opieki zdrowotnej, budowaniu zaufania oraz poprawie zaangażowania pacjentów i przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

10.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- **zrozumieć wpływ czynników kulturowych:** opisać, jak czynniki kulturowe kształtują postrzeganie, przekonania i postawy wobec zdrowia i choroby oraz jak mogą się one różnić w zależności od różnych populacji,
- **definiować kluczowe terminy**, takie jak „kompetencje kulturowe", „nierówności zdrowotne", „model przekonań zdrowotnych", „czynniki zależne od zdrowia", „poziomy zdrowia", „percepcja ciała", „kultura ciała", „zdrowie psychiczne" i „percepcja choroby",
- **identyfikować bariery kulturowe**, które mogą wpływać na dostęp jednostek do opieki zdrowotnej, interakcje z pracownikami służby zdrowia oraz ogólne wyniki zdrowotne,
- **zastosować wnioski kulturowe**: wyjaśnić, jak zastosować wnioski uzyskane ze zrozumienia czynników kulturowych, aby opracować wrażliwe kulturowo praktyki opieki zdrowotnej, które szanują i dostosowują się do różnorodnych potrzeb pacjentów.

10.4. Pojęcie zdrowia i choroby w różnych kulturach

Czynniki, od których zależy zdrowie:

- **czynniki biologiczne i fizyczne:** wskaźniki genetyczne i biochemiczne, zdolności fizyczne i motoryczne, cechy anatomiczne i funkcjonalne każdego narządu, układu oraz organizmu jako całości, zdolność ciała do pełnienia funkcji biologicznych i społecznych. Utrzymanie zdrowia fizycznego zależy przede wszystkim od zdrowego i aktywnego trybu życia, higieny snu, jakości odżywiania itp.,
- **czynniki psychologiczne:** uczucia, emocje, cechy osobowości, poziom energii i witalności, temperament, poczucie własnej wartości, odporność i motywacja. Zdrowie psychiczne oznacza zdolność do radzenia sobie ze stresem, adekwatne poczucie własnej wartości, zarządzanie emocjami, dobrą odporność oraz odpowiedzialność. Każdy z tych aspektów może wpływać na dobrostan psychiczny i ogólny. Samopielęgnacja psychiczna może poprawić równowagę i odporność na sytuacje stresowe,
- **czynniki społeczne i ekonomiczne:** edukacja, środowisko pracy, status finansowy, samodzielność oraz czas wolny i rekreacja. Interakcje ze światem i środowiskiem, jak również relacje społeczne, mają wpływ na dobrostan i zdrowie w ogóle,
- **czynniki duchowe:** są ważną częścią zdrowia i mogą być rozumiane poza klasyczną definicją religii. Jest to poczucie bycia częścią czegoś większego, bardziej holistycznego. Może to być doświadczenie związane z naturą, religią lub tradycjami kulturowymi. Świadomość ludzka, mentalność, identyfikacja życiowa, stosunek do sensu życia, ocena realizacji własnych zdolności i możliwości w kontekście własnych ideałów i światopoglądu – wszystko to determinuje stan zdrowia duchowego jednostki (Preeti Rao, 2024).

Interakcja tych komponentów i ich wzajemny wpływ kształtują ogólny stan zdrowia. Ogólny balans pomaga zwiększyć odporność i zdolność do reagowania na czynniki niekorzystne.

Dobrostan obejmuje różne aspekty życia ludzkiego:

- **dobrostan fizyczny** to dobra kondycja fizyczna, energia, wigor oraz zdolność do wytrzymywania aktywności fizycznej,
- **dobrostan psychiczny** to dobrostan emocjonalny, intelektualny i duchowy, zdolność do uczenia się i czerpania radości z nauki, zdolność do analizy problemów i podejmowania świadomych decyzji,
- **dobrostan emocjonalny** to zdolność do rozumienia uczuć (własnych i innych osób), umiejętność pokonywania niepowodzeń i zarządzania stresem,
- **dobrostan duchowy** to świadomość swojego celu i sensu życia, postrzeganie wartości uniwersalnych oraz zaangażowanie w dziedzictwo kulturowe swojego narodu, społeczeństwa i ludzkości,
- **dobrostan społeczny** to zadowolenie ze statusu społecznego i jakości relacji z innymi, zdolność do efektywnej komunikacji i interakcji z ludźmi. Zależny jest od czynników ekonomicznych, relacji ze strukturami społecznymi – rodziną, organizacjami, przez które przebiegają więzi społeczne (Chovhaniuk et al., 2023).

Poziomy zdrowia

System człowiek–zdrowie–środowisko definiuje trzy wzajemnie powiązane poziomy:

1. **zdrowie publiczne**, które charakteryzuje stan zdrowia populacji jako całości i ukazuje zintegrowany system relacji materialnych i duchowych, które istnieją w społeczeństwie,
2. **zdrowie grupowe**, które zależy od specyfiki życia ludzi w danej grupie zawodowej lub rodzinnej oraz od bezpośredniego środowiska, w którym żyją jej członkowie,



3. **indywidualny poziom zdrowia**, który kształtuje się zarówno w warunkach całego społeczeństwa i grupy, jak i na podstawie fizjologicznych i psychicznych cech jednostki oraz unikalnego stylu życia, jaki prowadzi każda osoba.

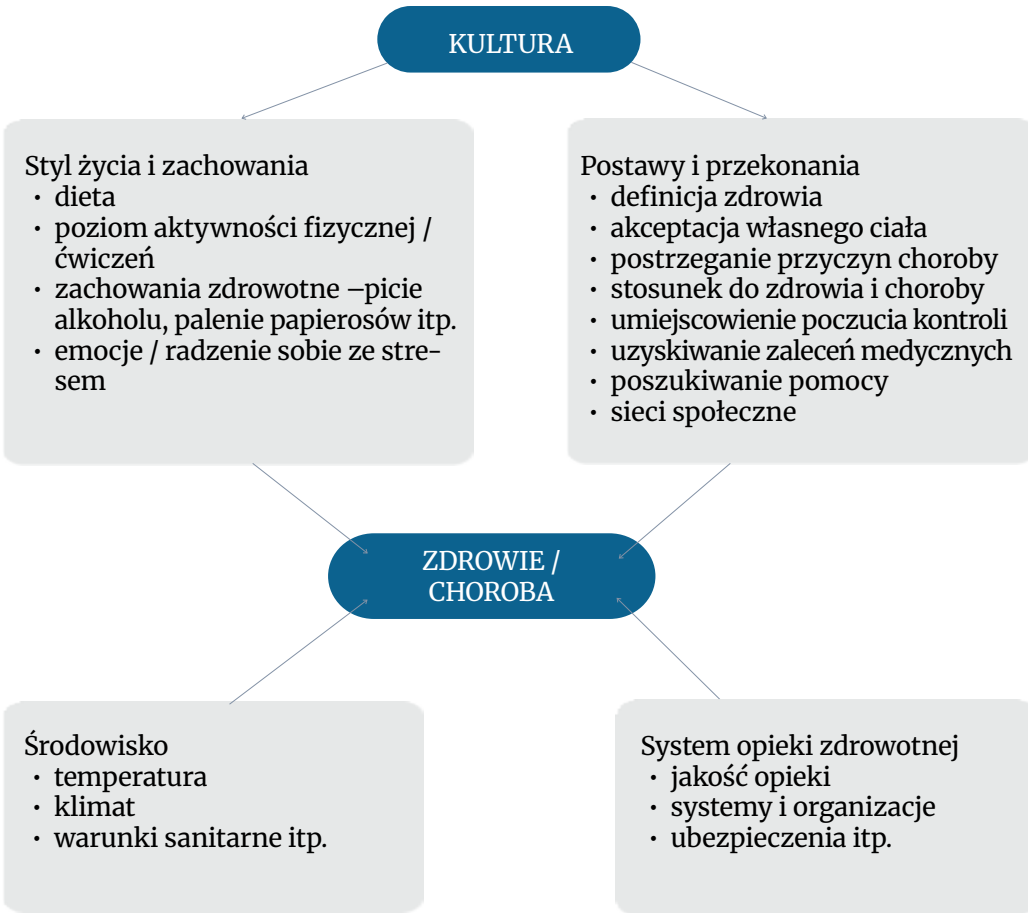
Poziomy zdrowia jednostki to stany dynamiczne. Istnieją etapy pośrednie między teoretyczną koncepcją pełnego zdrowia a chorobą (Stolyarenko, 2016):

- **absolutnie zdrowy** – stan ciała, w którym wszystkie narządy i układy funkcjonują doskonale (koncepcja teoretyczna),
- **praktycznie zdrowy** – ciało utrzymuje wszystkie wskaźniki w granicach normy fizjologicznej, jest w stanie wytrzymać znaczące obciążenia i dzięki rezerwom wewnętrznym szybko przystosowuje się do zmian w środowisku,
- **nieprzystosowanie** (zaburzenie adaptacji) – proces psychologiczny lub fizyczny charakteryzujący się naruszeniem zdolności osoby do skutecznego przystosowania się do zewnętrznych warunków środowiskowych, sytuacji społecznych lub osobistych. Nieprzystosowanie występuje w odpowiedzi na różne stresory lub zmiany życiowe, kiedy nie jest możliwe opracowanie lub utrzymanie strategii radzenia sobie, które są niezbędne do utrzymania równowagi psychicznej i skutecznej interakcji z otoczeniem. Jest to stan, w którym w wyniku długotrwałego narażenia na niekorzystne czynniki zakłócony zostaje system autoregulacyjny organizmu, gromadzą się substancje toksyczne, a aktywność układu odpornościowego maleje (Zhenshen Bao, 2022),
- **przedchorobowy** – przejście od zdrowia do choroby, kiedy w ciele człowieka kumulują się zmiany nieadaptacyjne, dochodzi do niedoboru odporności oraz zaburzeń metabolizmu. Na tym etapie obniża się próg bólu, wzrasta zmęczenie i ryzyko zachorowań. W tym stanie organizm wydatkuje energię nie na twórczą pracę, ale na zachowanie życia. W tym stanie możliwe jest przywrócenie wyższego poziomu zdrowia, zwykle poprzez mobilizację adaptacyjnych zdolności organizmu (Health and Disease, 2024),
- **choroba** – zaburzenie funkcji życiowych organizmu pod wpływem szkodliwych bodźców ze środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, które zmniejsza zdolność organizmu do przystosowania się do środowiska i jednocześnie mobilizuje jego obronność. Chorobę zwykle definiuje się jako każde szkodliwe odchylenie od normalnego stanu strukturalnego lub funkcjonalnego organizmu, związaną ze specyficznymi objawami. Ta dewiacja zakłóca delikatną równowagę fizjologiczną organizmu, czyli homeostazę (Burrows i Scarpelli, 2024). Zrozumienie czynników leżących u podstaw choroby jest kluczowe dla skutecznej diagnozy, leczenia i zapobiegania (Hansen, 2023). Etiologia, pierwszy składnik, opisuje przyczyny choroby, które mogą być biologiczne, środowiskowe lub genetyczne. Rozpoznanie tych przyczyn jest niezbędne do odpowiedniego leczenia i działań profilaktycznych. Patogeneza, drugi składnik, obejmuje sekwencję zdarzeń prowadzących do rozwoju choroby, z naciskiem na współdziałanie predyspozycji genetycznych, ekspozycji środowiskowej i odpowiedzi immunologicznych (Dave, 2023).

Zdrowie populacji ocenia się na podstawie trzech wskaźników: umieralności niemowląt, liczby dni roboczych straconych z powodu choroby, długości życia.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia wpływ medycyny na te wskaźniki nie przekracza 10%, wpływ dziedziczenia wynosi 20%, wpływ środowiska to 19%, a największe znaczenie ma styl życia – 51% (Światowa Organizacja Zdrowia, 2024). Niektóre z tych czynników można całkowicie kontrolować, inne – tylko częściowo, a na resztę nie mamy wpływu.

Osiągnięcie dobrego zdrowia jest ściśle związane z indywidualnymi składnikami zdrowia i zależy od wielu czynników. Relacja między **kulturą a zdrowiem** jest złożona i wieloaspektowa, ponieważ czynniki kulturowe wpływają na sposób, w jaki jednostki postrzegają zdrowie, chorobę i dobrostan. Przekonania, praktyki i wartości kulturowe kształtują zachowania związane z utrzymaniem zdrowia, prewencją i leczeniem, co podkreśla znaczenie zrozumienia, jak konteksty kulturowe wpływają na wyniki zdrowotne i praktyki medyczne (Ryc. 10.1).



Ryc. 10.1. Schemat wzajemnych powiązań pomiędzy kulturą i zdrowiem

10.5. Percepcja ciała w różnych kulturach

Obraz ciała to postrzeganie, myśli i uczucia osoby dotyczące jej ciała i wyglądu. Jest to pojęcie wielowymiarowe, które obejmuje zadowolenie i niezadowolenie z ciała, ocenę rozmiaru ciała oraz emocjonalne nastawienie do niego. Ocena odnosi się do tego, jak zadowolona/niezadowolona jest osoba ze swojego ciała, natomiast jej zaangażowanie dotyczy aspektów poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych, które są kluczowe dla percepcji obrazu ciała (np. samoopieka) w codziennym życiu. Negatywna samoocena wyglądu fizycznego lub niezadowolenie z ciała są powiązane z wieloma zaburzeniami zdrowia psychicznego, w tym niską samooceną, depresją i zaburzeniami odżywiania (Monocello, 2022). Normy i oczekiwania kulturowe mają istotny wpływ na indywidualne postrzeganie obrazu ciała i jego związek ze zdrowiem psychicznym. Złożona relacja między różnicami kulturowymi, obrazem ciała a zdrowiem psychicznym wykracza poza jednostkę i obejmuje poziom społeczny. Konsekwencje społeczne mogą obejmować stres emocjonalny, niezdrowy styl życia i istotne obciążenia ekonomiczne związane z próbami zmiany wyglądu (Perkins et al., 2021).

Ciało nie jest jedynie organizmem żyjącym; jest ono kształtowane przez społeczne oczekiwania i stanowi zjawisko społecznie skonstruowane, podlegające określonym normom społecznym, które koncentrują się na kulturowych determinantach obrazu ciała. Przebadane interwencje kulturowo dostosowane okazały się skuteczne w poprawie obrazu ciała i zdrowia psychicznego. Istotne jest, aby rozumieć postrzeganie ciała przez pryzmat kultury; docenienie różnic w postrzeganiu obrazu ciała między kulturami oraz powiązanie kultury z somatyką jest niezbędne do rozwiązania kwestii związanych z promowaniem dobrostanu psychicznego. Mimo postępów w rozumieniu relacji między kulturą a obrazem ciała, wciąż istnieje wiele aspektów do zbadania, szczególnie w kontekście bardziej holistycznego zrozumienia wpływu kultury na obraz ciała. Badając ideały piękna, oczekiwania kulturowe, internacjonalizację, konsekwencje niezadowolenia z obrazu ciała oraz wymagania dotyczące interwencji kulturowo wrażliwych, podjęto próbę zrozumienia wpływu i przejawów determinantów kulturowych, takich jak normy społeczne, tradycyjne wartości i standardy piękna na postrzeganie obrazu ciała.

Przegląd systematyczny wykonany na podstawie baz danych naukowych PubMed, Scopus i Web of Science ujawnił różnice w postrzeganiu obrazu ciała w zależności od kraju zamieszkania. Niezależnie od tła kulturowego istnieje uniwersalny trend wśród młodych ludzi. Na przykład osoby w wieku 18–25 lat bardziej martwią się o swój obraz ciała. Młodzież wykazuje również wyraźną podatność na problemy związane z obrazem ciała, co bywa zaostrzane przez kulturowe i społeczne środowisko, w którym żyją. Płeć również odgrywa istotną rolę w podatności na problemy związane z obrazem ciała. Kobiety w różnych kulturach i krajach wykazują większą tendencję do niezadowolenia ze swojego ciała niż mężczyźni (Schaefer et al., 2018). Różnica ta jest szczególnie widoczna w badaniach dotyczących dziewcząt w okresie dojrzewania. Analiza literatury

wskazuje jednak, że problemy z obrazem ciała nie ograniczają się tylko do kobiet. Badania wskazują na rosnące zainteresowanie obrazem ciała wśród chłopców w wieku nastoletnim (Perkins et al., 2021; Whitbeck i Hoyt, 1999). Problemy związane z akceptacją obrazu ciała dotyczą ludzi na całym świecie, np. badania przeprowadzone w Japonii, Finlandii, Argentynie, Brazylii, Stanach Zjednoczonych, Tajlandii oraz w krajach afrykańskich i arabskich pokazują, że normy kulturowe i oczekiwania społeczne mają znaczący wpływ na postrzeganie obrazu ciała w tych zróżnicowanych środowiskach (Schaefer et al., 2018). Członkowie mniejszości etnicznych i grup etnicznych napotykają unikalne wyzwania związane z postrzeganiem obrazu ciała. Badania pokazują, że nastolatki z niektórych grup etnicznych, takich jak Indo-Trinidadczycy i Afro-Trinidadczycy, wykazują odmienne stopnie troski o obraz ciała (Whitbeck i Hoyt, 1999). Amerykańscy nastolatkowie mieli bardziej negatywne stereotypy dotyczące otyłości niż chińscy nastolatkowie, co łączyło się z przypisaniem większego znaczenia masie ciała i idealizacją szczupłości. W Stanach Zjednoczonych i krajach europejskich występuje wyższa zapadalność na anoreksję nervosa i bulimię nervosa, co jest często związane z internalizowaniem ideałów szczupłości. Było to szczególnie widoczne w badaniach skupiających się na populacjach amerykańskich i brytyjskich (Dinesh Bhugra i Susham Gupta, 2010).

Kultura ciała to tradycja dbania o ciało w różnych kulturach, od plemiennych rytuałów i praktyk higienicznych w starożytności, po współczesne odpowiedniki. Obejmuje fryzury i tatuaże, które miały duże znaczenie w czasach starożytnych, oraz ruchy rytualne, które później stały się podstawą wychowania fizycznego. Warto również zauważyć, że wspólnoty etno-narodowe mają swoją własną kulturę ciała. Praktyki te koncentrują się na ludzkim ciele w celu przekształcenia ludzkiej subiektywności. Percepcja ciała może być różna dla każdej osoby. Kultura i współkultura(y) wpływają na zachowanie, wartości, przekonania, wzorce myślenia oraz postrzeganie otoczenia. Dlatego przynależność do kultury i współkultury, opartej na narodowości, rasie, płci, orientacji seksualnej, klasie, zdolnościach i wieku, wpływają na percepcje. Podczas procesu socjalizacji następuje internalizacja przekonań, postaw i wartości, które są współdzielone w ramach dominującej kultury oraz naszych grup współkulturowych. Schematy posiadane przez członków grupy mogą być podobne lub bardzo różne (Monocello, 2022).

10.6. Wpływ kultury na kształtowanie przekonań dotyczących zdrowia psychicznego

Przekonania kulturowe mogą mieć istotny wpływ na zdrowie psychiczne i dostęp do opieki. Członkowie mniejszości rasowych i etnicznych z problemami zdrowia psychicznego rzadziej otrzymują wczesną diagnozę z powodu stygmatyzacji kulturowej i czynników społecznych (Misra et al., 2021). Wpływy kulturowe i stygmatyzacja mogą uniemożliwiać osobom z problemami zdrowia psychicznego otwarte omówienie swoich trudności i poszukiwanie pomocy profesjonal-

nej. W odróżnieniu od objawów fizycznych, oznaki zaburzeń psychicznych są zazwyczaj trudniejsze do rozpoznania i często mylone z przypadkowymi zmianami osobowości. Stygmatyzacja kulturowa może sprawić, że jeszcze trudniej będzie opisać swoje objawy i problemy rodzinie czy przyjaciołom. Życie w środowisku, które zniechęca do rozmowy na temat problemów zdrowia psychicznego, może prowadzić do samostygmatyzacji i poczucia wewnętrznego wstydu lub winy. Zmaganie się z problemami zdrowia psychicznego bez systemu wsparcia to doświadczenie izolujące. W takich okolicznościach osoba może postrzegać swoje problemy zdrowia psychicznego jako osobistą porażkę, co prowadzi do niskiej samooceny i pogłębiania się objawów (Ngubane, De Gama, 2023).

Pokonywanie kulturowych tabu jest ważnym krokiem w kierunku zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego i zmiany norm kulturowych. Brak kompetencji kulturowych może prowadzić do nieskutecznej komunikacji, błędnych diagnoz i niewłaściwych planów leczenia (Purnell, 2018). Kiedy osoby poszukują wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego, oczekują pomocy i zrozumienia swoich specyficznych problemów. Dostawcy usług zdrowotnych powinni uwzględniać czynniki społeczne i kulturowe związane z problemami ludzi, koncentrując się na różnorodności i zapewniając odpowiednie zasoby dla osób z różnych środowisk kulturowych.

Kultura może kształtować sposób, w jaki ludzie postrzegają i zgłaszają objawy chorobowe. Niektóre kultury mogą traktować objawy zaburzeń zdrowia psychicznego (takie jak depresja) jako oznakę słabości lub moralnej porażki, co sprawia, że osoby z tych kultur mogą być mniej skłonne do szukania pomocy lub zgłaszania tych objawów. W przeciwieństwie do tego, inne kultury mogą priorytetowo traktować zdrowie psychiczne i postrzegać szukanie pomocy jako oznakę siły. Istnieją również różnice w rozumieniu choroby i w tym, czy jest uważana za „rzeczywistą", czy „wymyśloną" (Escalante et al., 2023).

Kilka przykładów ilustrujących, jak różne kultury mogą postrzegać i zgłaszać objawy zaburzeń zdrowia psychicznego:

1. **Kultury zachodnie (np. Stany Zjednoczone, Kanada):**

- Postrzeganie: Problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak depresja czy lęk, często traktowane są jako schorzenia wymagające pomocy profesjonalnej. Szukanie terapii lub porady jest postrzegane jako proaktywne działanie na rzecz zdrowia.
- Zgłaszanie: Osoby w tych kulturach mogą być bardziej skłonne do otwartego dzielenia się swoimi trudnościami zdrowia psychicznego z rodziną, przyjaciółmi i specjalistami, a także szukać wsparcia u profesjonalistów zdrowia psychicznego bez stygmatyzacji (American Psychiatric Association, 2013).

2. **Kultury wschodnioazjatyckie (np. Chiny, Japonia):**

- Postrzeganie: Problemy ze zdrowiem psychicznym mogą być postrzegane jako powód do wstydu lub oznaka słabości. W tych kulturach kładzie się duży nacisk na utrzymanie harmonii i zachowanie „twarzy", co może zniechęcać osoby do uznania problemów zdrowia psychicznego.
- Zgłaszanie: Osoby mogą minimalizować lub unikać omawiania swoich objawów z obawy przed stygmatyzacją społeczną, co prowadzi do niedostatecznego zgłaszania lub poszukiwania alternatywnych form wsparcia, takich jak porady rodzinne czy medycyna tradycyjna, zamiast profesjonalnej pomocy zdrowia psychicznego (Kirmayer i Minas, 2000).

3. **Kultury południowoazjatyckie (np. Indie, Pakistan):**

- Postrzeganie: W niektórych społecznościach problemy ze zdrowiem psychicznym mogą być interpretowane jako rezultat sił nadprzyrodzonych lub braku wiary. Istnieje kulturowa narracja, która wiąże problemy zdrowia psychicznego ze „złym losem" lub karmą.
- Zgłaszanie: Niektóre osoby mogą zwracać się po pomoc do liderów duchowych lub religijnych, zamiast do specjalistów zdrowia psychicznego, postrzegając problemy zdrowia psychicznego przez pryzmat duchowy, a nie medyczny (Ataullahjan et al., 2016).

4. **Kultury latynoamerykańskie (np. Meksyk, Brazylia):**

- Postrzeganie: W wielu kulturach Ameryki Łacińskiej koncepcja familismo kładzie duży nacisk na lojalność i wsparcie rodzinne. Objawy zdrowia psychicznego mogą być postrzegane jako problem zbiorowy rodziny, a nie jednostki.
- Zgłaszanie: Osoby mogą omawiać swoje objawy w kontekście rodzinnym i polegać na wsparciu członków rodziny, co może prowadzić do mniejszego zaangażowania w poszukiwanie formalnych usług zdrowia psychicznego (Hinton i Nichols, 2008).

5. **Kultury rdzennych Amerykanów:**

- Postrzeganie: Zdrowie psychiczne może być rozumiane przez pryzmat wspólnej relacji z naturą, duchowością i holistycznym zdrowiem. Problemy zdrowia psychicznego mogą być postrzegane jako zakłócenie więzi ze wspólnotą i kulturą.
- Zgłaszanie: Osoby mogą preferować zwrócenie się po pomoc do tradycyjnych uzdrowicieli lub uczestniczenie w rytuałach wspólnotowych, zamiast korzystania z głównonurtowych usług medycznych (Whitbeck i Hoyt, 1999).

6. **Zjednoczone Królestwo (Europa Zachodnia):**

- Postrzeganie: W Wielkiej Brytanii problemy ze zdrowiem psychicznym są coraz bardziej rozpoznawane, ale stygmatyzacja wciąż istnieje. Takie schorzenia jak depresja mogą być postrzegane jako osobista słabość, a osoby mogą wahać się przed szukaniem pomocy z obawy przed oceną.
- Zgłaszanie: Wiele osób może początkowo omawiać swoje objawy z rodziną lub przyjaciółmi, zanim zwróci się po pomoc do profesjonalistów zdrowia psychicznego, często używając języka potocznego, aby opisać swoje uczucia (Lewis, 2019).

7. **Polska (Europa Środkowa):**

- Postrzeganie: W Polsce tradycyjnie istnieje mniejsze zrozumienie i akceptacja problemów zdrowia psychicznego. Zaburzenia takie jak depresja czy lęk bywają czasem kojarzone z porażką osobistą lub negatywnie postrzegane w społeczności.
- Zgłaszanie: Ludzie mogą odkładać szukanie pomocy, aż objawy staną się poważne, często zgłaszając objawy fizyczne, a nie emocjonalny dyskomfort, gdy udają się do lekarzy (Karam i Mneimneh, 2006).

8. **Norwegia (Skandynawia):**

- Postrzeganie: W Norwegii istnieje bardziej otwarta dyskusja na temat zdrowia psychicznego, ale wciąż mogą istnieć kulturowe oczekiwania dotyczące samodzielności, które sprawiają, że osoby mogą umniejszać swoje trudności.
- Zgłaszanie: Osoby mogą preferować omawianie swoich doświadczeń w kontekście osobistego rozwoju lub odporności, zamiast traktować je jako zaburzenie (Sundal i Coyle, 2019).

9. **Hiszpania (Basen Morza Śródziemnego):**

- Postrzeganie: W Hiszpanii występuje mieszanka tradycyjnych wierzeń i nowoczesnego rozumienia zdrowia psychicznego. Objawy mogą być postrzegane jako rezultat presji rodzinnej lub oczekiwań społecznych.
- Zgłaszanie: Osoby mogą być bardziej skłonne do omawiania swoich problemów zdrowia psychicznego w kontekście rodzinnym i szukać wsparcia nieformalnego od przyjaciół lub rodziny, zanim udadzą się do specjalisty (Vázquez i García, 2019).

10. Włochy (Basen Morza Śródziemnego):

- Postrzeganie: W kulturze włoskiej często kładzie się nacisk na wsparcie rodziny, a problemy zdrowia psychicznego mogą być postrzegane w kontekście dynamiki rodzinnej. Osoba szukająca pomocy może być do tego zniechęcana, jeśli jest to postrzegane jako przynoszące wstyd rodzinie.
- Zgłaszanie: Objawy często są omawiane bardziej otwarcie w ramach jednostki rodzinnej, a osoby mogą używać nieprecyzyjnych terminów, aby opisać swoje uczucia, zamiast bezpośrednio określać problem zdrowia psychicznego. Zależność od wsparcia rodziny może opóźnić poszukiwanie profesjonalnej pomocy, ponieważ osoby mogą najpierw szukać zrozumienia i pomocy od krewnych (McDaid i Evers 2010).

Choroba i zdrowie to dwa pojęcia nieodłącznie związane z każdą kulturą. Głębsze zrozumienie rozpowszechnienia i rozkładu zdrowia i chorób w społeczeństwie wymaga zintegrowanego podejścia, które łączy wiedzę biologiczną i medyczną z problematyką socjologiczną i antropologiczną. Z perspektywy antropologicznej zdrowie jest związane z czynnikami politycznymi i ekonomicznymi, które kształtują relacje międzyludzkie, modelują zachowania społeczne i wpływają na doświadczenia zbiorowe (Hyman et al., 2020).

Kultura determinuje społeczno-epidemiologiczny rozkład chorób w dwóch wymiarach:

- z perspektywy lokalnej – kultura kształtuje zachowania ludzi, czyniąc ich bardziej podatnymi na pewne choroby,
- z perspektywy globalnej – siły polityczne i ekonomiczne oraz praktyki kulturowe skłaniają ludzi do określonych sposobów postępowania wobec środowiska (Dan et al., 2024).



Codzienne działania i zachowania ludzi są kształtowane przez kulturę, co sprawia, że zachowania społeczne stają się bardziej jednorodne. Ludzie działają zgodnie z określoną kulturą zdrowia, dzieląc się fundamentalnymi zasadami, które pomagają im integrować się w społecznościach. Akceptacja społeczna opiera się na respektowaniu tych zasad i przekazywaniu ich innym (Lewis, 2019).

Piśmiennictwo

Abdoli, M., Rosato, M. C., Desousa, A., et al. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. Social Sciences, 13(6), 305. https://doi.org/10.3390/socsci13060305.

Alves, R. R., Alves, Hda. H., & Barboza, R. R. D. (2010). The influence of religiosity on health. Ciência & Saúde Coletiva 15(4), 2105–2111.

Ataullahjan, A., Janzen, J., & McKenzie, K. (2016). Understanding mental health help-seeking among South Asian women in Canada. Journal of Immigrant and Minority Health, 18(5), 1134-1141. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0239-2.

B. A. Fiedler (Ed.). (2020). Three facets of public health and paths to improvements: Behavior, culture, and environment. Academic Press. https://doi.org/10.1016/C2018-0-04982-8.

Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-García, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. Journal of Religion and Health, 57(5), 1905–1917. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2.

Bhugra, D., & Gupta, S. (2010). Culture and its influence on diagnosis and management. In: C. Morgan, D. Bhugra (Eds.). Principles of social psychiatry. John Wiley & Sons, p. 117–131. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9780470684214.ch10 [19.02.2025].

Burakova, M., & Filbien, M. (2020). Cultural intelligence as a predictor of job performance in expatriation: The mediation role of cross-cultural adjustment. Pratiques Psychologiques, 26(1), 1–17. https://doi.org/10.1016/j.prps.2019.03.003.

Burrows, W., & Scarpelli, D. G. (2024). Disease. Encyclopedia Britannica. https://www.britannica.com/science/disease [19.02.2025].

Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. Nurse Education in Practice, 29, 159–162. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007.

Chovhaniuk, O., Bashkirova, L., Meleha, K., et al. (2023). Study of the state of health in the conditions of constant numerous transitional and intermediate stages. Futurity Medicine, 2(2), 26–34. https://doi.org/10.57125/FEM.2023.06.30.03.

Cultural competency. (2023). Merriam-Webster. https://www.merriam-webster.com/dictionary/cultural%20competency [19.02.2025].

Dan, S., Cheslack-Postava, F., Abaev, B., et al. (2024). Zotero. Vienna: Corporation for Digital Scholarship.

Dave, L. (2023). Genetics and human health: Understanding the influence and impact of our genes. Annals of Clinical and Laboratory Research, 11(1), 454. https://hal.science/hal-04107461v1/file/genetics-and-human-health-understanding-the-influence-and-impact-of-our-genes.pdf [19.02.2025].

Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., et al. (2015). Evidence to inform education, training, and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. Midwifery, 31(1), 229–238. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.012.

Determinants of health. (2024). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health [19.02.2025].

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). (2013). American Psychiatric Assocation.

Donev, D. (2000). Human health – definition, concept, and content. In: B. Nikodijevic (Ed.), Contemporary diagnostics and therapy in medicine. Skopje: Faculty of Medicine, p. 5–19. https://www.who.int/about/governance/constitution [19.02.2025].

Enaifoghe, A. (2023). The influence of culture and gender differences in communication: Society's perception. International Journal of Research in Business and Social Science (2147–4478), 12(7), 460–468. https://doi.org/10.20525/ijrbs.v12i7.2720.

Farhud, D. D. (2015). Impact of lifestyle on health. Iranian Journal of Public Health, 44(11), 1442–1444.

Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2020). Advancing indigenous mental health research: Ethical, conceptual, and methodological challenges. Transcultural Psychiatry, 57(2), 235–249. https://doi.org/10.1177/1363461520923151.

Gowder, S. J. T. (2024). Impact of religion on food and nutrition. Journal of Ecohumanism, 3(7), 2968–2977.

Griban, G. P., Zablotska, O. S., Yeroshenko, G. A., et al. (2023). The nature of motivation for a healthy lifestyle in children of different ages. Acta Balneologica, 65(3), 165–170. https://doi.org/10.36740/ABAL202303106.

Habibah, S. M., Kartika, R., & Rizqi, A. I. (2023). Multiculturalism transformation in the technological age: Challenges and opportunities. Digital Theory, Culture & Society, 1(2), 81–87. https://doi.org/10.61126/dtcs.v1i2.16.

Hansen, M. (2023). Pathogenesis: Understanding the mechanisms behind disease development. International Research Journal of Basic and Clinical Studies, 8(4), 1–13. https://doi.org/10.14303/irjbcs.2023.54.

Haskell, B. S., & Segal, E. S. (2014). Ethnic and ethical challenges in treatment planning: Dealing with diversity in the 21st century. The Angle Orthodontist, 84(2), 380–382.

Hassan, M. M., Tedong, P. A., Khir, A. M., et al. (2023). Exploring the influence of social environments on wellbeing in urban communities: A literature review and key indicators for future research. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 13(18). https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v13-i18/19979.

Health and Disease: I. History of the Concepts. Encyclopedia.com. https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-i-history-concepts#:~:text=Health%20and%20Disease%3A%20I [19.02.2025].

Hickey, J. V., & Giardino, E. R. (2018). The role of nurses in hospital quality improvement. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, 8(1), 1–8.

Hinton, D. E., & Nichols, C. (2008). Cultural factors in the perception and expression of anxiety among Latino populations. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14(2), 133–139. https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.133.

Jaganya, B., Janani, K., & Durgalakshmi, M. S. (2024). The role of cultural diversity and its impact on the workplace. International Journal of Business Management Invention, 13(6), 89–92.

Karam, E. G., & Mneimneh, Z. (2006). Mental health in Eastern Europe: A challenge for research. European Psychiatry, 21(6), 393–396. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.006.

Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of psychiatry in the global context. Psychiatric Services, 51(11), 1391-1396. https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1391.

Lavery, J. (2022). Mental health care in diverse cultural settings. Oxford: Oxford University Press.

Li, M., & Wang, D. (2020). The role of cultural competence in healthcare: An overview. Journal of Healthcare Management, 65(5), 345–354. https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00013.

Mane, A., & Wang, Y. (2023). The impact of cultural factors on healthcare delivery. International Journal of Medical Sciences, 12(3), 128–135. https://doi.org/10.18092/ijms.v12i3.1101.

Mirza, S., & Hussain, Z. (2018). Religion and health: Exploring the connection. Journal of Religion and Health, 57(3), 735-741. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8.

Nierman, R. W., & Stone, G. (2024). Integrating cultural awareness into health interventions. Journal of Public Health, 46(2), 80–92. https://doi.org/10.1056/JPH2024.029876.

Patel, R. S., & Khan, N. H. (2022). Healthcare disparities: Analyzing the impact of culture on patient care. Journal of Medical Disparities, 15(1), 10–17. https://doi.org/10.2135/jmd.2022.0035.

Peltzer, K., & Tushabe, L. (2015). Cultural practices and health behavior: Exploring the link. BMC Public Health, 15(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-7.

Sartori, M., & Grimsley, K. (2020). Cross-cultural communication in medical settings. Medical Humanities, 46(4), 122–129. https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011601.

Stanford, F. C. (2020). The Importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. Journal of the National Medical Association, 112(3), 247–249. https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014.

Sulaiman, F., & Mohd, S. (2024). The effects of cultural practices on public health systems. International Journal of Public Health Policy, 39(6), 354–360. https://doi.org/10.12695/ijphp.2024.0217.

Sullivan, R., & Zhang, L. (2022). The influence of cultural sensitivity on patient outcomes. Journal of Cross-Cultural Psychology, 53(2), 201–215. https://doi.org/10.1177/00220221221083956.

Tavakkol, R., & Brown, A. C. (2021). Healthcare accessibility and cultural barriers: A global perspective. Global Health Review, 5(1), 60–74. https://doi.org/10.1146/ghr2021.09.005.

Telehealth resource center: Definitions. (2022). American Medical Association. https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-resource-center-definitions [19.02.2025].

Thomas, S., & Taylor, S. (2019). The role of cultural diversity in mental health treatment. Psychiatric Services, 70(8), 809–814. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210032.

White, M. E., & Black, A. R. (2017). The impact of cultural competence on the mental health of minority populations. Journal of Mental Health, 26(3), 275–281. https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1223927.

Williams, C. J., & Miller, S. L. (2022). Barriers to health care in multicultural societies. Journal of Multicultural Health, 29(4), 50–57. https://doi.org/10.1097/JMH2022.0167.

Yung, A. R., & Zhang, L. (2024). Cultural diversity and mental health services in the 21st century: A systematic review. Mental Health Policy and Economics, 27(2), 124–136. https://doi.org/10.1016/j.mhpe.2024.02.002.

Refleksja końcowa: Kulturowe uwarunkowania zdrowia a model EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten ukazuje, w jaki sposób czynniki kulturowe wpływają na postrzeganie zdrowia, choroby, ciała i dobrostanu, w pełni wpisując się w założenia modelu EMPOWER, zwłaszcza w obszarach: wielokulturowości, dobrostanu, profesjonalizmu oraz zasobów edukacyjnych.

Autorzy podkreślają znaczenie duchowego, psychicznego i społecznego wymiaru zdrowia, traktując je jako wielowymiarowe zjawisko, kształtowane przez przekonania kulturowe, normy społeczne oraz indywidualne doświadczenia. To holistyczne ujęcie wspiera cel modelu EMPOWER, jakim jest promowanie spersonalizowanej i kulturowo wrażliwej opieki zdrowotnej, w której kompetencje kulturowe i pokora stanowią wartości fundamentalne.

Poprzez analizę różnorodnych kulturowych definicji zdrowia i choroby, poziomów zdrowia (indywidualnego, grupowego, społecznego) oraz postrzegania ciała i zdrowia psychicznego, rozdział wzmacnia filar wielokulturowości. Zachęca praktyków do rozpoznawania i szanowania odmiennych światopoglądów dotyczących zdrowia, występujących w różnych populacjach.

Rozdział promuje również refleksyjny profesjonalizm, podkreślając konieczność integracji świadomości kulturowej z procesem diagnozy, komunikacji i leczenia – co jest w pełni zgodne z podejściem EMPOWER, opartym na empatii, etyce i wysokich kompetencjach zawodowych.

Podsumowując, rozdział ten stanowi solidną podstawę teoretyczną i praktyczną do budowania kompetencji kulturowych zgodnych z modelem EMPOWER. Ukazuje, że skuteczna i sprawiedliwa opieka zdrowotna wymaga głębokiego zrozumienia wpływu kultury na postrzeganie zdrowia i choroby.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu



Multi Culti Med

Rozdział 11

Problemy zdrowia psychicznego w społeczeństwie wielokulturowym

PALOMA MORAL DE CALATRAVA
University of Murcia (Spain)

W zdrowiu psychicznym każde spotkanie z pacjentem to spotkanie biologii z kulturą.

11.1. Wprowadzenie

Zdrowia psychicznego nie można analizować bez uwzględnienia kultury, ponieważ to, co jest uznawane za normalne lub nienormalne, a także doświadczenia, emocje i zachowania, jest warunkowane kulturowo. Zachowanie, uczucie czy myśl mogą być uznawane za normalne w jednej grupie, podczas gdy inna może ocenić to samo zachowanie, odczucie lub ideę jako dewiacyjne (Kirmayer i Bhugra, 2008). Ponadto niektórzy badacze łączą kulturę i zdrowie psychiczne z wierzeniami, wartościami i rytuałami danej grupy (Nolan et al., 2011); inni z kolei odnoszą zdrowie psychiczne do zjawisk społecznych – takich jak klasa, ubóstwo i marginalizacja – które wpływają na różne grupy kulturowe w odmienny sposób (Inglis et al., 2025). Drugi punkt widzenia łączy zdrowie psychiczne z elementami społecznymi, ponieważ znaczenia i zachowania są nabywane i przekazywane w codziennym życiu, pełniąc rolę elementów adaptacyjnych i dostosowawczych dla grupy lub jednostki. Ten punkt widzenia uznaje, że kultura ma wewnętrzne cechy – takie jak wierzenia, wartości i postawy – oraz zewnętrzne, takie jak role i instytucje, które modyfikują sposób, w jaki ktoś interpretuje różne doświadczenia (Yamada i Marsella, 2013). Dlatego w zdrowiu psychicznym każde spotkanie z pacjentem to spotkanie biologii z kulturą.

Imigrant często bywa przedstawiany jako typowa postać w średniej jakości thillerach medycznych, które ukazują go jako nosiciela rzadkiej, zakaźnej i potencjalnie śmiertelnej choroby, zakłócającej nasze zwyczajne życie. Celem tych filmów jest wywołanie u widza poczucia niepokoju. Tego typu filmy zazwyczaj łączą się z rzeczywistymi lękami widzów z krajów rozwiniętych, a sposób przedstawienia „tych innych", imigrantów, ma większy wpływ na publiczność niż raporty naukowe. W konsekwencji po obejrzeniu takiego filmu, niektórzy widzowie zaczynają odczuwać podejrzliwość wobec osób, które mogą pochodzić z innych krajów. Nasze myśli, emocje i zachowania stają się wówczas podatne na manipulację (Brummett 2019). Jednak czy badania naukowe to potwierdzają? Czy „inni" naprawdę stanowią zagrożenie?

Funkcjonowanie emocjonalne, behawioralne, poznawcze i psychiczne człowieka jest uzależnione od czynników zewnętrznych – takich jak film – a grupy wrażliwe są bardziej narażone na społeczne stygmaty, które są potęgowane przez media społecznościowe (Stuart, 2025). Rozdział ten skupia się na rozważaniu kilku istotnych pytań dotyczących wpływu czynników etnicznych i kulturowych na zdrowie psychiczne. Interakcje między dwiema grupami kulturowymi wywołują różne reakcje, a proces ten nazywany jest akulturacją. Po analizie naukowych modeli akulturacji zostanie przedstawiony jej ogólny wpływ na zdrowie psychiczne. Na koniec wyjaśniono objawy i symptomy głębokiej żałoby migracyjnej. Celem rozdziału jest wytyczenie drogi dla europejskich pracowników ochrony zdrowia, aby właściwie stawili czoła wyzwaniom XXI wieku.

11.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- radzenia sobie z kluczowymi problemami zdrowia psychicznego, związanymi z różnicami kulturowymi,

- rozpoznawania głównych strategii psychologicznych stosowanych przez mniejszości kulturowe w społeczeństwach przyjmujących,
- rozwijania wrażliwości kulturowej jako pracownicy służby zdrowia i studenci, aby lepiej odpowiadać na potrzeby zróżnicowanych pacjentów.

11.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- opisać różnorodne i indywidualne strategie akulturacji,
- uzasadnić wpływ uprzedzeń społeczeństw przyjmujących na zdrowie psychiczne mniejszości,
- zidentyfikować najistotniejsze elementy stresu akulturacyjnego,
- wyjaśnić psychologiczne cechy żałoby migracyjnej, w tym syndromu Ulissesa.

11.4. Definicje

Akulturacja: Odnosi się do wielowymiarowego procesu adaptacji, zachodzącego, gdy osoba lub grupa ludzi migruje do nowej kultury i pozostaje w ciągłym, bezpośrednim kontakcie z osobami, grupami oraz wpływami społecznymi o odmiennym tle kulturowym. Obejmuje stopień, w jakim jednostki dostosowują się do nowego sposobu życia poprzez poznawanie i przyswajanie postaw, wartości, zwyczajów, przekonań oraz zachowań innej kultury, zazwyczaj dominującej w kraju przyjmującym (Crowford i Avula, 2014). Na poziomie psychologicznym akulturacja odnosi się do afektywnych, behawioralnych i poznawczych zmian jednostki wynikających z kontaktu z innymi kulturami, znanych również jako ABC akulturacji psychologicznej (Ward, 2001).

Stres akulturacyjny: Jest reakcją na proces adaptacji do kultury społeczeństwa przyjmującego. Choć sam w sobie nie jest zjawiskiem jednoznacznie negatywnym, badania wykazują jego powiązanie z lękiem, depresją, zaburzeniami obrazu ciała, myślami samobójczymi oraz zaburzeniami odżywiania. Dowiedziono zatem, że stres akulturacyjny wpływa na zdrowie psychiczne (Iwamasa et al., 2013).

Syndrom Ulissesa: Określany również jako przewlekły i wielokrotny stres migracyjny, obejmuje grupę objawów depresyjnych, lękowych, somatycznych oraz dezorientacyjnych, które są bezpośrednim skutkiem wysokich wymagań stawianych przez proces akulturacji (Ramos-Villagrasa i García-Izquierdo, 2007).



11.5. Modele akulturacji

Etniczność wpływa na styl życia grupy, ale istnieje znaczna różnorodność w tym, w jaki sposób osoby z określoną tożsamością etnokulturową identyfikują się z konkretną tradycją, wierzeniem czy praktyką. W wyniku migracji niektóre osoby mogą stać się dwukulturowe, inne mogą odrzucać swoją kulturę ojczystą i przyjmować zwyczaje, wierzenia i wartości nowego kraju, a jeszcze inne mogą zachowywać tradycje, zachowania, wiarę i rytuały, by pozostać blisko swoich korzeni. Zwykle w obrębie rodziny pierwsza generacja identyfikuje się silniej ze swoją kulturą ojczystą niż trzecia, a ten proces nazywany jest **akulturacją**. Akulturacja opisuje sposób adaptacji jednej mniejszości kulturowej do większej grupy oraz sposób, w jaki dążą one do akulturacji. Istnieją różnice, które warto rozważyć:

1. **asymilacja** to sposób, w którym osoba ma małe zainteresowanie zachowaniem dziedzictwa swojej kultury i preferuje interakcje z większym społeczeństwem, a w rezultacie usuwa wszelkie cechy swojej pierwotnej kultury,
2. **separacja** to sposób, w którym osoba dąży do zachowania własnej kultury, unikając jednocześnie zaangażowania w relacje z innymi członkami społeczeństwa przyjmującego; w tym podejściu ludzie odrzucają kulturę dominującą, mając na celu zachowanie swojej kultury ojczystej. Osoby te zwykle mieszkają w określonych dzielnicach, które zachowują charakterystyczne cechy kulturowe i tradycje,
3. **marginalizacja** ma miejsce, gdy osoba nie pragnie ani zachować swojej kultury, ani nawiązywać interakcji z innymi; odrzuca zarówno kulturę ojczystą, jak i dominującą, ponieważ nie identyfikują się z żadną z nich. Taka osoba cierpi z powodu braku systemu wsparcia społecznego, co prowadzi do wyższego poziomu stresu i problemów psychicznych,
4. **integracja** ma miejsce, gdy osoba pragnie zarówno zachować swoją kulturę, jak i angażować się w życie większego społeczeństwa; w ten sposób jednostki przyjmują normy kulturowe społeczeństwa, do którego dołączają, jednocześnie utrzymując swoją kulturę ojczystą; często integracja jest utożsamiana z dwukulturowością (Berry et al., 2006).

Kontakty międzykulturowe powodują zmiany na poziomie indywidualnym, ważne jest jednak zrozumienie, że akulturacja to coś więcej niż prosty, bierny proces. Zamiast jednowymiarowego oddziaływania dominującej kultury na mniejszościową



Ryc. 11.1. Model akulturacji osobistej Berry'ego (Erten et al., 2018)

grupę, każda osoba podlegająca procesowi akulturacji, rozwija własne psychologiczne strategie adaptacji. Zwykle imigranci decydujący się opuścić swój kraj ojczysty, aby osiedlić się w obcym kraju, dysponują pewnymi zasobami ekonomicznymi, emocjonalnymi i edukacyjnymi, takimi jak umiejętności językowe, wsparcie rodziny i przyjaciół czy znajomość kultury. Z kolei uchodźcy zostali zmuszeni do opuszczenia swojego kraju ojczystego i osiedlenia się w innym z powodu przemocy lub innych nieoczekiwanych powodów, takich jak wojna czy katastrofa naturalna. Te osoby często mają większe trudności z edukacją, mają mniejsze zasoby finansowe, nie znają języka, zwyczajów ani wartości nowego kraju, a często dodatkowo doświadczyli poważnej traumy (Iwamasa, 2013; Ritter, 2017).

Z punktu widzenia zdrowia psychicznego w społeczeństwie wielokulturowym integracja jest uważana za złoty standard, ponieważ wiąże się z najmniejszym ryzykiem rozwoju objawów depresji, podczas gdy marginalizacja sprzyja rozwojowi depresji i lęku (Choy et al., 2020). Jednak ten ideał nie zawsze jest możliwy do osiągnięcia. Integracja jest trudniejsza zwłaszcza dla starszych imigrantów i uchodźców, którzy mają ukształtowaną osobowość, wartości i preferencje. Osobom tym trudniej jest zintegrować swoje doświadczenia i nauczyć się bardziej adaptacyjnego podejścia w nowym kontekście kulturowym.

Istnieją dwa istotne modele, które pomagają zrozumieć naturę i zakres akulturacji: **model tożsamości rasowej** (Cross, 1991), stworzony w celu badania i zrozumienia doświadczeń mniejszości etnicznych, który podkreśla konsekwencje opresji. Modele bikulturowości, znane również jako modele wielokulturowości, zostały opracowane w kontekście imigracji oraz kompetencji kulturowej. Jednym z najbardziej znanych jest model Berry'ego, powstały w latach 80, według którego konserwatyzm kulturowy jednostki oraz jej tendencja do interakcji stanowią dwie odrębne siły. Osoba, która identyfikuje się i nawiązuje więzi z kulturą społeczeństwa przyjmującego, doświadcza mniejszego stresu psychologicznego niż ktoś, kto utrzymuje silne powiązania z kulturą ojczystą (Kosic, 2006; Crawford i Avula, 2014).

Chociaż grupa dominująca ma więcej władzy i możliwości kształtowania sposobu, w jaki mniejszości powinny się zaadaptować, proces akulturacji wiąże się ze wzajemnym wpływem obu grup. **Model zgodności akulturacji** (Concordance Model of Acculturation, CMA) koncentruje się na kulturze przyjmującej i opisuje wpływ grupy dominującej na proces akulturacji. Bada również oczekiwania i postawy większościowej kultury wobec grupy mniejszościowej (Piontkowski et al., 2002). Został opracowany na początku tego tysiąclecia w Niemczech. Badacze wykazali, że oczekiwania Niemców wobec polskich i włoskich imigrantów były różne. Uczestnicy tego badania spodziewali się, że 61,2% Polaków będzie chciało w pełni uczestniczyć w niemieckim życiu. W przypadku Włochów te oczekiwania były na poziomie 55,6%. Niemniej, ogólna akceptacja Niemców była wyższa w przypadku Włochów niż Polaków, ponieważ osoby z Włoch były postrzegane jako mniej zagrażające i bardziej wzbogacające (Piontkowski et al., 2002). Model przewiduje, że różnice w postawach akulturacyjnych mogą prowadzić do konfliktów między grupami i wpływać na dobrostan psychiczny imigrantów (Crawford i Avula, 2014).

Współczesne badania nad akulturacją sugerują, aby badać zarówno migrantów, jak i nie migrantów, przyjmując **podejście dynamiczne do akulturacji** (Jager i Paolillo, 2022). Model Berry'ego został opracowany w latach 80., kiedy społeczeństwa i migracja były mniej skomplikowanymi zjawiskami. Dziś jednak migracja osiągnęła niespotykane wcześniej rozmiary na całym świecie, a w niektórych dzielnicach grupy imigrantów przewyższają liczebnie tradycyjne rozumienie większości kulturowej. W tych mikrokontekstach społeczność urodzoną w kraju zwykle charakteryzują negatywne postawy wobec grup imigranckich, ale jednocześnie dochodzi do przyjęcia pewnych zachowań imigrantów przez przedstawicieli grupy większościowej, takich jak np. słuchanie ich muzyki, przejmowanie słów czy zwrotów, jedzenie ich potraw. Podejście dynamiczne do akulturacji proponuje badanie interakcji między ludźmi o różnych kulturowych tłach, ponieważ akulturacja kształtuje się w wyniku wzajemnych interakcji. Ponadto model ten wątpi, czy integracja jest najlepszą strategią dla imigrantów, ponieważ asymilacja może być lepszą opcją w takich sytuacjach, jak zdobywanie pracy czy ubieganie się o miejsce na uniwersytecie. Tak więc dynamika interakcji staje się kluczowa. Na koniec, model ten proponuje badanie osobistej kompetencji międzykulturowej (van der Zee i van Oudenhoven, 2022).

Kontakty między ludźmi różnych kultur są zjawiskiem historycznym. Podróże, ruchy kolonizacyjne czy transakcje gospodarcze zmieniały pierwotne kultury i kształtowały nowe społeczeństwa. Jednak badania nad tym, jak te kontakty kulturowe wpływają na zdrowie psychiczne, są stosunkowo nowym tematem. Z punktu widzenia społecznego i politycznego istnieją dwa główne podejścia do społeczeństw wielokulturowych, które Berry opisał jako **„kocioł kulturowy"** i **„pluralizm kulturowy"**. W przypadku **kotła kulturowego** społeczeństwo dominujące znajduje się w centrum, a grupy mniejszościowe są na marginesie. Te mniejszościowe grupy powinny zostać wchłonięte w główny nurt kultury, aż zupełnie znikną. **Pluralizm kulturowy** rozumie, że współczesne społeczeństwa są wielokulturowe, ponieważ różne grupy etnokulturowe uczestniczą w szerszym społeczeństwie, przyczyniając się do jego rozwoju (Berry, 2006). Badacze rozszerzyli swoje podejście z kotła kulturowego, ogólnego pojęcia akulturacji imigrantów, na badanie różnych grup – takich jak uchodźcy, studenci i pracownicy międzynarodowi, rdzenni mieszkańcy czy imigranci bez dokumentów – a także analizują proces akulturacji społeczeństwa przyjmującego (Ritter i Graham, 2017).

11.6. Stres akulturacyjny i zarządzanie zdrowiem psychicznym

Każdy imigrant lub uchodźca może doświadczać **stresu akulturacyjnego**, czyli osobistej reakcji na adaptację do innej kultury. Ważny jest jednak także kontekst. Istotnym czynnikiem jest społeczna postawa wobec różnorodności kulturowej, ponieważ wrogie nastawienie społeczności zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia stresu. W badaniach naukowych udowodniono, że wrogie środowisko nasila takie objawy jak: lęk, depresja, myśli samobójcze, zaburzenia fizyczne i zaburzenia odżywiania. Jednocześnie poprawa poziomu wykształcenia i zdolności poznawczych zmniejsza stres akulturacyjny (Cuéllar, 2000).

Stres akulturacyjny to pojęcie, które opisuje trudności i stresory pojawiające się w trakcie procesu akulturacji, takie jak różnice językowe, postrzegane niezgodności kulturowe czy świadomość kulturowa. Badania nad stresem akulturacyjnym zwykle koncentrują się na różnicach między kulturą dominującą a pierwotną, ale naukowcy podkreślają również, że stres akulturacyjny może wystąpić, gdy rodzina krytykuje młodsze pokolenie za to, że nie potrafi mówić w języku ojczystym. W związku z tym stres akulturacyjny ma wiele źródeł (Crawford i Avula, 2014).

Język jest ważnym czynnikiem stresu akulturacyjnego, ponieważ wpływa na każdego członka rodziny. Poziom biegłości w nowym języku ma duże znaczenie w rozwoju zawodowym imigranta. Mimo że sama migracja jest wyczerpującym doświadczeniem, łatwiej jest znaleźć pracę dla Latynoamerykanina, który przyjechał do Hiszpanii, niż dla innego imigranta, który nie zna hiszpańskiego. Dodatkowo osoby, które nie znają języka kraju przyjmującego, mają różnorodne problemy w zależności od wieku: 25% dzieci ma dysleksję lub dysgrafię, przez co mają trudności z pisaniem i czytaniem, zwykle starsi i biedniejsi nie znają języka, co utrudnia im naukę. W trakcie pracy większość dorosłych imigrantów nie ma kontaktu z miejscowymi, co jeszcze bardziej utrudnia im poprawę biegłości językowej. Język jest jednym z najbardziej stresujących czynników, a badania wykazały wyraźny związek między niewystarczającą biegłością a niedostatecznym korzystaniem z usług psychiatrycznych (Ohtani, 2015). Ponadto specjaliści zdrowia psychicznego często nadmiernie diagnozują problemy, jeśli występują bariery komunikacyjne (Achotegui 2019).

„Stres akulturacyjny jest bardziej prawdopodobny, gdy ideologiczne nastawienie społeczeństwa przyjmującego jest krytyczne wobec pluralizmu i różnorodności i/lub gdy członkowie społeczeństwa przyjmującego mają negatywne nastawienie wobec grupy imigrantów" (Teodorowski i in., 2021).

Innym czynnikiem wpływającym na zdrowie psychiczne jest czas, który upłynął od migracji. Niektórzy badacze twierdzą, że stres akulturacyjny jest częstszy u biedniejszych osób i tych, którzy imigrowali niedawno, jednak przeciwna teoria mówi, że osoby, które przyjechały do nowego kraju ponad 10 lat temu, są w gorszym stanie zdrowia, niż mieszkające w nim krócej niż dekadę (Crawford i Avula, 2014). Migranci często odczuwają nową rzeczywistość z głębokim poczuciem frustracji i straty, a niektórzy mogą nawet rozwinąć ostry zespół stresu (acute stress disorder, ASD). Osoby pochodzące z krajów o wysokiej częstotliwości zamachów, wojen i konfliktów cywilnych mogą przejawiać wysokie wskaźniki zaburzeń stresu pourazowego (PTSD) (Paniagua, 2013).

Uchodźcy często mają głębokie poczucie straty, żałobę po wszystkim, co zostawili za sobą: po rodzinie i przyjaciołach, języku, kulturze, ojczyźnie i statusie społecznym, który dawał im poczucie przynależności. Często muszą stawić czoła niebezpiecznym podróżom, wypadkom lub prześladowaniom, co sprawia, że fizyczne ryzyko wzmacnia ich migracyjną żałobę. **Amerykańskie Towarzystwo Psychia-**

tryczne (American Psychiatric Association, APA), aby postawić trafną diagnozę, uznaje istotność kultury w zrozumieniu doświadczenia choroby, przeprowadzeniu skutecznej oceny oraz odpowiednim zarządzaniu klinicznym. Ramy oceny informacji opracowane przez APA okazały się pomocne dla klinicystów i dobrze przyjęte przez pacjentów. Model ten składa się z pięciu głównych kategorii.

1. **Tożsamość kulturowa jednostki:** Opisuje, jak odniesienie rasowe, etniczne lub kulturowe danej osoby wpływa na jej relacje, korzystanie z zasobów lub konflikty z innymi. Dla imigrantów i mniejszości etnicznych klinicyści powinni oddzielnie zauważyć stopień i rodzaje zaangażowania w obie kultury – pierwotną i przyjmującą. Zdolności językowe, preferencje oraz wzorce używania języka są istotne przy identyfikowaniu trudności w dostępie do opieki zdrowotnej i integracji społecznej. Inne istotne aspekty tożsamości, które mogą mieć znaczenie kliniczne, to afiliacja religijna, tło społeczno-ekonomiczne, miejsce urodzenia oraz dorastania jednostki i jej rodziny, status migracyjny, orientacja seksualna.
2. **Kulturowe koncepcje cierpienia:** Doświadczenia, rozumienie i komunikowanie objawów są opisane przez kulturowe konstrukty, dlatego specjaliści zdrowia psychicznego muszą określić nasilenie doświadczeń zgodnie z normami kulturowymi grup odniesienia danej osoby. Ocena sposobów radzenia sobie i wzorców poszukiwania pomocy powinna uwzględniać korzystanie zarówno z profesjonalnych, jak i tradycyjnych, alternatywnych lub uzupełniających źródeł opieki.
3. **Psychospołeczne czynniki stresogenne oraz kulturowe cechy wrażliwości i odporności:** Specjaliści zdrowia psychicznego muszą zidentyfikować istotne czynniki stresowe i wsparcia, rolę religii, rodziny oraz sieci społecznych w emocjonalnej, instrumentalnej i informacyjnej pomocy dla osoby.
4. **Kulturowe cechy relacji między jednostką a klinicystą:** Jedną z przyczyn trudności w procesie terapeutycznym może być różnica w kulturze, języku i statusie społecznym między profesjonalistą a pacjentem. Skutki tej rozbieżności obejmują znaczenie objawów i zachowań, a także utrudniają nawiązanie istotnej relacji.
5. **Ogólna ocena kulturowa:** Aby właściwie zarządzać interwencją, ważne jest podsumowanie implikacji komponentów kulturowych zidentyfikowanych powyżej (APA, 2013).

Badacze zidentyfikowali **siedem form migracyjnej żałoby**. Poza żałobą związaną z językiem, o której wspomniano wcześniej, imigranci odczuwają także smutek z powodu rodziny i bliskich. Jest to najczęstsza przyczyna stresu migracyjnego, która ma również konsekwencje dla tych, którzy pozostali w ojczystym kraju. Dzieci imigrantów często czują się porzucone, a rodzice odczuwają poczucie winy. Żałoba związana z kulturą odnosi się do wartości, zwyczajów kulinarnych, stylu ubioru, sposobu spędzania wolnego czasu, światopoglądu lub religii, którą imigrant praktykuje. Dlatego pojęcie kultury ma szeroką perspektywę i bardzo pomocne jest włączenie imigranta do grup społecznych, kulturalnych, artystycznych lub sportowych, jako ważnego sposobu wspierania integracji i przepracowywania migracyjnej żałoby. Imigranci odczuwają także żałobę z powodu ojczyzny, zazwyczaj wtedy, gdy pochodzą z cie-

Siedem form żałoby migracyjnej
1. *rodzina i bliscy,*
2. *język,*
3. *kultura,*
4. *ojczyzna,*
5. *status społeczny,*
6. *poczucie przynależności,*
7. *ryzyko fizyczne (Achotegui 2019).*

płych i słonecznych krajów, a przeprowadzają się do zimniejszych i ciemniejszych. Żałoba związana ze statusem społecznym dotyczy dokumentacji, pracy, mieszkania, dostępu do możliwości itp. Jeśli w ciągu kilku lat po wyjeździe imigrant nie poprawi swojej sytuacji ekonomicznej, społecznej i prawnej, odczuwa poczucie demoralizacji i frustracji. Dodatkowo bycie osobą nielegalnie przebywającą na terenie danego kraju często wiąże się z gorszymi warunkami pracy, a także wykluczeniem, wykorzystywaniem i rasizmem. W tym kontekście biedniejsi imigranci muszą akceptować bardziej niebezpieczne miejsca pracy, które niosą ze sobą większe ryzyko urazów fizycznych i wypadków. Nie jest to jedyny powód, dla którego odczuwają migracyjną żałobę z powodu ryzyka fizycznego. Większość biedniejszych imigrantów przeszła niebezpieczną podróż migracyjną, jest narażona na większą liczbę wypadków domowych, ponieważ ich domy mają mniej systemów zabezpieczeń, żyją w strachu przed deportacją... Podsumowując, każdego dnia muszą stawiać czoła ryzykom fizycznym, zawodowym i emocjonalnym (Achotegui, 2019).

Chociaż integracja jest uważana za złoty standard dla dobrego zdrowia, to jak zdrowa jest adaptacja kulturowa nie jest jasne. Badacze z USA odkryli, że osoby pochodzące z krajów rozwijających się częściej cierpią na choroby sercowo-naczyniowe i są bardziej podatne na nadużywanie substancji psychoaktywnych. Badania wskazują jednocześnie na korelację wyższego statusu społeczno-ekonomicznego z niższymi wskaźnikami chorób fizycznych i zaburzeń psychicznych (Iwamasa, 2013). Mimo że podłoże ekonomiczne nie jedynym czynnikiem wpływającym na zdrowie imigrantów, ma bardzo duże znaczenie.



Ryc. 11.2. Psychologiczne cechy żałoby migracyjnej (Achotegui, 2019)

Wszystko zmienia się dla imigrantów i uchodźców: dieta, relacje społeczne i rodzinne, pogoda, język, status... Dlatego osiedlenie się w nowym kraju może wywołać głęboką żałobę. Biedniejsi imigranci i uchodźcy są grupą bardziej narażoną na rozwój wzorców symptomatologicznych, które zostały nazwane syndromem Ulisesa.

11.7. Syndrom Ulisesa

> *„Cyklopie, pytasz mnie o moje znamienite imię, więc ci je powiem. Potem możesz mi zaoferować to, co przysługuje gościowi, jak właśnie obiecałeś. Nikt to moje imię. Nazywają mnie Nikt, moja matka i mój ojciec oraz wszyscy moi przyjaciele".*
>
> *Homer, 2023, pieśń IX, 124*

Imigranci, którzy muszą stawić czoła ekstremalnym sytuacjom, rozwijają charakterystyczny wzór objawów. Nazwa tego nowego syndromu pochodzi od legendarnego greckiego króla Itaki opisanego w „Odysei" Homera. To epicka opowieść o dziesięcioletnich staraniach Odyseusza, by wrócić do domu. Pamiętając jedno niebezpieczne spotkanie z cyklopami, Odyseusz, by ukryć swoją tożsamość, odpowiada: „Nikt to moje imię". Imigranci narażeni na ekstremalne sytuacje są bardziej podatni na rozwój tego syndromu. Podobnie jak grecki bohater, muszą stać się niewidzialni, aby przeżyć. Bez tożsamości i bez możliwości integracji społecznej, cierpią na **głęboką migracyjną żałobę**, w której wszystkie mechanizmy obronne zawodzą. Pojawiają się objawy depresji i lęków, a syndrom się rozwija (Valero-Garcés, 2014).

Ta ekstremalna migracyjna żałoba ma specyficzną symptomatologię, a kulturowa interpretacja objawów jest ważnym zagadnieniem. Wśród objawów depresji znajdują się smutek i płacz, czasem dodatkowo apatia, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy czy myśli o śmierci. Osoby dotknięte syndromem Ulissesa cierpią na bezsenność, nawracające i natrętne myśli oraz drażliwość, więc doświadczają objawów związanych z zaburzeniami lękowymi. Pojawiają się również objawy somatyczne, takie jak migrena, zmęczenie czy dolegliwości stawowe, a także pewne oznaki dezorientacji czy depersonalizacji. Niektórzy imigranci łączą swój stan z wyrażeniami takimi jak „Muszę być przeklęty" lub „Jestem ofiarą czarów". Ważne, aby pracownicy ochrony zdrowia zrozumieli, że to jest sposób, w jaki niektórzy pacjenci mogą wyrażać swoje problemy (Achotegui, 2019). Syndrom może stać się przewlekły, jeśli stresory nie znikną. Stresory mogą być związane z samotnością, szczególnie dokuczliwą, gdy nowoprzybyły zostawił dzieci i małżonka, z głębokim poczuciem rozpaczy i porażki, gdy nie może znaleźć warunków do godziwego życia w nowym kraju, ze strachem przed fizycznymi niebezpieczeństwami podróży, przed niepewną przyszłością, pogrążeniem w codziennej walce o przetrwanie oraz zagrożeniem repatriacją (Valero-Garcés, 2014; Achotegui, 2019).

Symptomatyka syndromu Ulyssesa:
- *depresja*
- *zaburzenia związane z lękiem*
- *objawy somatyczne*
- *zamieszanie*
- *wyjaśnienie kulturowe (Achotegui, 2019).*

W Hiszpanii badania dotyczące migracji wykazały, że migranci stopniowo doświadczają coraz wyższych poziomów stresu. Cechy hiszpańskich migracji mają

jednak charakter międzynarodowy. Globalny kryzys gospodarczy XXI wieku, a także konflikty zbrojne, prześladowania i bieda zmieniły wzorce migracyjne. Większość migrantów już wcześniej doświadczyła ogromnego poziomu stresu, głównie związanego z przemocą, traumami i biedą w swoich ojczyznach. Po wymuszonej separacji od rodzin i kraju, migranci stawiają czoła niebezpiecznym – często śmiertelnie – podróżom migracyjnym. Ci, którzy przeżyją, narażeni są na stresory, które wykraczają daleko poza typowe mechanizmy adaptacyjne przy zetknięciu się z nowymi kulturami. Walka o przetrwanie decyduje o rozwoju tego skrajnego żalu migracyjnego. W tych warunkach wielu z nich często rozwija obja-



wy takie jak drażliwość, nerwowość, migrena, napięciowy ból głowy, bezsenność, zmęczenie, lęk, utrata apetytu oraz ogólne nieokreślone dolegliwości.

Określenie, ile osób cierpi na ten zespół, jest trudne, ponieważ wciąż istnieje tylko kilka badań epidemiologicznych na ten temat. Szwedzkie badanie wskazało na zwiększone ryzyko wystąpienia nieafektywnych zaburzeń psychotycznych wśród imigrantów, którzy byli w dużym stopniu narażeni na trudności społeczne przed migracją. Badanie to wykazało, że uchodźcy byli 1,66 razy bardziej narażeni na diagnozę tych zaburzeń niż migranci, ponieważ narażenie na wojnę i prześladowania przyczynia się do zwiększonego ryzyka PTSD. Czynniki postmigracyjne w kraju przyjmującym, takie jak dyskryminacja, rasizm i wykluczenie społeczne, również wyjaśniają wysokie wskaźniki zaburzeń psychotycznych wśród niektórych imigrantów i uchodźców. Badacze doszli do wniosku, że doświadczenia trudności psychospołecznych zwiększają ryzyko psychozy (Hollander, 2016).

W dzisiejszych czasach kontekst polityczny i społeczny zwiększa występowanie zaburzeń psychosomatycznych, a specjaliści ds. zdrowia psychicznego muszą być

przygotowani na wykrywanie chorób współistniejących. W 2015 roku Migrant First Aid Centre w Genui udzielało pomocy imigrantom z szeroką gamą problemów fizycznych i psychicznych. Osoby z HIV, wirusowym zapaleniem wątroby typu B, rzeżączką, kiłą, gruźlicą oraz kobiety w ciąży otrzymywały pomoc medyczną oraz wsparcie psychologiczne i psychiatryczne, kiedy było to potrzebne. Po interwencji zdrowia psychicznego, osoby te odczuwały poprawę jakości życia i miały bardziej pozytywne nastawienie do nowego środowiska (Bianucci, 2017).

Niektóre choroby występują jednocześnie z problemami psychicznymi, ale ból jest objawem samym w sobie. Niedawne badanie obserwacyjne zbadało związek między zdrowiem psychicznym a bólem wśród imigrantów niemających dokumentów we Francji. Badacze stwierdzili, że 11,5% cierpiało na lęk, 15% miało problemy ze snem, 29,5% miało umiarkowaną lub ciężką depresję, a 16,2% miało PTSD. Zauważyli jednak, że istnieją istotne różnice w zależności od płci: depresja dotyka częściej kobiet, podczas gdy mężczyźni częściej cierpią na zaburzenia snu. Badanie to przypomina, że ból i choroby psychiczne dzielą mechanizmy biologiczne i regiony mózgu, dlatego osoby społecznie i ekonomicznie wykluczane są bardziej narażone na przewlekły i silny ból. Praca ta wyraźnie łączy przewlekły ból u imigrantów bez dokumentów ze specyficznymi stresorami związanymi z migracją, takimi jak złe warunki bezpieczeństwa, niekorzystne środowisko fizyczne i ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. W związku z tym autorzy zalecają systematyczne zadawanie pytań dotyczących zdrowia psychicznego, gdy pacjent imigrant doświadcza bólu (Moussaoui, 2025).

Europejscy profesjonaliści opieki zdrowotnej muszą być świadomi obecnych globalnych kryzysów humanitarnych, ponieważ kryzysy te w regionach Bliskiego Wschodu, północnej Afryki i Azji Środkowej prowadzą do zwiększenia liczby uchodźców, osób ubiegających się o azyl i przesiedlonych na całym świecie, osiągając najwyższy poziom od czasów II wojny światowej. Imigranci uciekli przed trudnymi warunkami społecznymi i ekonomicznymi w swoich krajach ojczystych, a następnie doświadczają narażenia na strukturalne ograniczenia w krajach przyjmujących. Te stresory zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych oraz PTSD. Tak samo jak w przypadku ogólnej populacji, dla uchodźców i ich rodzin korzystne byłoby zapewnienie dostępu do terminowej i wczesnej interwencji medycznej oraz opieki, szczególnie jeśli doświadczyli poważnych trudności psychospołecznych.

Piśmiennictwo

Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). Psychoanalytic Dialogues, 29(3), 252–268. https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826.

Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. In: E. Perdiguero, & J. M. Comelles (Eds.). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra, p. 83–100.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.). (2013). American Psychiatric Association.

Berry, J. (2006). Context of acculturation. In: D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.). The Cambridge handbook of acculturation psychology. Cambridge University Press, p. 27–42.

Berry, J., Phinney, J. S., Sam, D. L., et al. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. Applied Psychology, 55(3), 303–332. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x.

Bianucci, R., Charlier, P., Perciaccante, A, et al. (2017). The "Ulysses Syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. European Journal of Internal Medicine, 41, 30–32. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020.

Brummett, B. (2019). Rhetoric of popular culture and representations of biomedicine. In: A. Görgen, G. A. Nunez, H. Fangerau (Eds.). Handbook of popular culture and biomedicine. Springer, p. 79–87. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90677-5_7.

Choy, B., .Arunachalam, K., Grupta, S., et al. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. Public Health in Practice, 2, 100069. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069.

Crawford, S., & Avula, K. (2014). Acculturation and health. In: R. A. R. Gurung (Ed.). Multicultural approaches to health and wellness in America. Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger, p. 99–123.

Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. In: I. Cuéllar, & F. A. Paniagua (Eds.). Handbook of multicultural mental health. Academic Press, p. 45–62. https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50004-3.

Erten, E. Y., van den Berg, P., & Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. Nature Communications, 9(1), 58. https://doi.org/10.1038/s41467-017-02513-0.

Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., et al. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. BMJ (Clinical Research Ed.), 352, i1030. https://doi.org/10.1136/bmj.i1030.

Homer. (2023). The Odyssey. C. Underwood (Trans.). Hamilton Books.

Iwamasa, G. Y., Regan, S. M. P., Subica, A., et al. (2013). Nativity and migration: Considering acculturation in the assessment and treatment of mental disorders. In: F. A. Paniagua, & A.-M. Yamada (Eds.). Handbook of multicultural mental health. Assessment and treatment of mental health. Academic Press/Elsevier, p. 167–188.

Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In: D. L. Sam, & J. W. Berry (Eds.). The Cambridge handbook of acculturation psychology. Cambridge University Press, p. 113–128.

Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., et al. (2025). Pain as a symptom of mental health conditions among undocumented migrants in France: Results from a cross-sec-

tional study. International Journal of Public Health, 69, 1607254. https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607254.

Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., et al. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. Psychiatric Services, 66(8), 798–805. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351.

Paniagua, F. A. (2013). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. In: F. A. Paniagua, & A.-M. Yamada (Eds.). Handbook of multicultural mental health. Assessment and treatment of mental health. Academic Press/Elsevier, p. 25–47.

Piontkowski, U., Rohmann, A., & Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. Group Processes & Intergroup Relations, 5(3), 221–232. https://doi.org/10.1177/1368430202005003003.

Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. Ansiedad y Estrés, 13(2–3), 253–268.

Ritter, L. A., & Graham, D. H. (2017). Multicultural health. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Stuart, H. (2025). Mental illness and popular culture. In: C. S. Beck (Ed.). The Routledge handbook of health communication and popular culture. Routledge, p. 32–44. https://doi.org/10.4324/9781003436409-4.

Teodorowski, P., Woods, R., Czarnecka, M., et al. (2021). Brexit, acculturative stress, and mental health among EU citizens in Scotland. Population, Space and Place, 27(6). https://doi.org/10.1002/psp.2436.

Valero-Garcés, C. (2014). Health, communication, and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals. Cambridge Scholars Publishing.

van der Zee, K., & van Oudenhoven, J. P. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. International Journal of Intercultural Relations, 88, 119–124. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.004.

Ward, C. (2001). The A, B, Cs of acculturation. In: D. Matsumoto (Ed.). The handbook of culture and psychology. Oxford University Press, p. 411–445.

Yamada, A.-M., & Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. In: F. A. Paniagua & A. M. Yamada (Eds.). Handbook of multicultural mental health. New York: Academic Press.

Refleksja końcowa: Zdrowie psychiczne w społeczeństwie wielokulturowym a model EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten w klarowny sposób ukazuje, w jaki sposób doświadczenia migracyjne, procesy akulturacyjne oraz różnice kulturowe głęboko wpływają na zdrowie psychiczne osób pochodzących z mniejszości etnicznych i kulturowych. Przedstawione wnioski są ściśle zgodne z filarami modelu EMPOWER, w szczególności w obszarach: wielokulturowości, dobrostanu, profesjonalizmu i efektywności.

Zagadnienia takie jak stres akulturacyjny, syndrom Odyseusza czy żałoba migracyjna podkreślają potrzebę zintegrowanego i wrażliwego kulturowo podejścia do zdrowia psychicznego, które wykracza poza samą diagnozę i uwzględnia społeczny, językowy i tożsamościowy kontekst pacjenta. Takie holistyczne podejście odzwierciedla wizję modelu EMPOWER – opieki empatycznej, zorientowanej na osobę i osadzonej w rzeczywistym doświadczeniu pacjenta.

Rozdział zawiera również praktyczne wskazówki dotyczące wspierania odporności psychicznej osób z doświadczeniem migracyjnym, opierając się na narzędziach oceny kulturowej, modelach akulturacji oraz kulturowo zakorzenionych interpretacjach objawów psychicznych. Zwraca także uwagę na bariery strukturalne, takie jak różnice językowe, nieuregulowany status prawny czy ograniczony dostęp do usług, które pokrywają się z postulatem EMPOWER, dotyczącym redukcji nierówności i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

Podsumowując, rozdział ten uzupełnia i wzmacnia model EMPOWER, ukazując, że skuteczna opieka psychiatryczna w społeczeństwie wielokulturowym wymaga nie tylko wiedzy klinicznej, lecz także kompetencji kulturowych, pokory i krytycznej refleksji.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Rozdział 12

Praktyki religijne, duchowe i kulturowe związane ze zdrowiem

MARZENA MIKŁA
University of Murcia (Spain)

Warto posiadać ogólną wiedzę na temat praktyk religijnych, kulturowych i duchowych związanych ze zdrowiem, ale należy pamiętać, że nie jest ona absolutnym przewodnikiem. Każdy pacjent to unikalna jednostka, która może w różny sposób pielęgnować swoje tradycje i mieć indywidualne potrzeby. Kluczem do empatii i skutecznej opieki jest otwartość na dialog i szacunek dla osobistych przekonań, nie zaś traktowanie ogólnych założeń jako niepodważalnych zasad.

12.1. Wprowadzenie

Rozdział ten eksploruje socjologię kulturową, rozumianą jako badanie wiedzy, zwyczajów i doświadczeń wyrażonych w zachowaniu jednostek, które żyją i wchodzą w interakcje w ramach grupy lub społeczności. Pozwala na kulturowy wgląd w związane ze zdrowiem religijne, duchowe i kulturowe praktyki społeczności.

Socjologia kulturowa to badanie wiedzy, zwyczajów i doświadczeń wyrażonych w zachowaniu jednostek, które żyją i wchodzą w interakcje w ramach grupy lub społeczności.

Przyszli pracownicy służby zdrowia muszą zdobyć wiedzę kulturową, aby kompetentnie opiekować się osobami z różnych kultur, religii i grup etnicznych w swojej praktyce zawodowej.

12.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- zrozumienia religijnych, duchowych i kulturowych wierzeń oraz praktyk różnych religii oraz ich wpływu na decyzje dotyczące opieki zdrowotnej,
- rozpoznawania etycznych i moralnych perspektyw tych grup religijnych w odniesieniu do procedur medycznych, takich jak transplantacja narządów, eutanazja, antykoncepcja i opieka u schyłku życia,
- identyfikowania potencjalnych wyzwań w świadczeniu opieki zdrowotnej wynikających z przekonań religijnych oraz znajdowania odpowiednich rozwiązań zapewniających sprawiedliwe i inkluzywne leczenie,
- definiowania kluczowych pojęć, takich jak socjologia, kultura, socjologia kultury, religia, etniczność, mniejszość etniczna, stereotyp, uprzedzenie, uogólnienia.

12.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- wyjaśnić religijne, duchowe i kulturowe wierzenia oraz praktyki różnych grup religijnych, przeanalizować ich wpływ na decyzje dotyczące opieki zdrowotnej,
- zidentyfikować i ocenić etyczne oraz moralne perspektywy różnych tradycji religijnych, dotyczące procedur medycznych, takich jak transplantacja narządów, eutanazja, antykoncepcja i opieka u schyłku życia,
- rozpoznać i rozwiązywać wyzwania w świadczeniu opieki zdrowotnej, wynikające z przekonań religijnych, proponując rozwiązania sprzyjające sprawiedliwemu i inkluzywnemu leczeniu,
- zdefiniować i zastosować w kontekście opieki zdrowotnej kluczowe pojęcia socjologiczne, takie jak socjologia, kultura, socjologia kultury, religia, etniczność, mniejszość etniczna, stereotyp, uprzedzenie i uogólnienia.

12.4. Odpowiednie definicje i terminy

Socjologia: Pochodząca od łacińskiego słowa *socius* („partner") oraz *logía* („nauka"), socjologia jest nauką zajmującą się badaniem struktury i funkcjonowania ludzkich społeczeństw. Analizuje mechanizmy, które kształtują interakcje międzyludzkie oraz organizację społeczną, a także wpływ społecznych norm i instytucji na zachowania jednostek i grup (RAE, n.d.).

Kultura: Wyraz kultura pochodzi od łacińskiego *cultūra* („uprawa") i odnosi się do zbioru wiedzy oraz umiejętności, które pozwalają jednostce rozwinąć zdolność krytycznego osądu. Kultura obejmuje również sposób życia, zwyczaje, wiedzę oraz poziomy rozwoju artystycznego, naukowego i przemysłowego, które charakterystyczne są dla danej epoki, grupy społecznej lub tradycji religijnej (RAE, b.d.; Griswold, 2012).

Socjologia kultury: Jest to dziedzina socjologii, badająca wiedzę, doświadczenia oraz zwyczaje, które kształtują zachowanie jednostek w danej społeczności na przestrzeni czasu. Groh (2019) zwraca uwagę, że socjologia kultury skupia się na zrozumieniu, w jaki sposób kultura wpływa na strukturę społeczną i jednostkowe postawy w ramach większych grup społecznych.

Religia: Wyraz religia pochodzi od łacińskiego *religare* („ponownie związać") lub *relegare* („ponownie uważnie przeczytać"), co sugeruje przywrócenie więzi ludzko–boskiej poprzez skrupulatne przestrzeganie tradycji. Królewska Akademia Hiszpańska definiuje religię jako zbiór wierzeń lub dogmatów dotyczących boskości, czci i strachu wobec niej, zasad moralnych dotyczących zachowań indywidualnych i społecznych oraz praktyk rytualnych, głównie modlitw i ofiar (RAE, 2001).

Etniczność: Pochodząca od greckiego ἔθνος (*ethnos*) – „lud" lub „plemię" – etniczność odnosi się do społeczności ludzkiej, której członkowie dzielą wspólne cechy językowe lub kulturowe, stanowiące podstawę ich tożsamości (RAE, b.d.).

Mniejszości etniczne: Grupa w obrębie populacji, która różni się od większości pod względem rasy, języka lub religii. Mniejszości te często zachowują odrębne



tradycje i zwyczaje, będąc jednocześnie częścią szerszej struktury społecznej (United Nations, 2018).

Społeczne uwarunkowania zdrowia: Odnoszą się do warunków, w jakich ludzie rodzą się, dorastają, żyją, pracują i starzeją się, które mają bezpośredni wpływ na wyniki zdrowotne oraz jakość życia. Zgodnie ze Światową Organizacją Zdrowia (2020) oraz Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP), wyróżnia się pięć głównych determinantów społecznych zdrowia: stabilność ekonomiczną, dostęp do edukacji i jej jakość, dostęp do opieki zdrowotnej i jej odpowiednią jakość, warunki sąsiedzkie oraz środowiskowe, a także kontekst społeczny i wspólnotowy (Światowa Organizacja Zdrowia, 2020; ODPHP, b.d.; Koh et al., 2011).

Stereotyp: To szeroko rozpowszechnione, lecz często uproszczone i krzywdzące przekonania na temat określonych grup ludzi, które nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość i mogą prowadzić do nieuzasadnionych osądów (Giger i Haddad, 2021).

Uprzedzenie: Jest to z góry przyjęte wyobrażenie lub osąd na temat danej osoby lub grupy, które nie jest oparte na wystarczającej wiedzy. Może przybierać formę zarówno korzystnych, jak i niekorzystnych ocen. Negatywne uprzedzenia prowadzą do tworzenia stereotypów oraz zachowań dyskryminacyjnych, jak np. uprzedzenia rasowe (Duckitt, 2014).

Uogólnienia: To twierdzenia dotyczące wspólnych wzorców kulturowych, które często prowadzą do błędnych interpretacji i stosowania ogólnych sądów na temat całych grup, co z kolei sprzyja powstawaniu stereotypów (Callender, 2015).

Duchowość: obejmuje wypowiedzi i przekonania, które prowadzą do połączenia z czymś, co nadaje **życiu** sens i wspiera rozwój osobisty. Przyczynia się także do kształtowania wartości oraz pozytywnych emocji wewnętrznych. W ramach proponowanego modelu autorzy wyróżniają trzy główne wymiary duchowości:

- przekonania, praktyki i doświadczenia, które inicjują duchowe połączenie,
- obiekty tego połączenia, takie jak: Bóg, natura, wspólnota, sztuka, życie po śmierci, istoty duchowe lub wewnętrzne „ja",
- efekty duchowości, w tym: wartości, rozwój osobisty, sens życia, dobrostan i poczucie wewnętrznego spokoju.

Definicja ta obejmuje zarówno podejście teistyczne, jak i świeckie, uznając kulturową i indywidualną różnorodność doświadczeń duchowych w kontekście opieki zdrowotnej (de Brito Sena et al., 2021).

12.5. Krótki przewodnik po praktykach duchowych i religijnych związanych ze zdrowiem

Przyszli pracownicy ochrony zdrowia będą zmuszeni do pracy z pacjentami pochodzącymi z różnych środowisk kulturowych i religijnych. Wśród tych pacjentów znajdą się niedawno przybyli do Europy imigranci, przedstawiciele mniejszości etnicznych, takich jak Romowie, oraz osoby należące do grup religijnych, w tym Świadkowie Jehowy, a także przedstawiciele dominujących religii, takich

jak katolickie, islamskie czy hinduistyczne, które tworzą zróżnicowaną populację wymagającą wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Zaspokojenie tych potrzeb stanowi wyzwanie nie tylko w kontekście barier językowych, ale także zrozumienia różnych światopoglądów, postaw i wartości, co ma kluczowe znaczenie w kontekście zapobiegania nierównemu traktowaniu jakiejkolwiek grupy mniejszościowej. Aby skutecznie przeciwdziałać nierównościom zdrowotnym, niezbędne jest przygotowanie przyszłych pracowników ochrony zdrowia poprzez wyposażenie ich w odpowiednie kompetencje i wiedzę, które umożliwią skuteczne dostosowanie opieki zdrowotnej do potrzeb zróżnicowanych grup pacjentów.

W Europie dominującymi religiami są głównie religie chrześcijańskie, zwłaszcza katolickie, prawosławne i protestanckie. Zgodnie z danymi Pew Research Centre (2018), w 2018 roku około 70% populacji europejskiej identyfikowało się jako chrześcijanie.

Katolicyzm

Jest jednym z wielu wyznań chrześcijańskich. Zgodnie z danymi Center for the Study of Global Christianity w 2022 roku na świecie było 2,4 miliarda chrześcijan, z czego 1,36 miliarda stanowili katolicy. Katolicka doktryna wiary opiera się na objawieniu zawartym w Biblii i Tradycji Kościoła, obejmującym nie tylko jego nauki, ale również instytucję Kościoła, sakramenty, liturgię, moralność chrześcijańską oraz życie religijne. Katolicyzm wiąże się także z otwartością na boskość i wyższe wartości doczesne (Pawlak, 2002).

Instytucjonalnie Kościół katolicki jest zorganizowany pod przewodnictwem papieża, który uważany jest za głowę Kościoła oraz następcę świętego Piotra. Dziesięć przykazań stanowi fundamentalne zasady moralne i religijne, które regulują postępowanie wiernych. Kościół katolicki naucza, że życie i zdrowie fizyczne są darami Bożymi, o które należy dbać, uwzględniając potrzeby innych i dobro wspólne. Choć życie cielesne stanowi część transcendentnej wartości osoby, nie jest ono traktowane jako wartość absolutna, a wszelkie nadmiary związane z jedzeniem, alkoholem czy lekami są potępiane. Katolicka doktryna promuje dawstwo i przeszczepianie narządów jako wyraz solidarności, jednak odrzuca sztuczne zapłodnienie, zapłodnienie in vitro, zapłodnienie post mortem oraz macierzyństwo zastępcze (Donum Vitae, 1987).



Kościół katolicki stanowczo sprzeciwia się aborcji (Evangelium Vitae, 1995), a śmierć rozumiana jest jako przejście do życia wiecznego, będące nowym początkiem dla człowieka. W kontekście umierania pa-

cjentom towarzyszyć mogą symbole religijne, takie jak krucyfiks czy medaliki, a przestrzeń w szpitalach powinna umożliwiać obecność rodziny przy zmarłym. Kościół katolicki zabrania bezpośredniej eutanazji, dopuszczając jednak zaprzestanie uporczywej terapii. Opieka paliatywna oraz terapia uspokajająca mają na celu zapewnienie jak najwyższej jakości życia w ostatnich dniach pacjenta (Samaritanus Bonus, 2020). Kościół akceptuje kremację zmarłych, jak i procedury autopsji.

Kościół katolicki traktuje macierzyństwo jako misję, w której kobieta musi mieć zapewnione pełne wsparcie rodziny i wspólnoty. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka, dozwolone są interwencje medyczne, mające na celu jego ochronę. Dziecko, według nauk Kościoła, zasługuje na traktowanie z miłością, czułością i szacunkiem (Majda, 2009).

Prawosławie

Opiera się na tradycji wczesnego Kościoła, której podstawą jest Pismo Święte, a zwłaszcza greckie tłumaczenie Biblii, które uznawane jest za natchnione przez Ducha Świętego. Sakramenty (misteria) Kościoła prawosławnego, w tym chrzest, bierzmowanie, eucharystia, spowiedź, kapłaństwo, małżeństwo oraz namaszczenie chorych, stanowią fundamentalne elementy wiary, umożliwiające uczestnictwo wiernych w Bożej łasce (Pruszynski, 2007).

Ikony, będące przedmiotami kultu, odgrywają szczególną rolę w życiu prawosławnych. Uważane są za modlitewne dzieła sztuki, które reprezentują obecność Bożą i stanowią sakramentalny znak niewidzialnej łaski (Gwynn, 2007).

Podejście Kościoła prawosławnego do kwestii zdrowia, choroby i śmierci jest podobne do innych tradycji chrześcijańskich. Choroba traktowana jest jako działanie Boga, mogące prowadzić do zbliżenia się do Niego oraz otrzymania specjalnej łaski. Śmierć jest postrzegana jako przejście do życia wiecznego. Pomoc chorym i wspieranie ich w cierpieniu stanowi naturalną część życia prawosławnych. Kościół prawosławny nie sprzeciwia się oddawaniu i przeszczepianiu narządów, choć



niektórzy wierni mogą być przeciwni tej praktyce, traktując ją jako naruszenie ciała w kontekście wierzeń o zmartwychwstaniu (Iglesias, 2023; ONT Catalan, 2023).

Kościół prawosławny, w przeciwieństwie do katolickiego, jest bardziej liberalny w kwestii stosowania środków antykoncepcyjnych, jednak aborcję traktuje jako morderstwo. Stosowanie eutanazji jest niedopuszczalne.

W kontekście opieki nad umierającym, Kościół prawosławny zaleca zapewnienie wsparcia i obecności drugiej osoby, by pacjent nie czuł się samotny. Ważne jest także zapewnienie kontaktu z kapłanem, który udzieli sakramentów, takich jak spowiedź, namaszczenie chorych czy komunia święta. Po śmierci ciało zmarłego jest myte, ubierane i przygotowane do pogrzebu, który odbywa się trzeciego dnia po śmierci.

W przypadku opieki nad dorosłymi i dziećmi, szczególne wymagania religijne prawosławnych dotyczą jedynie przestrzegania zwyczajów religijnych, takich jak post. Kobieta w ciąży lub karmiąca może przyjmować komunię, a po porodzie powinna przestrzegać zasad postu zgodnie z wytycznymi Kościoła (Majda, 2009).

Grekokatolicyzm

Kościół greckokatolicki obejmuje grupę wschodnich Kościołów katolickich, które pozostają w bliskiej relacji z Kościołem rzymskim, zachowując przy tym obrządek bizantyjski lub grecki. Wspólnoty te uznają autorytet papieża oraz katolickie dogmaty, jednakże mają odrębność w zakresie prawa kanonicznego, organizacji diecezjalnej, liturgii, prawa duchownych do zawierania małżeństw, a także korzystają z kalendarza juliańskiego. Istnieją istotne różnice dogmatyczne między Kościołem greckokatolickim a prawosławnym, dotyczące takich kwestii jak prymat papieża, pochodzenie Ducha Świętego czy dogmaty o czyśćcu i Wniebowzięciu Najświętszej Maryi Panny.



Postawa wiernych Kościoła greckokatolickiego względem zdrowia, choroby i śmierci wykazuje wiele podobieństw do podejścia wyznawców innych tradycji chrześcijańskich. Wierni tego Kościoła przywiązują wagę do wspierania zdrowia i życia na każdym etapie. Obowiązująca praktyka postów, która obejmuje ograniczenie liczby posiłków oraz powstrzymywanie się od spożywania określonych pokarmów, takich jak mięso czy nabiał, ma także swoje korzenie w tradycji greckokatolickiej. Podobnie jak w Kościele katolickim i prawosławnym, grekokatolicy wyrażają poparcie dla oddawania i przeszczepiania narządów oraz transfuzji krwi, pod warunkiem poszanowania godności zarówno dawców, jak i biorców. Kościół greckokatolicki zdecydowanie potępia małżeństwa,

które unikają prokreacji poprzez stosowanie antykoncepcji, oraz piętnuje aborcję, uznając ją za akt morderstwa. W obszarze opieki nad kobietami w ciąży, noworodkami, chorymi dziećmi, dorosłymi i pacjentami w terminalnym stadium życia, praktyki greckokatolickie nie różnią się zasadniczo od tych, które obserwujemy w innych tradycjach chrześcijańskich. Kobiety w ciąży oraz po porodzie są zwolnione z obowiązku postu, jeśli stan zdrowia wymaga szczególnej troski. W przypadku zagrożenia życia i zdrowia dziecka dozwolone są wszelkie działania medyczne niezbędne do utrzymania go przy życiu i zdrowiu.

W chwili zbliżającej się śmierci udzielany jest sakrament chorych, który trwa dłużej niż w tradycji katolickiej. Po pobłogosławieniu oleju kapłan modli się, recytując fragmenty Ewangelii i wykonując znak krzyża, namaszczając czoło, nos, uszy, klatkę piersiową, dłonie i stopy chorego, powtarzając tę czynność siedem razy. Następnie kapłan podaje pacjentowi Biblię do ucałowania (Majda, 2009; Fouka, 2012).

Protestantyzm

Protestantyzm jest jednym z głównych odłamów chrześcijaństwa, obok katolicyzmu i prawosławia. Składa się z kilku grup religijnych, w tym luteranizmu, kalwinizmu oraz anglikanizmu, a jego początki sięgają XVI wieku, kiedy to Marcin Luter zainicjował reformację. W swoich poglądach Luter kładł nacisk na bezpośredni kontakt wierzącego z Bogiem, kwestionując konieczność pośrednictwa sakramentów i liturgii. Zasadniczą różnicą między protestantyzmem a katolicyzmem jest podejście do Pisma Świętego, które w protestantyzmie traktowane jest jako jedyne źródło objawienia. Protestantyzm akcentuje indywidualizm religijny oraz rolę subiektywnego sumienia wierzącego. W kościołach protestanckich praktykowane są tylko dwa sakramenty: chrzest i eucharystia. Protestanci odrzucają kult Maryi, świętych, odpusty i relikwie, a także nie praktykują indywidualnej spowiedzi.



Martin Luther

Protestantyzm współczesny jest zróżnicowany, a wspólnoty protestanckie odrzucają identyfikację z jedną zinstytucjonalizowaną tradycją kościelną. W obrębie protestantyzmu wyróżnia się grupy: baptyści, metodyści, ruch zielonoświątkowy czy Kościół Adwentystów Dnia Siódmego. W stylu życia protestantów, z wyjątkiem Adwentystów Dnia Siódmego, nie występują istotne różnice w porównaniu do katolików. Wiele wspólnot protestanckich ma jednak ścisłe zasady dotyczące postu, a Adwentyści Dnia Siódmego przestrzegają restrykcyjnych zasad zdrowotnych, takich jak zakaz spożywania alkoholu, tytoniu, narkotyków, mocnej kawy i herbaty. Zalecają również dietę

wegetariańską, chociaż dozwolone jest spożywanie niektórych rodzajów mięsa, w tym wołowiny, jagnięciny i drobiu.

Większość protestanckich wspólnot nie sprzeciwia się przeszczepianiu narządów, transfuzjom krwi czy dawstwu organów. Co do sztucznego zapłodnienia, większość kościołów protestanckich nie wyklucza tej metody, choć wstrzymuje się od jej promowania. Kościół Zielonoświątkowy zabrania manipulacji materiałem genetycznym, natomiast Kościół Adwentystów Dnia Siódmego dopuszcza sztuczne zapłodnienie tylko wtedy, gdy wykorzystywany materiał pochodzi od małżonków. Zasadniczo protestanci uznają aborcję za grzech, jednak decyzja o jej przeprowadzeniu pozostaje indywidualną sprawą matki lub pary małżeńskiej.

Protestanci odrzucają aktywną eutanazję, aczkolwiek dopuszczają ograniczenie wysiłków terapeutycznych, gdy stan pacjenta jest terminalny. Opieka nad pacjentem w ostatnich chwilach życia jest zróżnicowana w zależności od tradycji danej wspólnoty, np. w Kościele Ewangelicko-Augsburskim czy Metodystycznym dopuszcza się chrzest noworodka w ciężkim stanie za zgodą rodziców. Opieka nad kobietą w ciąży, po porodzie, noworodkiem czy chorym dzieckiem nie różni się od standardów ogólnych w opiece zdrowotnej (Majda, 2009).

Judaizm

Początki judaizmu sięgają drugiego tysiąclecia przed naszą erą i stanowią proces stopniowego kształtowania się religii, w której uczestniczyły postacie takie jak Abraham, Jakub, Dawid i prorocy Izraela. Judaizm, w przeciwieństwie do innych religii, takich jak katolicyzm czy islam, nie opiera się na objawieniu przekazanym przez jednego proroka, lecz jest wynikiem kolektywnego tworzenia przez pokolenia. Biblia hebrajska, składająca się z trzech części, z których najważniejsza jest Tora, stanowi podstawę życia i myśli religijnej. Współcześnie wielu Żydów, mimo



globalnego rozproszenia, pozostaje wiernych swojej religii, choć tylko około 10% z nich przestrzega zasad judaizmu ortodoksyjnego.

Judaizm ortodoksyjny uważa Biblię hebrajską za natchnioną, podczas gdy judaizm konserwatywny oraz reformowany interpretują Torę w kontekście współczesnych realiów, a judaizm reformowany odrzuca wiele tradycyjnych praktyk religijnych. Żydzi ortodoksyjni przestrzegają ścisłych zasad koszerności, a jedzenie musi być przygotowane zgodnie z przepisami zawartymi w Torze. Istnieją także stowarzyszenia charytatywne opiekujące się chorymi i umierającymi, które zapewniają wsparcie duchowe i fizyczne. Szabat, świętowany od piątku wieczorem, jest dniem odpoczynku, w którym zakazana jest wszelka praca.

Judaizm zezwala na oddawanie i przeszczepianie narządów, transfuzje krwi oraz sztuczne zapłodnienie w obrębie małżeństwa, a także stosowanie środków antykoncepcyjnych. Sprzeciwia się jednak aborcji, choć decyzje dotyczące jej przeprowadzenia traktowane są indywidualnie. W judaizmie ortodoksyjnym istnieje zakaz kremacji i sekcji zwłok, podczas gdy judaizm reformowany akceptuje te praktyki. Żydzi są przeciwni eutanazji i wszelkim działaniom mającym na celu skrócenie życia ludzkiego. Opieka nad kobietami w ciąży i noworodkami uwzględnia szczególne zasady, takie jak unikanie postu przez kobiety w ciąży. Po porodzie kobiety w niektórych odłamach judaizmu są uznawane za rytualnie nieczyste przez określony czas. Rytuały związane z przygotowaniem ciała zmarłego odbywają się w specjalnych pomieszczeniach, a nie w szpitalu (Majda, 2009; Gabbay, 2017).

Islam

Islam jest najmłodszą religią monoteistyczną, której początek datuje się na VII wiek. Świętą księgą islamu jest Koran, zawierający objawienia przekazane przez proroka Mahometa w języku arabskim. Koran stanowi fundament islamu, obejmując dogmatyczne stwierdzenia, zasady dotyczące kultu religijnego, normy moralne oraz wytyczne dotyczące prawa cywilnego, karnego, międzynarodowego i opowieści religijnych. Na jego podstawie rozwija się cała kultura i cywilizacja muzułmańska. Obok Koranu, ważnym źródłem wiedzy i wskazówek jest Sunna, zbiór hadisów, które odnoszą się do wypowiedzi, czynów i decyzji Mahometa, stanowiąc wzór do naśladowania dla wiernych (Szopski, 2005).



Islam opiera się na fundamentalnej zasadzie wierności wobec Boga, a centralnym punktem religijności jest modlitwa, która ma charakter uwielbienia Boga i wykonywana jest pięć razy dziennie. Modlitwa odbywa się w czystym miejscu i jest skierowana w stronę Mekki – świętego miasta islamu. Kolejnym istotnym elementem jest jałmużna, która symbolizuje gotowość do poświęceń na rzecz religii. Post, który obowiązuje przez 30 dni w miesiącu Ramadan, polega na całkowitym powstrzymaniu się od jedzenia i picia od świtu do zmierzchu, a przerwanie postu dopuszczalne jest jedynie w przypadku zagrożenia zdrowia lub w przypadku pracy wymagającej dużego wysiłku fizycznego. Każdy muzułmanin ma obowiązek odbycia pielgrzymki do Mekki, jeżeli pozwalają na to jego warunki (Szopski, 2005).

Islam wymaga dbałości o zdrowie, a zasady religijne obejmują działania zapobiegawcze, takie jak modlitwa, post, rytualne mycie ciała, jałmużna, małżeństwo, a także zakazy związane z piciem alkoholu, paleniem papierosów, zażywaniem narkotyków, cudzołóstwem, hazardem oraz jedzeniem wieprzowiny. Rodzina muzułmańska jest zorganizowana w sposób patriarchalny. Praktyki islamskie nie zakazują jednak dawania i przeszczepu narządów, transfuzji krwi oraz korzystania z metod sztucznego zapłodnienia, o ile są stosowane w ramach małżeństwa (Szopski, 2005; Ordys i Eszyk, 2007). Islam akceptuje również transfuzje krwi i wszelkie zabiegi medyczne ratujące życie. Aborcja jest zakazana po 120 dniach ciąży, chociaż opinie w tej sprawie mogą różnić się w zależności od kraju (Majda, 2009).

W kontekście śmierci, islam sprzeciwia się kremacji, ponieważ ciało zmarłego powinno być ułożone w taki sposób, by twarz była zwrócona w stronę Mekki. Autopsje są dozwolone jedynie w przypadkach medycznych lub prawnych, a eutanazja jest stanowczo potępiana. Tradycja nakazuje, by najbliższa rodzina siedziała przy umierającym i modliła się za niego, a pierwszym słowem wypowiedzianym przez muzułmanina przed śmiercią powinno być „Bóg". Po śmierci ciało jest rytualnie oczyszczane i zawijane w całun, a pochówek odbywa się bez trumny, choć w krajach zachodnich muzułmanie często korzystają z trumny (Majda, 2009; Almansour, 2017).

Hinduizm

Hinduizm, będący jednym z największych systemów religijnych na świecie, jest wyznawany przez ponad miliard ludzi, głównie w Indiach. Każdy region ma swoje własne zwyczaje, wierzenia oraz rytuały związane z kultem bogów, którym towarzyszą modlitwy, ofiary i hymny. Istnieje także system kastowy, dzielący społeczeństwo na cztery główne grupy: Braminów, Kshatriyów, Vaishów i Sudrów, a także ludzi nie należących do żadnej kasty, tzw. niedotykalnych, znajdujących się na najniższym szczeblu hierarchii społecznej (Arora, 2024).

W hinduizmie życie i zdrowie są postrzegane w kontekście reinkarnacji, a przeznaczenie jednostki zależy od czynów z poprzednich wcieleń. Choroby i nieszczęścia mogą być interpretowane jako efekty złych czynów z poprzednich żyć. Celem życia jest osiągnięcie wyższych poziomów w hierarchii bytu, co wiąże się z uwolnieniem „wędrującej jaźni" poprzez praktyki takie jak asceza i joga. Z tego



powodu zdrowie traktowane jest jako synonim życia, a system medycyny zwany Ayurvedą stara się racjonalnie wyjaśniać problemy zdrowotne, rezygnując z magicznego podejścia (Chakraborty, 2017).

Hinduizm dopuszcza sztuczne zapłodnienie, a przeszczepianie narządów jest postrzegane pozytywnie, jako sposób na przedłużenie życia innej osoby, umożliwiając jej realizację karmy. Transfuzje krwi są również dozwolone, choć w niektórych kręgach istnieją wątpliwości dotyczące sztucznego przedłużania życia, które mogą zakłócić naturalny cykl narodzin i śmierci. Z kolei aborcja jest postrzegana jako zła karma, prowadząca do degradacji w hierarchii duchowej. Praktyki związane z płodnością i antykoncepcją różnią się w zależności od odłamu hinduizmu, jednak rodzina stanowi centralny element tej religii, a dzieci są uznawane za ważną wartość w życiu każdego Hindusa (Chakraborty, 2017).

W hinduizmie, podobnie jak w innych religiach, śmierć jest postrzegana jako część cyklu życia. Przeznaczenie jednostki zależy od karmy, a przygotowania do śmierci często obejmują pielgrzymki do miejsc rytualnych, takich jak Waranasi nad Gangesem. W kontekście śmierci dominującą praktyką jest kremacja, uznawana za formę oczyszczenia, po której prochy są wrzucane do świętej rzeki Ganges (Majda, 2009). W przypadku eutanazji bierna forma tej praktyki, polegająca na wstrzymaniu podawania jedzenia i wody na życzenie pacjenta, jest dozwolona w Indiach, jednak aktywne przedłużanie życia jest postrzegane jako ingerencja w naturalny porządek (Arora, 2024).

W Indiach opieka zdrowotna jest zróżnicowana w zależności od kasty, wykształcenia oraz sytuacji ekonomicznej pacjenta. Wyższe klasy społeczne mają dostęp do najlepszych placówek medycznych, podczas gdy osoby z niższych kast często są zmuszone do poszukiwania opieki w domach opieki lub nawet umierają na ulicach bez odpowiedniej pomocy (Majda, 2009).

Buddyzm

Pojawił się w VI wieku przed naszą erą w Indiach, kiedy to Siddhartha Gautama, późniejszy Budda Przebudzony, porzucił swoje dostatnie życie książęce, aby podjąć praktyki ascetyczne. Po pewnym czasie zrezygnował z surowej ascezy, osiągając stan oświecenia, który uznawany jest za wolność od cyklicznego odradzania się, śmierci i cierpienia. Sto lat po jego śmierci buddyzm rozwinął się w dwie główne gałęzie: Hinajanę oraz Mahajanę. Gałąź Hinajany skupiała się na studiowaniu tekstów Buddy, natomiast Mahajana oprócz tego rozwijała zrozumienie pustki oraz Natury Buddy, stawiając na rozwój miłującego współczucia i poznania rzeczywistości, a także wnikania w naukę o naturze Buddy. W ramach Mahajany wyodrębniła się również gałąź Wadżrajany, która zyskała znaczenie w Tybecie, stanowiąc fundamenty lamaizmu, oraz częściowo w Chinach.

Buddyzm kładzie szczególny nacisk na gromadzenie karmy (zasług) przez działania motywowane miłością, współczuciem i wdzięcznością. W tej tradycji podkreśla się, że materialne dobra, takie jak pieniądze, tytuły czy rodzina, są nietrwałe, a jedynie zasługi duchowe mogą przetrwać po śmierci. Zgodnie z buddyjskim światopoglądem nie uznaje się pojęcia stwórcy, lecz wierzy w prawo przyczyny i skutku, które odnosi się do efektów pozytywnych i negatywnych działań. Rozwój duchowy, który obejmuje wzrost dobroci, miłości, współczucia, mądrości oraz eliminację trzech podstawowych trucizn umysłu: pożądania, gniewu i ignorancji, prowadzi do oświecenia, które przerywa cykl odrodzeń i śmierci. Cierpienie, które związane jest z narodzinami, chorobą, starością, śmiercią oraz nieprzyjemnymi doświadczeniami, może zostać przezwyciężone poprzez pokonanie negatywnych emocji, takich jak gniew, zazdrość, nienawiść, pożądanie i fałszywe poczucie własnej wartości.

W medycynie buddyjskiej wyodrębnia się cztery klasy zaburzeń. Pierwsza dotyczy chorób wynikających z karmy zgromadzonej w poprzednich wcieleniach,



druga obejmuje choroby pojawiające się na początku życia, trzecia jest związana z działaniem duchów, a czwarta z wynikami złej diety lub niewłaściwego zachowania. Medycyna tybetańska, oprócz tych chorób, zajmuje się również przypadkami przewlekłymi, w tym rakiem (Bauer-Wu et al., 2014). Co więcej, buddyzm prezentuje pozytywne stanowisko wobec transfuzji krwi oraz dawstwa i przeszczepiania narządów, uznając je za działania, które przyniosą pozytywne skutki w przyszłych wcieleniach.

W zależności od odłamu, buddyzm różnie podchodzi do kwestii planowania rodziny oraz metod antykoncepcyjnych. W praktyce akceptuje stosowanie takich metod, jak pigułki antykoncepcyjne, prezerwatywy, diafragmy, sterylizacja czy metody naturalne. Choć buddyzm nie sprzeciwia się wspomaganej reprodukcji, postrzega ją jako próbę ingerencji w karmę, co może wpływać na przebieg życia w następnym wcieleniu. W tradycyjnych szkołach buddyjskich życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia, dlatego aborcja jest uznawana za nielegalną, dopuszczalną jedynie w przypadku zagrożenia życia kobiety. Zdarzały się jednak wyjątki, jak w Japonii w latach 50., kiedy to aborcja była praktykowana w celu ograniczenia liczby urodzeń (rytuały mabiki i mizuko kuyo).

Buddyzm uznaje kremację za akceptowalną praktykę i nie sprzeciwia się autopsji, kierując uwagę na świadomość, a nie na fizyczne ciało. Zdecydowanie sprzeciwia się natomiast eutanazji, ponieważ prowadzi ona do nagromadzenia negatywnej karmy. W kontekście opieki nad kobietą w ciąży, buddyzm zaleca dbałość o zdrowie fizyczne i psychiczne, a także praktykowanie pozytywnego myślenia i uczestniczenie w praktykach religijnych. Ważne są także zalecenia dotyczące odpoczynku, zdrowego odżywiania, unikania ciężkiej pracy oraz zapewnienia spokojnego otoczenia, co sprzyja dobremu przebiegowi porodu. Po porodzie kobiety mają możliwość uczestniczenia we wszystkich praktykach religijnych, a karmienie piersią przez przynajmniej rok jest traktowane jako norma. Zwyczajowo dla noworodka przygotowuje się horoskop urodzeniowy, a dla rodziców, na ich prośbę, Dalajlama wybiera imię, gdy dziecko jest jeszcze w łonie matki.

Leczenie dorosłych w buddyzmie łączy się z przestrzeganiem zaleceń dietetycznych, przyjmowaniem odpowiednich ziół oraz duchową praktyką, taką jak medytacja, która wspiera proces zdrowienia. Ważne jest, aby zmiany stylu życia, takie jak porzucenie nałogów, towarzyszyły leczeniu fizycznemu, co może prowadzić do pełniejszego wyzdrowienia. Śmierć w buddyzmie traktowana jest jako kluczowy moment w życiu, który dzieli się na etapy. Zgodnie z buddyjską filozofią ciało składa się z pięciu elementów, które podtrzymują życie aż do śmierci. Po jej nastaniu dochodzi do rozkładu ciała, który rozpoczyna się od zaniku aktywności sensorycznej oraz utraty energii. W fazie dezintegracji elementu powietrza, pojawiają się zaburzenia oddychania, a osoba traci kontakt ze światem materialnym. W zależności od tego, jak żyła dana osoba, pojawią się wizje związane z jej karmą – jeżeli prowadziła życie pełne współczucia, spotka swoich bliskich, a także doświadczy niebiańskich wizji. Współczucie i miłość bliskich osób, a także wsparcie duchowego przewodnika, są kluczowe w procesie umierania. Odpo-

wiednia pozycja ciała, tradycyjnie „śpiącego lwa", ma pomóc w przejściu świadomości z ciała.

Zwyczaje pogrzebowe w buddyzmie różnią się w zależności od regionu. W Tajlandii ciało zmarłego jest myte i kremowane w klasztorze, zgodnie z horoskopem. W Tybecie w ramach praktyk śmierci ciało jest dzielone na kawałki i pozostawiane na pożarcie ptakom, co jest częścią tamtejszych tradycji (Khoo, 2023).

Świadkowie Jehowy

Organizacja została założona w 1872 roku przez Carla T. Russella w Pensylwanii (USA). Dla Świadków Jehowy Biblia stanowi świętą księgę, uważaną za natchnione słowo Boże, mające najwyższą rangę w ich wierzeniach oraz praktykach religijnych. Według ich przekonań, Biblia zawiera objawienie woli Boga, Jego prawa, zasady moralne oraz plan zbawienia ludzkości. Choć Świadkowie Jehowy żyją w społeczeństwie, nie wyłączają się z niego, ich udział w polityce czy służba wojskowa są jednak odrzucane, ponieważ są sprzeczne z naukami biblijnymi. Rezygnują także z uczestnictwa w wydarzeniach ekumenicznych, odrzucają tradycyjne rytuały i obchody świąt religijnych, z wyjątkiem corocznego upamiętnienia śmierci Jezusa Chrystusa, obchodzonego w okolicach Wielkanocy. Chrzest w wierzeniach Świadków Jehowy odbywa się przez całkowite zanurzenie w wodzie i dotyczy osób dojrzałych, które świadomie podjęły decyzję o tym sakramencie. Świadkowie Jehowy prowadzą szeroko zakrojoną działalność kaznodziejską. Ich zasady nie nakładają sztywnych wymogów co do tradycji, Świadkowie nie obchodzą dni świątecznych ani urodzin, preferują umiarkowane spożycie alkoholu, a także wykluczają pokarmy zawierające krew zwierzęcą.

Świadkowie Jehowy kładą duży nacisk na troskę o zdrowie i życie, traktując je jako dar od Boga, co powoduje, że dbają o skuteczność leczenia we współpracy z personelem medycznym. Jednocześnie stanowczo odrzucają transfuzję krwi, co zostało ogłoszone po 1945 roku. Od tego czasu zarówno dorośli, jak i dzieci nie mogą wyrazić zgody na transfuzję krwi, co skłoniło środowiska medyczne do



opracowywania terapii krwiozastępczych oraz protokołów leczenia bez transfuzji (Villarejo et al., 2007; Taylor et al., 2020). Decyzja o transfuzji w przypadku noworodków i dzieci podejmowana jest przez rodziców, a w przypadku różnicy zdań, decyzję podejmuje ojciec. Z perspektywy prawa oraz etyki medycznej życie dziecka stanowi wartość nadrzędną, co skutkuje możliwością interwencji sądowej, jeśli rodzice nie zgadzają się na leczenie. Wszystkie działania muszą być przejrzyste i nie mogą być ukrywane przed rodzicami.

Świadkowie Jehowy wykazują pozytywne nastawienie do dawstwa i przeszczepiania narządów, ponieważ Biblia nie zawiera jednoznacznego zakazu przyjmowania narządów i tkanek innych osób, z wyjątkiem krwi. Decyzja o przeszczepie jest podejmowana przez członka wspólnoty zgodnie z jego sumieniem (Cummins, 2018). Z kolei eutanazja jest zdecydowanie potępiana, ponieważ jest sprzeczna z naukami biblijnymi. Ponadto Świadkowie Jehowy uznają poczęcie za moment początku życia, dlatego nie akceptują aborcji niezależnie od zagrożenia dla zdrowia matki, wad genetycznych płodu czy też gwałtu lub kazirodztwa. Biblia nie potępia natomiast stosowania antykoncepcji w małżeństwie, co daje parom swobodę wyboru metod zapobiegania ciąży, jednak z zaleceniem unikania substancji, które mogą zaszkodzić rozwijającemu się płodowi.

Dla Świadków Jehowy pogrzeb stanowi okazję do wyrażenia religijnych przekonań. Z uwagi na wiarę w zmartwychwstanie, nie wyrażają oni żalu ani smutku z powodu śmierci. Pomimo braku religijnego znaczenia ceremonii pogrzebowych, nie akceptują oni kremacji, a sekcja zwłok jest dozwolona jedynie w przypadku wymogu prawnego (Majda, 2009).

Romowie



Stanowią największą i najbardziej zróżnicowaną grupę etniczną w Europie, której przodkowie wywodzą się najprawdopodobniej z Indii, a ich migracja do Europy rozpoczęła się już w VI wieku. Romowie nie mają własnego państwa ani określonego terytorium. W wyniku wielowiekowej migracji oraz kontaktu z różnymi kulturami, językami i religiami, ich społeczności wykazują znaczną różnorodność. Zajmowali się niegdyś obróbką żelaza, produkcją metalowych przedmiotów, żonglerką, tańcem i wróżeniem, a tradycje i wiedza były przekazywane ustnie. Dziś Romowie są podzieleni

na różne odłamy, takie jak Calós, Sinti, Kalderash, Doms i Romanichels. Choć większość z nich jest chrześcijanami, w niektórych grupach występuje również islam lub hinduizm. Jednym z kluczowych elementów społecznych Romów jest ich silna solidarność wewnątrzgrupowa i tolerancja, a życie społeczne regulowane jest przez niepisany kodeks praw moralnych, znany jako prawo cygańskie, którego nieprzestrzeganie może prowadzić do wykluczenia z grupy.

Romowie zazwyczaj korzystają z usług medycznych w przypadku porodu, choroby lub śmierci, choć często odmawiają długotrwałej hospitalizacji, a zabiegi chirurgiczne uważają za szczególnie niebezpieczne. W niektórych grupach występuje przekonanie, że większa masa ciała jest symbolem szczęścia i zdrowia, co powoduje występowanie otyłości, podczas gdy szczupła sylwetka jest postrzegana jako oznaka biedy lub choroby (Barth et al., 2008). Dbałość o zdrowie nie zawsze jest traktowana jako priorytet w społecznościach romskich, a dawstwo i przeszczepianie narządów bywa odrzucane, chociaż część Romów akceptuje transfuzje krwi, aby ratować życie (Rios, 2023). Zapłodnienie in vitro jest zabronione, a temat bezpłodności i antykoncepcji stanowi tabu.

Aborcja w rozumieniu romskim jest traktowana jako grzech i zakazana. Rodzina odgrywa fundamentalną rolę w życiu Romów, a brak dzieci w małżeństwie jest postrzegany jako kara za grzechy. W takich przypadkach stosowana jest praktyka adopcji wewnętrznej, polegająca na przyjęciu dziecka innego małżeństwa przez bezdzietną parę. Poród poza związkiem małżeńskim jest uznawany za przestępstwo, skutkujące utratą honoru i szacunku, a także prowadzi do konfliktów rodzinnych. Romowie preferują, aby poród odbywał się w szpitalu, gdzie kobieta rodząca jest izolowana od społeczności romskiej. Matka i teściowa zajmują się obowiązkami domowymi przez sześć miesięcy po porodzie, a kontakt z ojcem dziecka jest ograniczony (Kozubik, 2019).

Romowie odrzucają kremację, choć mogą zaakceptować sekcję zwłok, jeśli jest to wymagane prawem. Eutanazja jest również stanowczo odrzucana. W przypadku choroby i śmierci rodzina gromadzi się, aby czuwać przy umierającym, a płacz i lament są częścią tradycyjnego zachowania związanego z odejściem bliskiej osoby. Romowie traktują zmarłych z ogromnym szacunkiem, a ich pamięć jest pielęgnowana zgodnie z tradycją, która nakazuje umieranie z dala od miejsca zamieszkania (Kowarska, 2005; Majda, 2009; Ficowski, 2013; Nowicka, 2014; Komisja Europejska, 2020).

12.6. Podsumowanie

Opieka zdrowotna i troska o pacjentów musi uwzględniać ich kulturowe i religijne przekonania. Dla pracowników ochrony zdrowia zrozumienie tych przekonań i dostosowanie opieki do specyficznych potrzeb kulturowych pacjentów stanowi istotny element profesjonalizmu w opiece zdrowotnej. Studenci medycyny i nauk o zdrowiu powinni zdobywać wiedzę na temat tych różnic, aby w przyszłości zapewniać opiekę zdrowotną wrażliwą kulturowo.

Piśmiennictwo

Almansour, H. A., Chaar, B., & Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. Diabetes Therapy, 8(2), 227–249. https://doi.org/10.1007/s13300-017-0233-z.

A. Majda, J. Zalewska-Puchała, & B. Ogórek-Tęcza (Red.). (2010). Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Arora, A., & Kumar, A. (2024). Liver and liver disease in Hinduism. Clinical Liver Disease (Hoboken), 23(1), e0245. https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000245.

Bauer-Wu, S., Lhundup, T., Tidwell, T., et al. (2014). Tibetan medicine for cancer: An overview and review of case studies. Integrative Cancer Therapies, 13(6), 502–512. https://doi.org/10.1177/1534735414549624.

Being Christian in Western Europe. (2018). Pew Research Center. https://www.pewresearch.org/religion/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/ [15.02.2025].

Callender, K. A. (2015). Understanding antigay bias from a cognitive-affective-behavioral perspective. Journal of Homosexuality, 62(6), 782–803. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.998965.

Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., et al. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. Palliative & Supportive Care, 15(5), 609–622. https://doi.org/10.1017/S1478951516001061.

Cultura. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. https://dle.rae.es/cultura?m=form [15.02.2025].

Cummins, P. J., & Nicoli, F. (2018). Justice and respect for autonomy: Jehovah's witnesses and kidney transplant. The Journal of Clinical Ethics, 29(4), 305–312.

Duckitt, J. (2014). Prejudice: Its social psychology. Journal of Multilingual and Multicultural Development, 35(2), 196–198.

Ficowski, J. (2013). Cyganie na polskich drogach. Wydawnictwo Nisza.

Fouka, G., Plakas, S., Taket, A., et al. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: Their uptake and meanings. Journal of Nursing Management, 20(8), 1058–1068. https://doi.org/10.1111/jonm.12024.

Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-Orthodox Jewish patient. Journal of Religion and Health, 56(2), 545–560. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0356-6.

Giger, J. N., & Haddad, L. G. (2020). Transcultural nursing: Assessment and intervention (8th ed.). Elsevier.

Griswold, W. (2012). Cultures and societies in a changing world. Pine Forge Press.

Groh, A. (2019). Theories of culture. Routledge.

Gwynn, D. M. (2007). From iconoclasm to Arianism: The construction of Christian tradition in the iconoclast controversy. Greek, Roman, and Byzantine Studies, 47, 225–251. https://grbs.library.duke.edu/index.php/grbs/article/view/651/731 [18.02.2025].

Iglesias, A., Gómez i Segalà, J., & Twose, J. (2023). Diversidad religiosa y la donación de órganos y tejidos. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Organización Catalana de Trasplantes. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9636/guia_sobre_%20diversitat_%20religiosa%20_donaci%C3%B3_organs_teixits_2023_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y [15.02.2025].

Instruction Donum Vitae of the Congregation for the Doctrine of the Faith on respect for nascent human life and the dignity of procreaction. (1987). Holy See: Humanites and

Medical Ethics Unit. https://en.unav.edu/web/humanities-and-medical-ethics-unit/bioethics-material/instruccion-donum-vitae-sobre-el-respeto-de-la-vida-humana-naciente-y-la-dignidad-de-la-procreacion#gsc.tab=0 [2.02.2025].

John Paul II. (1995). The Holy See: Evangelium Vitae. To the Bishops, Priests and Deacons, Men and Women religious, lay Faithful and all People of Good Will on the Value and Inviolability of Human Life. https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [3.02.2025].

Khoo, T. (2023). Buddhism. In: S. T. Rosen (Ed.). Cancer treatment research, Vol. 187, p. 153–159. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29923-0_11.

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S., et al. (2011). Healthy people: A 2020 vision for the social determinants approach. Health Education & Behavior, 38(6), 551–557. https://doi.org/10.1177/1090198111428646.

Kowarska, A. J. (2005). Polska Roma. Tradycja i nowoczesność. Warszawa: Wydawnictwo DiG.

Kozubik, M., van Dijk, J. P., & Filakovska Bobakova, D. (2019). Aspects of illness and death among Roma: Have they changed after more than two hundred years? International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(23), 4796. https://doi.org/10.3390/ijerph16234796.

Krasnowolski, A. (2011). Cyganie/Romowie w Polsce i w Europie: Wybrane problemy historii i współczesności. Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/5/plik/ot-603.pdf [15.02.2025].

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., et al. (2016). How Islam influences end-of-life care: Education for palliative care clinicians. Journal of Pain and Symptom Management, 52(6), 771–774.e3. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034.

Letter „Samaritanus Bonus" of the Congregation for the Doctrine of the Faith on the care of persons in the critical and terminal phases of life, 22.09.2020. (2020) Summary of Bulletin. Holly See Press Office. https://press.vatican.va/content/salastampa/en/bollettino/pubblico/2020/09/22/200922a.html [10.02.2025].

Nowicka, E. (2014). Kontrowersja religijna i kontrowersja kulturowa: Romowie zielonoświątkowcy w Szaflarach. Studia Humanistyczne AGH, 13(3), 165–183. https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/studia-humanistyczne-agh/2014-tom-13-numer-3/studia_humanistyczne_agh-r2014-t13-n3-s165-183.pdf [5.03.2025].

One part of the body. The potential impact of deportations on American Christian Families. (2022). Gordon Connwell Theologicval Seminary. Center of the Study of Global Christianity. https://www.gordonconwell.edu/center-for-global-christianity/ [5.03.2025].

Ordys, D., & Eszyk, J. (2007). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań. W: E. Krajewska-Kulak, W. Nyklewicz, J. Lewko, et al. (Red.). W drodze do brzegu życia. Tom 2. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku. Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia p. 211–219. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/Dziekanat-WNOZ/monografie/tom_2%281%29.pdf [15.02.2025].

Poveda, A., Ibáñez, M. E., & Rebato, E. (2014). Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. Annals of Human Biology, 41(5), 428–435.

Pruszynski, J. J., & Grabowska-Grzyb, A. (2007). Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. Gerontologia Polska, 15(4), 128–127.

Religión. Diccionario de la lengua española. (2001). Real Academia Española. https://dle.rae.es/religi%C3%B3n?m=form [15.01.2025].

Ríos, A., López-Gómez, S., Belmonte, J., et al. (2023). The Roma population's fear of donating their own organs for transplantation. Cirugía Española (English Edition), 101(5), 350–358. https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.043.

Roma equality, inclusion, and participation in the EU. (2020). European Commission. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combatting-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en [19.02.2025].

Social determinants of health. (2020). Healthy People 2030. US Department of Health and Uman Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion.https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health [12.02.2025].

Sociología. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. https://dle.rae.es/sociolog%C3%ADa?m=form [5.03.2025].

Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin, R. L. (2023). Cultural religious competence in clinical practice. Treasure Island: SteatPearls Publishing.

Z. Pawlak (Red.). (1999). Katolicyzm – A–Z. Poznań: Wydawnictwo Świętego Wojciecha.

Refleksja końcowa: Praktyki religijne i kulturowe a model EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten przedstawia szeroki przegląd praktyk religijnych, duchowych i kulturowych związanych ze zdrowiem, podkreślając ich wpływ na decyzje pacjentów oraz przebieg procesu opieki. Ta różnorodność perspektyw jest zgodna z wartościami modelu EMPOWER, zwłaszcza w obszarach: wielokulturowości, profesjonalizmu, efektywności oraz zasobów edukacyjnych.

Autor podkreśla, że kompetentna opieka wymaga otwartości, szacunku w dialogu oraz unikania stereotypów, co odzwierciedla kluczową zasadę EMPOWER, jaką jest pokora kulturowa. Rozdział pokazuje, w jaki sposób przekonania religijne mogą wpływać na podejście do transplantacji narządów, transfuzji krwi, aborcji czy opieki u kresu życia – wskazując, że skuteczna opieka zdrowotna wymaga elastyczności i poszanowania wartości pacjenta.

Bogate przykłady praktyk wywodzących się z różnych tradycji religijnych i grup etnicznych stanowią cenne źródło edukacyjne, zgodne z naciskiem modelu EMPOWER na doświadczeniowe uczenie się międzykulturowe. Rozdział akcentuje również potrzebę rozwijania umiejętności komunikacyjnych i etycznych w pracy z pacjentami reprezentującymi odmienne systemy przekonań – co jest centralnym elementem wizji refleksyjnego profesjonalizmu promowanej przez model EMPOWER.

Podsumowując, rozdział ten ukazuje, że rozumienie różnorodności kulturowej i religijnej nie polega na zapamiętywaniu faktów, lecz na przyjmowaniu postawy szacunku i gotowości do ciągłego uczenia się – co stanowi fundament skutecznej, empatycznej i sprawiedliwej opieki, w pełni zgodnej z duchem modelu EMPOWER.



Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Multi Culti Med

Rozdział 13

Zagadnienia etyczne dotyczące wielokulturowości w medycynie

MAGDALENA KUCZYŃSKA
Pomorski Uniwersytet medyczny w Szczecinie (Polska)

> **Całe prawdziwe życie jest spotkaniem**
>
> — Martin Buber

13.1. Wprowadzenie

Termin „kultura" można odnieść zarówno do grup społecznych, jak i do tworzących je jednostek – osób. Na kulturę społeczeństwa składają się: język, zbiorowy system wierzeń, przekonań, poglądów, wartości, w tym wartości moralnych, norm, rytuałów, a także wiedza, sztuka, prawo itp. (Spencer-Oatey, 2012; Gajda, 2003). Człowiek, który jest członkiem grupy społecznej, współtworzy kulturę zbiorową i jednocześnie z niej czerpie. Ponadto wnosi w nią swój jednostkowy zasób kulturowy, taki jak rasa, płeć, wiek, orientacja seksualna, indywidualna hierarchia wartości, światopogląd. Tak rozumiana kultura stwarza przestrzeń do rozwoju dwóch spolaryzowanych struktur społecznych: monokultury i wielokulturowości. W prezentowanej poniżej treści uwaga czytelnika została skierowana na wielokulturowość w kontekście moralnym.

Każde spotkanie z drugim człowiekiem jest zetknięciem się z jego odrębną kulturą w wieloaspektowym jej rozumieniu.

Przejście przez prezentowane w rozdziale treści może dokonać się u odbiorcy w sposób dwojaki: 1) bezrefleksyjnie, a w efekcie niewiele wnoszące zapoznanie się z materiałem teoretycznym; lub zdecydowanie polecane 2) aktywne przyswajanie materiału w głębokim poczuciu jego praktycznego wymiaru.

Proces uczenia się jest tym efektywniejszy, im większe towarzyszy studentowi przekonanie, że nabywany zasób wiedzy przyda się w praktyce. Gdzie zatem szukać wielokulturowych relacji interpersonalnych w obszarze medycyny?

Studenci będący adresatami przedłożonej pozycji książkowej zamieszkują różne części świata. Są wśród nich kraje charakteryzujące się obecnością licznych kultur wynikających ze złożonej struktury społecznej. Tym adresatom być może prościej będzie osadzić treści rozdziału w ich codziennym życiu, przesiąkniętym spotkaniami z wielokulturowością w ujęciu (nazwijmy go na potrzeby rozdziału) wąskim, czyli odnoszącym się przede wszystkim do narodowości, religii, pochodzenia, orientacji seksualnej. W nieco odmiennej sytuacji, mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka, znajdują się czytelnicy przebywający w krajach niebędących szczególnie częstym celem imigracji i co za tym idzie, charakteryzujących się stosunkowo jednolitymi przejawami kultury społecznej. Jednak wielokulturowość zdecydowanie wykracza poza jej wąskie ujęcie. Jak napisano w początkowej części rozdziału, każdy człowiek cechuje się przynależnym tylko sobie zbiorem komponentów kulturowych. Część z nich jest trwała, jak płeć, inne ulegają nieustannej przemianie, jak wiek. I jest to pierwsza, podstawowa wiedza, którą z lektury bieżącego rozdziału czytelnik przyswoić powinien: **nie szukajmy wielokulturowości wyłącznie w znaczeniu wąskim (np. pacjent jest turystą z odmiennej kulturowo od naszej części świata). Każde spotkanie z drugim człowiekiem jest zetknięciem się z jego odrębną kulturą w wieloaspektowym jej rozumieniu.** Przechodząc do meritum rozdziału, postawić należy dwa niezbędne pytania:

1. Które wartości i normy moralne przyczyniają się do kształtowania postawy prospołecznej wobec różnorodności kulturowej?

2. Dlaczego zaimplementowanie zaproponowanych wartości i norm moralnych może przysłużyć się optymalizacji funkcjonowania w środowisku medycznym (ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad pacjentem) w kontekście wielokulturowości, przy jednoczesnym poszanowaniu własnej odrębności kulturowej?

13.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- charakteryzowania terminologii użytej w tekście w jej ogólnym znaczeniu,
- osadzania wspomnianej terminologii w kontekście wielokulturowości w medycynie oraz uzasadniania jej istotności w omawianym temacie,
- prezentowania propozycji ćwiczeń indywidualnych i grupowych, mających na celu wspieranie rozwoju otwartej postawy wobec wielokulturowości w medycynie, przy jednoczesnym poszanowaniu własnego systemu wartości.

Autor rozdziału ma świadomość, że wartości i zasady moralne, na których słusznym wydaje się tworzenie wielokulturowej wspólnoty, stanowią paletę niezwykle obszerną. Prezentowany materiał ani jej nie wyczerpuje, ani nie rości sobie takiego prawa. Co więcej, ujęte w tekście terminy – w znakomitej większości z zakresu filozofii i etyki – oraz ich umieszczenie w wielokulturowym środowisku medycznym, również pozostają w formie otwartej, niedokończonej. Intencją i naukowo-dydaktycznym pragnieniem autora jest bowiem zainicjowanie u odbiorcy własnej refleksji nad moralnym wymiarem spotkań z drugim człowiekiem i jego bogactwem kulturowym, bez względu na przypisaną mu rolę społeczną (student, pacjent i bliskie mu osoby, członek zespołu terapeutycznego). Ostatecznie bowiem spotkania te będą się odbywały w przestrzeni indywidualnej „ja–ty". Nawiązanie do filozofii dialogu zostało użyte w sposób świadomy i celowy (Buber, 1971). Niewątpliwie przesłaniem rozdziału jest również wzbudzenie motywacji u czytelnika do podjęcia w szerszym gronie dyskusji nad pojawiającymi się sytuacjami trudnymi moralnie, powstającymi na styku wielu kultur w obszarze medycyny. Żywimy przekonanie, że przyczynią się do tego choć w minimalnym stopniu znajdujące się w końcowej części rozdziału propozycje ćwiczeń.

Trzy komponenty postawy moralnej:
1. *kognitywny – stanowi myśli, przekonania i wiedzę dotyczącą obiektu postawy,*
2. *afektywny – to zbiór emocji odczuwanych wobec obiektu postawy,*
3. *behawioralny – to zachowania prezentowane wobec obiektu postawy.*

13.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- scharakteryzować ujęte w rozdziale terminy – godność człowieka oraz tolerancja – i wykazać ich zastosowanie w obszarze wielokulturowości w medycynie,

- wykazać czujność na postawy moralnie niedopuszczalne w kontekście wielokulturowości w medycynie,
- wykazać wewnętrzną spójność między trzema komponentami postawy – kognitywnym, afektywnym i behawioralnym – w odniesieniu do relacji wielokulturowych w medycynie.

13.4. Wybrana terminologia

Wprowadzenie w tematykę etyki w wielokulturowości domaga się zdefiniowania niezbędnej w tym celu terminologii w jej znaczeniu ogólnym (bez odniesień do wielokulturowości w medycynie). Zacznę od podstawowych kwestii. W bieżącym podrozdziale zostaną omówione kolejno pojęcia: godność człowieka oraz tolerancja. Zanim czytelnik wejdzie na ścieżkę terminologii, mającej swe źródło przede wszystkim w filozofii i etyce, należy zaznaczyć ważne ograniczenie, które zastosowano w tekście. Próba zdefiniowania poniższych pojęć musiała zostać wykonana na tyle lapidarnie, by adresat nie zagubił się w gąszczu polemik filozoficznych. W zamian zaś przyswoił pojęcia na tyle sprawnie, by stały się klarowną kanwą dla części praktycznej, którą przede wszystkim stanowić będzie każda relacja w środowisku medycznym. Wymusiło to niejako autorytarny wybór określonych nurtów filozoficznych i wypracowanych w ich strukturach definicji. Indywidualne, światopoglądowe preferencje autora tekstu nie odegrały w tym doborze żadnej roli. Jedyne kryterium stanowiło uznanie trafności prezentowanych definicji dla tematu wiodącego, jakim jest wielokulturowość w medycynie.

Godność człowieka – termin „godność" (łac. dignitas) został wprowadzony przez Cycerona (Shershow, 2013) W swym pierwotnym znaczeniu referował on do wartości etycznych oraz estetycznych jak uroda, piękno. Bycie człowiekiem godnym oznaczało kogoś pięknego postawą. Z czasem pojęcia „godność" zaczęto używać np. w języku polskim jako synonimu słowa „nazwisko" („Jaka jest Pani godność?" oznacza „Jakie jest Pani nazwisko? "). Jeszcze innego znaczenia nabiera ów termin w wypowiedziach typu „Mam poczucie godności". Odnosimy się wówczas do naszego wewnętrznego szacunku wobec siebie samych.

Z perspektywy tematu przewodniego książki skoncentrowano się szczególnie na naszej wewnętrznej właściwości jaką stanowi **godność człowieka**:

- jaka jest jej natura (jakie ma właściwości, cechy)?
- czy ma ją każdy człowiek, a jeśli tak, co stanowi jej źródło?
- i kwestia chyba najbardziej interesująca: co wynika w praktyce z godności twojej, mojej, każdego? Czy zjawisko to nakłada na nas jakieś wzajemne zobowiązania?

Każde z tych krótkich pytań doczekało się niezliczonych refleksji prowadzonych w obszarach filozofii, religii, prawa, psychologii czy socjologii (Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2000; Dignity, 2023). Niektóre z nich plasują się poglądowo na dwóch przeciwległych krańcach. Koncepcje prawne mogą istotnie różnić się co do uznania określonych atrybutów (cech) godności ludzkiej. Pewne

jest, że pojęcia „godność człowieka", „godność ludzka" czy, idąc nurtem filozofii personalistycznej, „godność osoby ludzkiej" (tak, w filozofii i etyce większość słów, z pozoru synonimów, pociąga za sobą określone swoiste treści, ich dobór musi być zatem świadomy) są jednocześnie i bardzo ogólne, i niezwykle złożone, a nawet kontrowersyjne. Skoncentruję się więc na najważniejszych z perspektywy tematu treściach. Z uwagi na różnorodność poglądów filozoficzno-etycznych i w trosce o przejrzystość tekstu, prezentowane poniżej ujęcie „godności człowieka" zostało oparte w znacznej mierze na wspomnianej powyżej szkole personalistycznej.

> *„Godność ludzka jest nienaruszalna. Musi być szanowana i chroniona".*
>
> *Artykułu 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*

Cechy godności człowieka – wrodzoność, niezbywalność, nienaruszalność, niestopniowalność (Środa, 2010). Oznacza to, że człowiek rodzi się z przynależną sobie godnością, na którą nie musi niczym zasłużyć, której ani on, ani nikt inny nie może go pozbawić, która nie podlega stopniowalności – nie można cechować się większą lub mniejszą godnością ludzką.

Czy godność ma każdy człowiek? Jakie jest jej źródło? Odpowiedź na pierwsze pytanie jest krótka. Tak, bycie człowiekiem jest tożsame z „wyposażeniem" w godność rozumianą w omawianym tu znaczeniu. W drugiej kwestii istnieje spora różnorodność argumentów (uwzględnimy myśli wybiegające także poza personalizm).

1. Godność człowieka wypływa z jego atrybutu, jakim jest rozumność i wolna wola. Zwolennikiem tego rozumienia był m.in. Immanuel Kant (Düwell et al., 2015).
2. Człowiek jest stworzony na obraz Boga i to stanowi źródło jego godności. Koncepcja ta, jak nietrudno wnioskować, propagowana jest przez osoby uprawiające filozofię w nurcie religijnym.
3. Gotowość człowieka do refleksji i wyborów moralnych (Środa, 2010).
4. Zdolność do pracy, a tym samym kształtowania otaczającej rzeczywistości w sposób celowy i świadomy czynią człowieka godnym (Środa, 2010).

Godność człowieka – od teorii do praktyki

Akceptacja faktu istnienia w nas wrodzonej i niezbywalnej godności skłania do refleksji: Jak przekłada się to na filozoficzne, abstrakcyjne pojęcie na relacje społeczne i kształtujące je normy? Do jednych z najważniejszych konsekwencji zalicza się związek pomiędzy świadomością godności człowieka a kodyfikowaniem praw mu przysługujących, np. Powszechną Deklarację Praw Człowieka (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 1948) czy obecne w wielu krajach prawa pacjenta. Historia ludzkości każdego dnia ukazuje niestety szereg przykładów naruszających godność człowieka. Konflikty międzynarodowe, spory wewnątrzpaństwowe oraz rodzinne kłótnie to zachowania, z którymi mierzyć się muszą ludzie w każdym zakątku świata. Dlatego prawo powinno dawać wyraźne wytyczne, strzegące podstawowej wartości człowieka. Czy jednak prawo, choćby najlepiej skonstruowane, stanowi warunek wystarczający dla kształtowania się postaw prospołecznych opartych na

poszanowaniu godności ludzkiej? Choć jest ono niezbędnym regulatorem porządku społecznego, samo w sobie nie wystarcza. Ta niewystarczalność prawa może przejawiać się w szczególny sposób w bezpośrednich relacjach z drugim człowiekiem, zwłaszcza kiedy jedna ze stron znajduje się w niekorzystnym dla siebie położeniu względem drugiej. Na przykład gdy jej wolność w kontekście prawa (więźniowie), sytuacji zdrowotnej (np. pacjenci w oddziałach intensywnego nadzoru medycznego) czy uwarunkowań politycznych (imigranci) jest naruszana w stopniu mniejszym lub większym. Jaki zatem jeszcze warunek jest niezbędny w budowaniu postaw, o których mowa? W tym miejscu odwołam się do wypracowanej przez Lawrenca Kohlberga teorii dojrzewania moralnego (godność człowieka stanowi podstawową wartość moralną). W toku swych wieloletnich badań zaobserwował on różne stadia dojrzewania człowieka do odpowiedzi na świat wartości[1] (Kohlberg i Kramer, 1969; Zhang i Zhao, 2017). Dla tematyki prezentowanego rozdziału istotne są następujące wnioski Kohlberga: na pewnym etapie (przyznać trzeba, że dość zaawansowanym w rozwoju jednostki) człowiek realizuje wartości moralne, o ile znajdują one uzasadnienie w obowiązującym go prawie stanowionym.

Sytuacja: Do sklepu przychodzi klientka w wieku senioralnym. Podaje osobie przy kasie cały portfel, prosząc, by ta sama wybrała pieniądze za poczynione zakupy. Sprzedawczyni, korzystając z zaufania seniorki, ma możliwość przywłaszczenia choćby drobnej kwoty. Nie robi tego. Interesuje nas odpowiedź na pytanie:

Jaka jest jej motywacja do uczynku z pewnością moralnie słusznego? (powstrzymanie się od kradzieży)

Odpowiedź 1. Sprzedawczyni powstrzymuje się od kradzieży, ponieważ wie, że prawo na to nie zezwala, a za jego naruszenie mogą spotkać ją poważne konsekwencje (swój czyn moralny osadza w uwarunkowaniach prawnych).

Odpowiedź 2. Sprzedawczyni powstrzymuje się od kradzieży, ponieważ żywi wewnętrzne przekonanie, że czyn ten jest moralnie zły, że pociąga krzywdę drugiego człowieka. Według Kohlberga jest to rozumowanie na najwyższym poziomie dojrzałości moralnej.

Wracając do zagadnienia wiodącego – osoby, których rozwój moralny uplasował się na poziomie „zgodności z prawem", będą przestrzegały godności człowieka pod warunkiem, że reguluje to porządek prawny. Jednak życia nie da się „zamknąć w ramy prawa". Nawet najbardziej precyzyjne legislacje nie rozwiązują wszystkich sytuacji społecznych. Z pomocą przychodzi tu drugi wybrany dla czytelników wniosek z badań Kohlberga: najwyższym etapem dojrzewania moralnego jest poszanowanie wartości moralnych z uwagi na fakt obecnego w nich dobra. Tak, to może brzmieć nazbyt filozoficznie. Przykład odnoszący się do zastosowania w praktyce teorii Kohlberga znajduje się więc w ramce poniżej.

[1] Zainteresowanych całym tematem odsyłam np. do strony: https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespandevelopment/chapter/kohlbergs-stages-of-moral-development/, gdzie zagadnienie to znajduje pełniejszy opis.

Zatem świadomość godności drugiego człowieka można uznać za ważny regulator relacji międzyludzkich. Dyskusyjna jest sprawa czy bycie „wyposażonym" w godność wynikającą z samego faktu przynależności do gatunku ludzkiego wystarcza, by oczekiwać szacunku. Czy nie należałoby uzupełnić tejże cechy (na posiadanie której, zwróćmy uwagę, nie mamy wpływu, przyjąwszy koncepcję jej wrodzoności) o konieczność godziwego postępowania? Słusznym zdaje się pogląd, że tak. I oto dochodzimy do ważnego spostrzeżenia, które warto sobie przyswoić: jeśli uznaję, że mam godność, powinnam/powinienem postępować moralnie słusznie, co m.in. oznacza postawę poszanowania godności drugiego człowieka (jak i własnej). Czyż nie jest to idealny sposób na otwartą relację w wymiarze wielokulturowym? Do tego wrócimy w kolejnym podrozdziale.

Tolerancja – jedna z najbardziej wymagających idei moralnych. Trudna do realizacji, a jednocześnie stojąca u podstaw etyki w wielokulturowym świecie. Zrozumienie kryteriów tolerancji i jej ograniczeń pozwoliłoby zbudować świat wolny od napięć w relacjach międzyludzkich i międzykulturowych. Omówimy pokrótce wspomniane kryteria. Podstawą tolerancji są pewne zachowania, o których warto pamiętać. Oto one (Środa, 2010):

1. Zaistnieje w otaczającym mnie środowisku czynnik, postawa, zachowanie (reprezentowane oczywiście przez konkretną osobę/osoby), który wywołuje we mnie sprzeciw, może być nawet w opozycji do mojej hierarchii wartości.
2. Mam możliwość zadziałania na niekorzyść tego zjawiska. Mogę próbować w sposób siłowy – perswazją, rozsiewaniem nieprawdziwych informacji – zmienić istniejący stan rzeczy (np. doprowadzić do izolacji społecznej człowieka reprezentującego pogląd, o którym mowa w punkcie 1).
3. Powstrzymuję się od działania na szkodę, o której mowa w punkcie 2.



Tak rozumiana tolerancja nazwana jest w etyce „tolerancją negatywną", gdyż wyraża jakiś brak, w tym kontekście brak naszej reakcji niszczącej cudzą postawę czy poglądy. Jest to minimum moralne, co do którego jesteśmy zobowiązani. Jednocześnie idea tolerancji jest ideą roszczeniową: ja wykazuję się tolerancją wobec ciebie, ale ty wykazujesz się tolerancją wobec mnie. Wskazuje się również na zjawisko „tolerancji pozytywnej". Postawa ta idzie znaczny krok w przód poprzez dodanie ostatniego kryterium, które najlepiej ujmuje wypowiedź Voltaire: **„Nie zgadzam się z twoimi poglądami, ale do końca życia będę walczył, abyś miał prawo je głosić".** Tolerancja pozytywna to nie tylko powstrzymanie się od działania na niekorzyść zjawiska, o którym mowa w punkcie 1 (kryteria tolerancji). To aktywne jego wspieranie przez kierowanie się poszanowaniem równości wszystkich ludzi. Dzieje się to z zachowaniem granic tolerancji (o nich mowa będzie za chwilę).
Literatura tematu wskazuje na kilka źródeł uzasadniających istnienie tolerancji, lecz ich omówienie pozostaje poza ramami przedstawianego rozdziału. Niewątpliwie jedną z najistotniejszych wartości, na których osadza się tolerancja, jest godność człowieka i płynąca z niej, rozumiana w kontekście moralnym, równość międzyludzka. Tolerancja ma swe granice, inaczej wymagałaby od nas otwartości na postawy antyspołeczne. Zdecydowanie stawiamy sprzeciw tej myśli. Trzeba jasno zaznaczyć, że tolerancja powinna być wdrażana tylko wobec postaw, poglądów, zachowań, które mieszczą się w granicach prawno-moralno-politycznych (pogląd wysunięty przez filozofa J.S. Milla). Podkreślić też trzeba, że tolerancja jako postawa moralna, nie jest tożsama z akceptacją. Możemy akceptować poglądy odmienne, wręcz z nimi sympatyzować, ale nie musimy. Tolerancja, jak już powiedziano, stanowi minimum moralne w trosce o wielokulturowy świat.

13.5. Godność człowieka jako nadrzędna wartość wielokulturowych relacji w medycynie

W części 13.4 wkroczyliśmy w świat dwóch pojęć filozoficzno-etycznych w ich ogólnym znaczeniu. Obecnie spróbujemy osadzić je w środowisku wielokulturowości w medycynie, w kontekście praktyki podejmowanej wobec pacjentów, ich rodzin jak i w relacjach pracowniczych. Celem części 13.5 oraz 13.6 będzie poszukanie odpowiedzi na pytanie: Czy poszanowanie godności człowieka oraz otwarcie się na zjawisko tolerancji mogą wspierać postawy prospołeczne w wielokulturowym środowisku medycznym?

Godność pacjenta to godność człowieka przenikniętego obawą o swe życie i zdrowie. To godność jemu bliskich, zatrwożonych koniecznością powierzenia kochanej przez nich osoby w ręce pielęgniarek, położnych, lekarzy, fizjoterapeutów, ratowników medycznych. Wreszcie to godność ludzi, z którymi dzielimy trudy i radości wielogodzinnych dyżurów. Każdy uczestnik tej relacji wnosi do niej swój zasób kulturowy. Nie jest to niczym niezwykłym, bo przecież codzienne relacje, których doświadczamy w przestrzeni publicznej, również się tym charakteryzują. Co więc czyni płaszczyznę medyczną tak wyjątkową, że warto, a autorzy prezentowanego podręcznika takie właśnie założenie przyjęli, pochylić się nad

znaczeniem godności człowieka jako wartości podstawowej właśnie w tym określonym obszarze, jakim jest medycyna w ujęciu różnorodności kulturowej?

Pogląd, na którym oparliśmy się w części 13.4, zakłada, że godność została uznana za cechę przynależną każdemu z nas. Nie zależy ona zatem od rasy, płci, orientacji seksualnej, stanu majątkowego czy wieku. Co więcej, takie rozumienie wrodzonej i niezbywalnej godności nakazuje nam dostrzegać ją również w ludziach, którzy dokonali czynów moralnie niegodziwych. Podkreślić należy jednak w tej sytuacji słowo „w ludziach", nie zaś w ich czynach, które zasługują na stosowne do winy potępienie i karę.

Każde spotkanie z drugim człowiekiem jest zetknięciem się z jego odrębną kulturą w wieloaspektowym jej rozumieniu. Każdy człowiek cechuje się wrodzoną i niezbywalną godnością ludzką. Zatem każde spotkanie z drugim człowiekiem to wejście w relację z jemu przynależną godnością ludzką.

Wróćmy teraz do zdania z wprowadzenia w tenże rozdział. Każde spotkanie z drugim człowiekiem jest zetknięciem się z jego odrębną kulturą w wieloaspektowym jej rozumieniu. Zatem ja nawiązując relację z tobą w całym twym bogactwie kulturowym, staję równocześnie w konfrontacji z twoją, ale i moją godnością ludzką. Ja – przedstawiciel świata medycyny, i ty – pacjent, członek rodziny, bliski. Ty – moja koleżanka, kolega z pracy. Jaki jest więc najważniejszy skutek tego spotkania? Jest nim poczucie **równości międzyludzkiej** w obrębie podstawowej wartości, jaką stanowi godność. Jeśli potraktujemy ten wniosek z autentycznym, głębokim przejęciem, zrozumiemy, że już u progu kontaktu z drugim człowiekiem zaczynamy budować go na jednym fundamencie i to jakże silnym. Wszelkie zmienne wynikające z różnorodności kulturowej jedynie ubogacają tworzone przez nas relacje.

Spróbujmy sobie zwizualizować tę myśl. Mamy do dyspozycji plac, na którym możemy postawić różnorodne budowle. Ten plac to metafora naszego życia zawodowego. Budowle to każdy człowiek, który się w tym życiu pojawi. Możemy stawiać każdą z nich wyłącznie na dedykowanej jej podstawie z otaczającym ją fragmentem chodnika. Istnieje jednak ryzyko, że przechodząc od budynku do budynku będziemy narażeni na pokonywanie wyrw, nierówności powstałych między każdym z nich. Są one przecież niezwykle różnorodne – tak jak nasi pacjenci i współpracownicy, bywają spokojni, ale też i bardziej podatni na gwałtowne emocje, zdrowsi i weselsi, umierający i przygnębieni. Niektórzy z nich to ludzie młodzi i spragnieni życia, inni to seniorzy niejednokrotnie przerażeni perspektywą chorób i zniedołężnienia. Są wreszcie ci z łatwością komunikujący się w naszym ojczystym języku oraz inni, z którymi komunikacja ta będzie bardzo utrudniona. Tak skonstruowany plac będzie z czasem zbiorowiskiem przypadkowych budynków, stwarzającym zagrożenie dla przechodnia wędrującego między nimi (czyli nas). Jeśli natomiast przyjmiemy już u początku naszej pracy koncepcję jedności i równości międzyludzkiej opartej na podstawie, jaką jest godność człowiecza, zaczniemy tworzyć ów metaforyczny plac od położenia na nim jednego, wytrzy-

małego fundamentu. Wielokulturowość każdego człowieka, którego spotkamy w życiu zawodowym, uczyni nasz „plac" barwnym, pięknym i bogatym. Ujęcie drugiego człowieka z perspektywy jego godności daje szansę już u podłoża na budowanie relacji moralnie słusznych, a tym samym sprzyjających podtrzymywaniu dobrej jakości życia chorych, ich godziwego umierania czy, w odniesieniu do współpracowników, korzystnej atmosfery w pracy.

Wspomnieliśmy też wcześniej, że relacja z drugim człowiekiem staje się przyczynkiem do refleksji nad godnością, w którą ja sam jestem wyposażony. Zobowiązuje mnie ona do poszanowania także moich praw, mnie samego. I choć od pierwszego dnia studiów przyswajamy ideę Salus aegroti suprema lex esto, czyńmy pacjenta centrum naszej troski przy jednoczesnym i proporcjonalnym oczekiwaniu szacunku wobec nas i wnoszonej przez nas kultury. Nasz wiek, płeć, narodowość i inne zmienne kulturowe domagają się takiej samej ochrony i szacunku ze strony pacjenta, rodziny, współpracowników, jakiej oni oczekują od nas.

Każde spotkanie z drugim człowiekiem jest zetknięciem się z jego odrębną kulturą w wieloaspektowym jej rozumieniu. Każdy człowiek cechuje się wrodzoną i niezbywalną godnością ludzką. Zatem każde spotkanie z drugim człowiekiem, to wejście w relację z jemu przynależną godnością ludzką.

13.6. Tolerancja a wielokulturowość w medycynie

Wiemy już z części 13.4, co oznacza termin tolerancja. Postawa ta pełni kluczową rolę w wielokulturowej medycynie. Stając w obliczu ludzi niosących ze sobą swój świat kultury, doświadczanych chorobą (pacjent), bądź troską o optymalną terapię (my), każda choćby przelotna relacja jest okazją do wykazania się postawą tolerancji. Im bardziej barwne kulturowo grupy napotykamy w pracy, tym jest to trudniejsze. Wymaga od nas powściągliwości w wyrażaniu sprzeciwu wobec inności.

Podajmy przykład:
Podjęliśmy pracę w kraju, w którym zwyczaje towarzyszące pożegnaniu zmarłego dalece odbiegają od tych, w których wyrośliśmy. Zachowanie bliskich zmarłego może wydawać nam się dziwne, drażniące. Może też zaburzać przyjęty przez nas harmonogram pracy. Jednocześnie mamy wiedzę, że pełnione przy zmarłym rytuały wypływają z wielowiekowej tradycji kulturowej tejże rodziny. Wiemy też, że szpital (rozumiejąc ideę tolerancji) w pełni na te obrzędy zezwala. Jaką postawę przybierzemy? Czy miną, gestem, postawą ciała okażemy zniecierpliwienie, niechęć, nietolerancję? Czy nawet jeśli będzie nam towarzyszyć niezrozumienie i złość, powstrzymamy się od choćby tych drobnych gestów sprzeciwu? A może pójdziemy krok dalej, wkraczając na drogę tolerancji pozytywnej: stworzymy środowisko aktywnie wspierające tę rodzinę?

Godność chorych, ich świata, godność koleżanek i kolegów oraz nasza są tłem tolerancji harmonizującej relacje wielokulturowe także w medycynie.

13.7. Trzy komponenty postawy moralnej w odniesieniu do wielokulturowości w medycynie

Jednym z celów obranych dla bieżącego rozdziału uczyniono kształtowanie otwartej postawy wobec wielokulturowości w medycynie, przy jednoczesnym respektowaniu własnego świata wartości. Wyróżniono trzy komponenty postawy moralnej: kognitywny (myśli, przekonania i wiedza dotycząca obiektu postawy), afektywny (zbiór emocji odczuwanych wobec obiektu postawy) i behawioralny (zachowania prezentowane wobec obiektu postawy) (Sawicki, 2024). Uzupełnijmy zatem tę myśl. Mówiliśmy wcześniej o wartościach podstawowych, jak godność i tolerancja. Zostały one potraktowane jako baza do kształtowania dobrych relacji z innymi. Jednak poprzestanie wyłącznie na poszanowaniu godności, czego wyrazem jest tolerancja, nie wyposaży nas w kompetencje wystarczające do zbudowania prospołecznej postawy moralnej w kontekście wielokulturowości w medycynie. Skąd takie przekonanie?

Otóż działanie na styku dwóch niezwykle szerokich pod względem wiedzy, wieloaspektowych obszarów, jakimi są wielokulturowość oraz medycyna, stanowi ogromne wyzwanie. Bogactwo konfiguracji pomiędzy nimi jest właściwie zbiorem nieskończonym. Terapia podjęta wobec pacjenta (termin „terapia" zastosowano w odniesieniu do wszystkich możliwych działań ukierunkowanych na pacjenta przez przedstawicieli każdej grupy medycznej), bezwzględnie wymaga z jednej strony wiedzy medycznej, z drugiej natomiast znajomości zwyczajów, obyczajów i norm regulujących kulturowość powierzonego naszej opiece człowieka. Nikt nie jest przynależny wyłącznie do jednej grupy kulturowej, określonej np. przez płeć. Identyfikujemy się jednoczasowo z wieloma cechami, o czym mowa była w części wstępnej rozdziału. Dla przykładu: inne reakcje na okoliczności związane z przyjściem na świat dziecka będą u młodej kobiety, rodzącej w swojej ojczyźnie, wśród osób znających i podzielających jej normy kulturowe, inne natomiast u kobiety przebywającej wśród personelu medycznego o odmiennych wzorcach kulturowych, do tego pozostającej w związku partnerskim nieheteronormatywnym. W jeszcze innym położeniu znajdzie się rodząca samotna matka. Chcąc więc pełnić całościową opiekę nad pacjentem, czego nieodłączną składową jest nasza godziwa postawa moralna, niezbędnym staje się nieustanna troska o budowanie komponentu kognitywnego. O ile dostrzeżenie godności w człowieku jest punktem wyjścia do rozpoczęcia formowania tejże postawy, o tyle ustawiczne zdobywanie o nim wiedzy umożliwia nam wypracowanie w sobie właściwych ku niemu emocji (komponent afektywny). Sytuacje, przed którymi stajemy w medycynie, nieprzypadkowo są kanwą licznych, cieszących się popularnością filmów osadzonych w realiach szpitali, jak choćby *Ostry dyżur*, *Grace Anatomy* czy *Dr House*. Codzienne dramaty ludzkiego życia, nieoczekiwane zwroty akcji, radość przeplatana smutkiem, nadzieja i jej kres, zmęczenie pielęgniarek, położnych, lekarzy, ratowników – tworzą konglomerat emocji na najwyższym szczeblu odczuwania. Jak łatwo zatracić w nim empatię.

Nałóżmy na tę „drogę szybkiego ruchu" dodatkowe zmienne, wynikające z naszej wielokulturowości. Poprzestanie wyłącznie na szacunku do godności drugiego człowieka będzie niewystarczające. Praca w oparciu o emocje bez podłoża wiedzy, może okazać się zgubna dla każdej ze stron. Znając kulturowe źródła zachowań ludzkich, dużo łatwiej jest wzmacniać w sobie emocje pozytywne i wygaszać te negatywne. Zrozumienie, dlaczego nasz pacjent, jego bliscy, nasi współpracownicy zachowują się w określony sposób i świadomość znaczenia, jakie ma to dla kultury, z którą się utożsamiają, będzie pełniło rolę drogowskazów w plątaninie dróg. Oba elementy, kognitywny i afektywny, będą stanowić kanwę dla głównego przejawu podejmowanej przez nas pracy: do zachowania wyrażanego w działaniu (komponent behawioralny). Wyposażony w wiedzę rozumiem innych (szczególnie zachowania dla mnie odmienne, trudne do przyjęcia) – rozumiem, czyli otwieram się na pozytywne wobec innych emocje – wyposażony w wiedzę, zasilany dobrymi emocjami przechodzę do działania. Etyka wielokulturowości w medycynie skondensowana w pigułce, jak to z lekarstwami bywa. Bo przecież postawa moralna, z którą wchodzimy w świat medycyny, ma być jak najlepszy lek, a nie trucizna, będąca mieszanką braku wiedzy, szkodliwych emocji i nietolerancji.

13.8. Podsumowanie

Przeszliśmy wspólnie przez teorię dającą jedynie skromne podstawy etyki w wielokulturowości medycznej. Jak wspomniano we wstępie, tematyka absolutnie nie została wyczerpana. Ośmielimy się rzec, że jest ona jedynie niezwykle skromnie zasygnalizowana. Treści rozdziału miały pełnić sokratejską rolę gza, który kąsa, pobudza do myślenia... Może wywołają one u któregoś z czytelników nawet sprzeciw czy bunt. Dobrze, jeśli i tak się stanie, bo najważniejsze z perspektywy naszych bogatych kulturowo pacjentów, ich bliskich, naszych współpracowników i nas samych jest to, by snuć refleksję nad etycznymi podstawami relacji międzyludzkich, międzykulturowych. Nie da się na koniec nie wspomnieć o istnieniu sytuacji trudnych, konfliktowych moralnie, generowanych na styku przejawów różnych kultur. Nie sposób ich uniknąć. Nie jest też możliwym podanie gotowej recepty na ich rozwiązanie, korzystne dla każdej uwikłanej w konflikt strony. Czasem nie jest to nawet wykonalne. Z pewnością czytelnikowi nasuwają się liczne przykłady sytuacji pozornie bez wyjścia, charakterystycznych dla jego kraju, miejsca pracy, kultury. Aby jednak nie pozostawić czytelnika w całkowitej pustce propozycji rozwiązań problemów moralnych na tle wielokulturowości w medycynie, proponujemy zawsze u podłoża podejmowanych w dyskusji alternatyw stawiać wartości, o których mowa w kończącym się rozdziale: **godność człowieka, tolerancja, dojrzałość moralna na wysokim stopniu, a także rzetelna dawka wiedzy.**

Piśmiennictwo

Buber, M. (1971). I and thou. R. G. Smith (Transl.). Edinburgh: T. & T. Clark.

Dignity. (2023). Stanford Encyclopedia of Philosophy. https://plato.stanford.edu/entries/dignity/ [10.01.2025].

Gajda, J. (2003). Antropologia kulturowa. Wprowadzenie do wiedzy o kulturze – Część 1. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Human dignity. (2007) Official Journal of the Ruropean Union, C 303/17.

Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. Human Development, 12(2), 93–120. https://doi.org/10.1159/000270857.

M. Düwell, J. Braarvig, R. Brownsword, et al. (Eds.). (2015). The Cambridge handbook of human dignity: Interdisciplinary perspectives. Cambridge University Press.

Sawicki, K. (2024). Postawy moralne młodzieży. W: Ł. Szwejka (Red.). Postawy i styl życia młodzieży. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, p. 69–94.

Shershow, S. C. (2013). Deconstructing dignity: A critique of the right-to-die debate. Chicago: The University of Chicago Press.

Spencer-Oatey, H. (2012). What is culture? A compilation of quotations. GlobalPAD Core Concepts. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://warwick.ac.uk/fac/soc/al/globalpad-rip/openhouse/interculturalskills_old/core_concept_compilations/global_pad_-_what_is_culture.pdf [10.01.2025].

Środa, M. (2010). Etyka dla myślących. Warszawa: Czarna owca.

Zhang, Q., & Zhao, H. (2017). An analytical overview of Kohlberg's theory of moral development in college moral education in mainland China. Open Journal of Social Sciences, 5(08), 151–160. https://doi.org/10.4236/jss.2017.58012.

Refleksja końcowa: Zagadnienia etyczne w odniesieniu do wielokulturowości w medycynie a model EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten porusza kluczowe pytania dotyczące tego, jakie wartości moralne sprzyjają otwartości na różnorodność kulturową w medycynie. Szczególny nacisk położono na takie pojęcia, jak godność osoby ludzkiej, tolerancja i dojrzałość moralna – wszystkie te elementy są głęboko zakorzenione w modelu EMPOWER, zwłaszcza w jego filarach: wielokulturowości, profesjonalizmie, dobrostanie oraz zasobach edukacyjnych.

Każda interakcja w środowisku medycznym – z pacjentem, członkiem rodziny czy współpracownikiem – jest równocześnie spotkaniem z unikalną tożsamością kulturową, a tym samym z niezbywalną godnością danej osoby. Takie ujęcie w pełni wspiera wizję EMPOWER jako modelu promującego holistyczną, empatyczną i zorientowaną na osobę opiekę zdrowotną. Co istotne, tolerancja nie jest tu rozumiana jako bierna akceptacja, lecz jako świadome, etyczne powstrzymanie się od reakcji krzywdzących – czyli jako moralne minimum wymagane od profesjonalistów pracujących w środowiskach wielokulturowych.

W rozdziale zaprezentowano także model postawy moralnej, oparty na trzech komponentach: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Struktura ta odzwierciedla nacisk EMPOWER na działania oparte na refleksyjności, wiedzy i współczuciu, prowadzone w sposób etycznie świadomy i odpowiedzialny.

Podsumowując, rozdział ten w istotny sposób wzmacnia wdrażanie modelu EMPOWER w praktyce, pokazując, że etyczna kompetencja międzykulturowa to nie tylko zestaw umiejętności, ale przede wszystkim głęboka, oparta na wartościach postawa, zakorzeniona w szacunku, dojrzałości i autentycznej relacji „Ja–Ty" – zgodnie z duchem filozofii dialogu oraz podstawowymi zasadami modelu EMPOWER.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu

Rozdział 14

Prawa człowieka

OLHA FEDORTSIV, EMILIA BURBELA, VOLODYMYR DZHYVAK

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

> **Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem godności i praw. Obdarzeni są rozumem i sumieniem i powinni postępować względem siebie w duchu braterstwa.**
>
> (Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, 1948)

14.1. Wprowadzenie

Prawa człowieka opierają się na zasadach godności, równości i wolności, które stanowią fundament sprawiedliwego i harmonijnego społeczeństwa. Zasady te zapewniają, że każda osoba, niezależnie od swojego pochodzenia etnicznego, kulturowego, społecznego czy religijnego, ma równe prawa i możliwości. Uniwersalność i niepodzielność praw człowieka to kluczowe wartości, które zapewniają równość praw cywilnych, politycznych, gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Zasady te zostały uwzględnione w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, która podkreśla, że wszyscy ludzie są „urodzeni wolni i równi pod względem godności i praw" (Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, 1948).

Idea praw człowieka obejmuje również znaczenie wzajemnego szacunku i tolerancji w wielokulturowym środowisku. Przestrzeganie tych wartości przyczynia się do spójności społecznej, integracji różnych kultur oraz zapobiega dyskryminacji. Prawa człowieka pełnią rolę przewodnika w tworzeniu społeczeństwa, w którym różnorodność postrzegana jest jako źródło siły, a nie wyzwanie (Polnikova, 2024).

Zasady i wartości leżące u podstaw praw człowieka stanowią fundament sprawiedliwego i harmonijnego społeczeństwa. Zapewniają one, że każda osoba, niezależnie od pochodzenia etnicznego, kulturowego, społecznego czy religijnego, ma równe prawa i szanse. Uniwersalność i niezbywalność praw człowieka oznaczają, że wszyscy ludzie na świecie mają te prawa i nie mogą zostać ich pozbawieni. Niepodzielność praw człowieka podkreśla, że wszystkie prawa – cywilne, kulturalne, gospodarcze, polityczne i społeczne – są ze sobą powiązane i mają równą wartość. Pozbawienie jednego prawa ma negatywny wpływ na pozostałe (Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, 1948).



Wzajemny szacunek i tolerancja mają istotne znaczenie w społeczeństwie wielokulturowym. Te wartości sprzyjają spójności społecznej, integracji różnych kultur i zapobiegają dyskryminacji. Tolerancja opiera się na równej godności wszystkich ludzi, którzy zasługują na szacunek jako racjonalne jednostki zdolne do tworzenia i definiowania swojej tożsamości (Tadmor, et al., 2012).

Przestrzeganie tych zasad przyczynia się do tworzenia społeczeństwa, w którym różnorodność jest postrzegana jako źródło siły, a nie wyzwanie. Uznanie i szanowanie różnic kulturowych sprzyja dialogowi, współpracy i zrozumieniu między różnymi grupami, co stanowi klucz do budowania harmonijnego i sprawiedliwego społeczeństwa.

14.2. Cele rozdziału

W ramach rozdziału studenci rozwiną swoją wiedzę i umiejętności w zakresie:

- analiza praw człowieka poprzez zrozumienie, w jaki sposób koncepcje praw człowieka wpływają na praktykę i politykę opieki zdrowotnej na całym świecie, ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do opieki zdrowotnej, dyskryminacji i prawa do zdrowia, co przyczyni się do głębszego zrozumienia uniwersalnych wartości i ich roli w tworzeniu sprawiedliwego społeczeństwa,
- identyfikacja naruszeń praw człowieka poprzez nauczenie się jak rozpoznawać różne formy naruszeń praw człowieka, które mogą wystąpić w systemach opieki zdrowotnej, w tym nierówności systemowe i nadużycia, oraz ich wpływ na populacje wrażliwe, co pozwoli na lepsze zrozumienie kwestii nierówności społecznych i relatywizmu kulturowego,
- podkreślenie odpowiedzialności etycznej poprzez zwrócenie uwagi na etyczne obowiązki pracowników ochrony zdrowia w zakresie ochrony praw człowieka i promowania sprawiedliwości społecznej w ich praktyce. Obejmuje to rozwijanie strategii rzecznictwa w środowiskach wielokulturowych oraz podnoszenie kompetencji w radzeniu sobie z dylematami etycznymi,
- zastosowanie systemu praw człowieka poprzez zrozumienie, jak stosować ramy i zasady praw człowieka w kontekście opieki zdrowotnej, aby promować sprawiedliwą i równą opiekę zdrowotną. Studenci zdobędą praktyczną wiedzę na temat międzynarodowych mechanizmów prawnych, takich jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, i ich zastosowania w rzeczywistych sytuacjach,
- definiowania kluczowych terminów dotyczących praw człowieka, w tym „prawa do zdrowia", „dyskryminacji" i „równości zdrowotnej", aby stworzyć solidne podstawy do zrozumienia złożoności praw człowieka i ich znaczenia w rozwiązywaniu współczesnych globalnych problemów, takich jak zmiany klimatyczne, uchodźcy i nierówności społeczne.

Celem rozdziału dotyczącego praw człowieka jest rozwinięcie głębokiego zrozumienia uniwersalnych zasad godności, równości i wolności, które stanowią fundament harmonijnego i sprawiedliwego społeczeństwa.

14.3. Efekty uczenia się

Po ukończeniu rozdziału, studenci będą potrafili:

- zrozumieć, czym są prawa człowieka – opisać podstawowe koncepcje praw człowieka oraz ich znaczenie w tworzeniu sprawiedliwego społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem uniwersalnych wartości i odpowiedzialności etycznych,
- zdefiniować kluczowe terminy – precyzyjnie zdefiniować kluczowe terminy związane z prawami człowieka, takie jak „Powszechna Deklaracja Praw Człowieka", „dyskryminacja" i „nierówności społeczne", aby stworzyć solidne podstawy do dalszego studiowania tematu,

- identyfikować współczesne problemy – rozpoznać aktualne wyzwania globalne, takie jak zmiany klimatyczne, kryzys uchodźczy i dostęp do edukacji, oraz zrozumieć, jak te problemy są powiązane z edukacją i rzecznictwem praw człowieka,
- zastosować ramy praw człowieka – zrozumieć i wyjaśnić, jak stosować międzynarodowe mechanizmy prawne i systemy praw człowieka w rzeczywistych kontekstach, aby opracować skuteczne strategie ochrony praw grup wrażliwych i promowania sprawiedliwości społecznej,
- analizować kompetencje międzykulturowe – zbadać rolę edukacji o prawach człowieka w rozwoju kompetencji międzykulturowych i skutecznej komunikacji międzykulturowej, umożliwiając studentom poruszanie się w różnych kontekstach społeczno-kulturowych i współpracę w zglobalizowanym świecie.

14.4. Definicje i terminy

Prawa człowieka: Podstawowe prawa i wolności, które przysługują wszystkim osobom, niezależnie od narodowości, płci, etniczności lub jakiegokolwiek innego statusu. Do tych praw należą: prawo do życia, wolność wypowiedzi i dostęp do opieki zdrowotnej.

Prawo do zdrowia: Prawo jednostek do osiągnięcia najwyższego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego, obejmujące dostęp do usług zdrowotnych, zdrowe środowisko oraz podstawowe determinanty zdrowia, takie jak jedzenie i czysta woda.

Dyskryminacja: Niesprawiedliwe lub uprzedzeniowe traktowanie osób na podstawie cech takich jak rasa, płeć, wiek lub niepełnosprawność, które mogą prowadzić do nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i wynikach zdrowotnych.

Sprawiedliwość zdrowotna: Zasada, według której każda osoba powinna mieć sprawiedliwą szansę na osiągnięcie pełnego potencjału zdrowotnego, a nikt nie powinien być ograniczany w osiągnięciu tego potencjału z powodu warunków społecznych, ekonomicznych lub środowiskowych.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (PDPC): Historyczny dokument przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1948 roku, przedstawiający fundamentalne prawa człowieka, które powinny być powszechnie chronione, w tym prawa związane ze zdrowiem i dobrostanem.

Świadoma zgoda: Wymóg prawny i etyczny w opiece zdrowotnej, który nakłada obowiązek pełnego poinformowania pacjentów o ryzyku, korzyściach i alternatywach interwencji medycznych przed udzieleniem zgody na leczenie.

Autonomia pacjenta: Prawo pacjentów do podejmowania świadomych decyzji dotyczących własnej opieki zdrowotnej, z poszanowaniem ich wartości i preferencji oraz zapewnieniem im kontroli nad leczeniem.

Populacje wrażliwe: Grupy osób, które są bardziej narażone na występowanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej, w tym społeczności marginalizowane, uchodźcy, osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami.

Kompetencje kulturowe: Zdolność pracowników ochrony zdrowia do rozumienia, szanowania i skutecznego komunikowania się z pacjentami z różnych środowisk kulturowych, co jest niezbędne do zapewnienia sprawiedliwej opieki zdrowotnej.

Społeczne determinanty zdrowia: Warunki, w jakich ludzie się rodzą, dorastają, żyją, pracują i starzeją się, a które mają wpływ na wyniki zdrowotne, w tym status społeczno-ekonomiczny, edukacja, środowisko sąsiedzkie i dostęp do opieki zdrowotnej.

Dylematy etyczne: Sytuacje, w których profesjonaliści opieki zdrowotnej stają przed sprzecznymi obowiązkami związanymi z opieką nad pacjentem, często wymagające wyważenia praw jednostki, troski o zdrowie publiczne i alokacji zasobów.

Prawo do prywatności: Prawo jednostki do zachowania poufności swoich danych zdrowotnych i kontrolowania, kto ma dostęp do danych medycznych i informacji zdrowotnych.

Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej: Koncepcja, że opieka zdrowotna powinna być sprawiedliwie rozdzielana, zapewniając wszystkim dostęp do niezbędnych usług medycznych i eliminując nierówności w opiece.

Zasada równości: Zasada zakazująca dyskryminacji osób w placówkach opieki zdrowotnej na podstawie rasy, płci, niepełnosprawności, orientacji seksualnej lub innych chronionych cech, zapewniająca równy dostęp i traktowanie.

Etyka medyczna: Zbiór zasad moralnych regulujących praktykę medyczną, w tym szacunek dla autonomii pacjenta, nieczynienie szkody, czynienie dobra i sprawiedliwość.

Prawo do edukacji: Prawo jednostek do otrzymywania edukacji na temat swojego zdrowia, w tym informacji o stanach medycznych, leczeniu i swoich prawach w systemie opieki zdrowotnej.

Prawa partycypacyjne: Prawa jednostek i społeczności do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia i dobrostanu, w tym udziału w tworzeniu polityki zdrowotnej i świadczeniu usług opieki zdrowotnej.

Zdrowie społeczności: Podejście do zdrowia, które kładzie nacisk na zrozumienie i adresowanie potrzeb zdrowotnych konkretnych populacji lub społeczności, uwzględniając ich unikalne konteksty społeczne i kulturowe.

Zdrowie globalne: Dziedzina badań i praktyki, która koncentruje się na problemach zdrowotnych wykraczających poza granice narodowe, uznając wzajemne powiązania systemów opieki zdrowotnej i potrzebę międzynarodowej współpracy w promowaniu zdrowia publicznego.

Podejście oparte na prawach człowieka (HRBA): Strategia rozwoju i zmiany społecznej, która integruje zasady praw człowieka we wszystkich aspektach planowania i realizacji, kładąc nacisk na wzmocnienie, udział i odpowiedzialność.

14.5. Wyniki badań

Prawa człowieka to uniwersalne, niezbywalne i niepodzielne zasady, które zapewniają godność, równość i wolność każdej osobie. Stanowią podstawę ochrony praw cywilnych, politycznych, ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka była fundamentalnym dokumentem, który zdefiniował te prawa jako uniwersalne i wiążące dla wszystkich państw (Zgromadzenie Ogólne ONZ, 1948).

W środowisku wielokulturowym prawa człowieka stanowią kluczowy mechanizm zapewniający równość i wzajemny szacunek. Promują spójność społeczną i zapobiegają dyskryminacji na tle kulturowym, religijnym czy etnicznym. Zgodnie z badaniami, skuteczne wdrażanie praw człowieka zapewnia sprawiedliwość społeczną oraz równy dostęp do zasobów, niezależnie od pochodzenia danej osoby (Agyare, 2024).

Na całym świecie ochrona i promowanie praw człowieka różnią się znacznie. Z danych Our World in Data wynika, że chociaż z biegiem czasu nastąpiła ogólna poprawa w zakresie ochrony praw człowieka, to wciąż istnieją znaczne różnice między państwami. Czynniki takie jak struktury rządowe, normy kulturowe i warunki ekonomiczne przyczyniają się do tych różnic (Herre i Arriagada, 2016).

Zgodnie z rankingiem U.S. News Best Countries oraz subrankingiem Social Purpose, Dania, Szwecja i inne kraje europejskie często są uznawane za liderów w zakresie zaangażowania w ochronę praw człowieka. Mają one silne ramy prawne oraz instytucje mające na celu ochronę wolności jednostki i promowanie równości. Społeczeństwa tych krajów kładą nacisk na przejrzystość, inkluzyjność i dobrobyt społeczny, co przyczynia się do wysokich standardów ochrony praw człowieka (U.S. News Best Countries, 2024).

Z kolei sytuacja dotycząca praw człowieka w Chinach stała się przedmiotem międzynarodowej uwagi. World Report 2023 wskazuje na takie problemy jak ograniczenie wolności słowa, tłumienie opozycji politycznej oraz obawy związane z traktowaniem mniejszości etnicznych. Rząd chiński często priorytetowo traktuje prawa kolektywne i stabilność społeczną kosztem wolności jednostki, co odzwierciedla inne podejście filozoficzne do praw człowieka. Arabia Saudyjska została skrytykowana za praktyki dotyczące praw człowieka, szczególnie w odniesieniu do wolności słowa, praw kobiet oraz stosowania kary śmierci. System prawny tego kraju oparty jest na prawie islamskim, co wpływa na interpretację i wdrażanie praw człowieka. Ostatnie reformy miały na celu poprawę praw kobiet, ale wciąż pozostają istotne wyzwania (Hassan, 2023).

Z historycznego punktu widzenia, koncepcja praw człowieka ma swoje korzenie w filozofii prawa naturalnego, która rozwinęła się w starożytności. W średniowieczu idee te były adaptowane przez teologów, takich jak Tomasz z Akwinu, a w Oświeceniu przez filozofów, takich jak John Locke i Jean-Jacques Rousseau. Uważali oni, że prawa człowieka są niezbywalne i niezależne od woli państwa (Perelló CFA, 2014).

Edukacja na temat praw człowieka umożliwia nabycie lepszych umiejętności w pokojowym rozwiązywaniu konfliktów, przyczyniając się do przeciwdziałania ekstremizmowi oraz promowania idei tolerancji i szacunku dla innych. Jest to szczególnie istotne w społeczeństwach wielokulturowych, gdzie różne poglądy i tradycje mogą powodować napięcia. Edukacja na temat praw człowieka przyczynia się do przeciwdziałania ekstremizmowi poprzez promowanie idei tolerancji i szacunku dla innych. Studenci uczą się, jak analizować manipulacyjne informacje i rozpoznawać przejawy radykalizacji w społeczeństwie (UNICEF, 2024).

Współczesne prawo międzynarodowe w kwestii praw człowieka jest zawarte w wielu fundamentalnych dokumentach, które określają standardy ich ochrony

i promują ich przestrzeganie na poziomie globalnym. Kluczową rolę odgrywają tutaj Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (1966) oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966), przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w ramach rozwoju Międzynarodowej Karty Praw Człowieka. Pakty te stanowią część międzynarodowego porządku prawnego i zobowiązują państwa-strony do podejmowania działań mających na celu dostosowanie krajowego ustawodawstwa do międzynarodowych standardów. Razem z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka stanowią podstawę współczesnego międzynarodowego prawa praw człowieka (Risse et al., 2013).



Prawa człowieka odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu ochrony jednostek w różnych kontekstach społeczno-kulturowych, promując zasady równości, tolerancji i zwalczania dyskryminacji. W dzisiejszym świecie globalizacja ma znaczący wpływ na interakcje międzykulturowe, tworząc nowe wyzwania, które wymagają skutecznych mechanizmów ochrony praw człowieka. Wdrażanie międzynarodowych standardów praw człowieka przyczynia się nie tylko do zachowania tożsamości kulturowej, ale także do zapewnienia harmonijnego współistnienia różnych grup, niezależnie od ich pochodzenia etnicznego, religijnego czy społecznego.

W kontekście globalizacji wzrost kontaktów międzykulturowych może prowadzić do konfliktów spowodowanych nierównościami, uprzedzeniami czy rywalizacją o zasoby. W takich okolicznościach prawa człowieka stają się kluczowym narzędziem zmniejszania napięć, gdyż ich głównym celem jest stworzenie warunków dla równości i wzajemnego szacunku. Na przykład zasady zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i innych dokumentach międzynarodowych stwierdzają, że każdy ma prawo do wolności wypowiedzi, równego dostępu do edukacji oraz możliwości realizacji swojego potencjału, co sprzyja integracji społecznej (Donnelly, 2013).

Piśmiennictwo

Agyare, P. (2024). Contextualizing human rights in multicultural environments. Research in Social Sciences and Technology, 9(3), 210–230. https://doi.org/10.46303/ressat.2024.56.

Being different is not a problem, the challenge is rejection: Ukraine on the way to tolerance. (2024). Fact-news.com.ua. https://fact-news.com.ua/en/being-different-is-not-a-problem-the-challenge-is-rejection-ukraine-is-on-the-way-to-tolerance/ [27.04.2025].

Best countries rankings: Cares about human rights. (2024). U.S. News & World Report.

Cole, N. L. (2025). Understanding acculturation and why it happens. ThoughtCo. https://www.thoughtco.com/acculturation-definition-3026039 [27.04.2025].

Donnelly, J. (2013). Universal human rights in theory and practice (3rd ed.). Ithaca: Cornell University Press. http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx5q2.

Hassan, T. (2023). A new model for global leadership on human right. World Report 2023. Human Rights Watch. https://www.hrw.org/world-report/2023 [27.04.2025].

Human rights principles. (2005). United Nations Population Fund. https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles [27.04.2025].

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. (1966). New York: United Nations. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights [27.04.2025].

Perelló, C. F. A. (2014). On supernatural law: About the origins of human rights and natural law in antiquity. Fundamina, 20(1), 15–26. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1021-545X2014000100002&lng=en&tlng=en [27.04.2025].

T. Risse, S. C. Ropp, & K. Sikkink (Eds.). The Persistent Power of Human Rights. From Commitment to Compliance. (2013). Cambridge University Press. https://www.cambridge.org/core/books/persistent-power-of-human-rights/D26A23B19102926B4E77B1EDEA3773F1 [27.04.2025].

Tadmor, C. T., Galinsky, A. D., & Maddux, W. W. (2012). Getting the most out of living abroad: Biculturalism and integrative complexity as key drivers of creative and professional success. Journal of Personality and Social Psychology, 103(3), 520–542. https://doi.org/10.1037/a0029360.

The International Covenant on Civil and Political Rights. (2012) Council of Europe. Compass. Manual for Human Rights Education with Young people. https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights [27.04.2025].

Tolerance and the multicultural society. (1996). The Federalist. Political Revue, 3, 192. https://www.thefederalist.eu/site/index.php/en/notes/2082-tolerance-and-the-multicultural-society [27.04.2025].

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). United Nations. https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=30022&nr=3221&menu=3170 [27.04.2025].

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (n.d.). https://www.unesco.org/en [27.04.2025].

Universal Declaration of Human Rights: Article 1. (1948). United Nations. https://www.un-.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights [27.04.2025].

Universal Declaration of Human Rights. (1948). United Nations General Assembly. https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights [27.04.2025].

Refleksja końcowa: Prawa człowieka w kontekście modelu EMPOWER

Małgorzata Szkup

Rozdział ten podkreśla fundamentalne znaczenie praw człowieka jako podstawy równości, godności i sprawiedliwości w zróżnicowanych społeczeństwach. Ta perspektywa jest ściśle zgodna z założeniami modelu EMPOWER, zwłaszcza w jego filarach: wielokulturowości, dobrostanu, profesjonalizmu, efektywności oraz zasobów edukacyjnych.

Autorzy pokazują, że ochrona praw człowieka – w tym prawa do zdrowia, niedyskryminacji, autonomii pacjenta i prywatności – stanowi nie tylko obowiązek prawny systemów opieki zdrowotnej, ale również codzienną odpowiedzialność etyczną, spoczywającą na pracownikach ochrony zdrowia. Uznanie godności każdej osoby oraz jej prawa do równego traktowania odzwierciedla istotę kulturowo kompetentnej i społecznie sprawiedliwej opieki, która leży u podstaw filozofii EMPOWER.

Rozdział zawiera również praktyczne narzędzia do analizy naruszeń praw człowieka w ochronie zdrowia, wspierając rozwój refleksyjnych kompetencji zawodowych oraz umiejętności rzeczniczych. Zwraca uwagę na konieczność ochrony grup wrażliwych, promowania zdrowia społeczności lokalnych oraz budowania globalnego dialogu opartego na wzajemnym szacunku i współpracy międzykulturowej – cele te są spójne z przesłaniem EMPOWER.

Rozdział przekłada wartości modelu EMPOWER na język praw człowieka, pokazując, że ich praktyczna realizacja jest warunkiem zapewnienia etycznej, skutecznej i sprawiedliwej opieki zdrowotnej w zglobalizowanym świecie.

Multi Culti Med

Czy jesteś gotowa/y na kolejny krok?

Odwiedź platformę MultiCultiMed!

Gorąco polecamy odwiedzenie platformy edukacyjnej MultiCultiMed, gdzie znajdziesz interaktywne ćwiczenia, materiały dodatkowe oraz angażujące aktywności zgodne z modelem EMPOWER. Zasoby te pomogą Ci przekształcić wiedzę w praktykę i wzmocnić refleksyjne kompetencje kulturowe.

Explore. Reflect. EMPOWER.

www.multicultimed.eu



Lista Autorów



MAŁGORZATA SZKUP

dr hab. n. med. i zdr., mgr pielęgniarstwa

Kierownik Samodzielnej Katedry Pielęgniarstwa Społecznego, Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz adiunkt.

Jest cenioną akademiczką i praktyczką w dziedzinie pielęgniarstwa, posiadającą niemal dwudziestoletnie doświadczenie zawodowe. Jej ścieżka zawodowa została ukształtowana przez pasję do pielęgniarstwa transkulturowego, której poświęca się od 15 lat. Zdolności przywódcze wyraźnie przejawiła w roli kierownika projektu MultiCultiMed, którego celem jest rozwijanie nowoczesnej, międzykulturowej edukacji dla studentów kierunków medycznych i nauk o zdrowiu. Dzięki tej inicjatywie z powodzeniem utworzyła konsorcjum sześciu europejskich uczelni, wzmacniając międzynarodową współpracę w zakresie transkulturowej edukacji medycznej w Polsce, na Cyprze, w Słowenii, Hiszpanii, Niemczech i Ukrainie.

Jako zaangażowana badaczka, Małgorzata jest współautorką ponad 100 recenzowanych publikacji naukowych w czasopismach krajowych i międzynarodowych. Działalność na rzecz włączenia pielęgniarstwa transkulturowego do edukacji i praktyki ochrony zdrowia pozostaje kluczowym elementem jej kariery, przyczyniając się do rozwoju bardziej inkluzyjnych i kulturowo kompetentnych systemów opieki zdrowotnej w Europie.

Kontakt: malgorzata.szkup@pum.edu.pl



MAŁGORZATA ZIMNY

dr n. o zdr., mgr położnictwa

Położna, specjalistka w zakresie pielęgniarstwa położniczego, adiunkt na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

Od wielu lat jest zaangażowana zarówno w działalność dydaktyczną, jak i praktykę zawodową w obszarze położnictwa. Łączy doświadczenie kliniczne z pracą naukowo-dydaktyczną, kształcąc nowe pokolenia specjalistów. W swojej pracy kieruje się pasją, profesjonalizmem oraz troską o najwyższe standardy opieki nad kobietami i rodzinami.

Autorka i współautorka licznych publikacji naukowych oraz rozdziałów w monografiach. Promotorka prac doktorskich i magisterskich, a także recenzentka prac magisterskich.

Aktywnie zaangażowana w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia kobiet.



MAGDALENA STANKIEWICZ

mgr psychologii

Wykładowczyni w Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Społecznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Psycholożka, socjolożka oraz psychoterapeutka.

Obecnie uczestniczy w studiach podyplomowych z zakresu seksuologii klinicznej oraz opiniowania sądowo-seksuologicznego na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jest w trakcie pisania rozprawy doktorskiej zatytułowanej *Tożsamość płciowa w świetle wybranych czynników psychospołecznych*.

Zawodowo związana zarówno z praktyką kliniczną, w ramach której pracuje terapeutycznie z pacjentami, jak i działalnością akademicką na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, gdzie prowadzi zajęcia ze studentami kierunków medycznych. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na szeroko pojętej psychopatologii, psychologii tożsamości płciowej, zdrowiu psychicznym oraz psychospołecznych aspektach funkcjonowania człowieka w warunkach przewlekłego stresu i przeciążenia emocjonalnego. Szczególną uwagę poświęca interdyscyplinarnym badaniom nad psychologicznymi uwarunkowaniami zaburzeń osobowości, mechanizmami obronnymi oraz rozwojem psychoseksualnym człowieka w ujęciu biopsychospołecznym.



MAGDALENA KUCZYŃSKA

dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Adiunkt w Samodzielnej Pracowni Opieki Długoterminowej i Medycyny Paliatywnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Z wykształcenia pielęgniarka, z wykształcenia podyplomowego – etyczka i bioetyczka.

Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na etyce końca życia oraz szeroko rozumianych społeczno-humanistycznych aspektach medycyny, w tym jej historii.

W ostatnich latach rozszerzyła swoje zainteresowania dydaktyczne i naukowe o zagadnienia związane z gerontologią. Była współorganizatorką realizowanego przez 10 lat projektu Dziecięcy Uniwersytet Medyczny przy Pomorskim Uniwersytecie Medycznym (DUM PUM), którego celem było przybliżenie dzieciom w wieku szkolnym tajników medycyny.

Prywatnie miłośniczka twórczości Michała Anioła Buonarrotiego oraz sztuki w jej różnorodnych formach. Równowagę życiową odnajduje w kontakcie ze zwierzętami oraz w szydełkowaniu.



KARMEN ERJAVEC

profesor, dr w zakresie nauk o komunikacji

Prorektor ds. nauki na Uniwersytecie w Novo Mesto, Wydział Nauk o Zdrowiu, Słowenia.

Działalność naukowa i badawcza Dr Erjavec koncentruje się na komunikacji w ochronie zdrowia, komunikacji biznesowej oraz analizie dyskursu medialnego. Jest autorką licznych artykułów naukowych oraz rozdziałów w monografiach, zwłaszcza z zakresu ochrony zdrowia, studiów nad płcią oraz medioznawstwa. Jej prace były publikowane w uznanych czasopismach międzynarodowych. Bierze udział w krajowych i międzynarodowych projektach badawczych, takich jak badanie porównawcze dotyczące usług opieki długoterminowej w Słowenii i krajach sąsiednich. Znana jest również z promowania podejścia interdyscyplinarnego oraz praktycznego wykorzystywania wyników badań naukowych w ochronie zdrowia i edukacji.



SABINA KRSNIK

mgr nauk o biznesie i ekonomii

Jest kierowniczką Biura Projektów i Współpracy Międzynarodowej oraz młodszą badaczką na Uniwersytecie w Novo Mesto, na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Słowenii.

Jej badania koncentrują się na komunikacji w zakresie zrównoważonego rozwoju, ekonomii w opiece zdrowotnej oraz ekonomii biznesu.

Jest autorką licznych artykułów naukowych oraz aktywną uczestniczką regionalnych, krajowych i międzynarodowych projektów, których celem jest promowanie innowacji, inkluzji i współpracy interdyscyplinarnej.

Jej działalność wspiera strategiczny rozwój partnerstw międzynarodowych oraz wzmacnia zaangażowanie uczelni w inicjatywy europejskie, poprzez praktyczną koordynację oraz badawcze podejście oparte na wiedzy i analizie.



MARIA A. MARCHWACKA

profesor, dr

Ostfalia University of Applied Sciences w Wolfsburgu, Dolna Saksonia, Niemcy.

Absolwentka pedagogiki oraz doktor nauk o komunikacji. Jej działalność naukowa koncentruje się na zagadnieniach edukacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Po dziesięcioletniej pracy na stanowisku profesora na Wydziale Nauk o Pielęgniarstwie i Nauk o Zdrowiu obecnie jest zatrudniona jako profesor w zakresie kształcenia zawodowego.

Oprócz pracy na tej uczelni sprawuje również opiekę nad pracami dyplomowymi na Uniwersytecie Vinzenza Pallottiego w Vallendar, w kraju związkowym Nadrenia-Palatynat. Jej główne obszary badawcze obejmują edukację, szkolenie oraz kształcenie ustawiczne w zawodach medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień profesjonalizmu, digitalizacji oraz (międzykulturowej) komunikacji.



OLHA FEDORTSIV

profesor, dr n. med, lekarz

Wydział Lekarski Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Iwana Horbaczewskiego w Tarnopolu, Ministerstwo Zdrowia Ukrainy, Tarnopol, Ukraina.

Autorka ponad 300 prac naukowych, 2 monografii, podręcznika w języku angielskim, 11 skryptów, 10 kart informacyjnych, 7 patentów oraz 10 projektów badawczych.

Pod jej opieką z powodzeniem obroniono 10 prac naukowych na stopień doktora nauk medycznych.

Była członkinią specjalistycznych rad naukowych ds. przewodów doktorskich na Lwowskim Narodowym Uniwersytecie Medycznym oraz Bukowińskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym. Obecnie jest członkinią specjalistycznej rady naukowej ds. przewodów doktorskich na Narodowym Uniwersytecie Medycznym w Tarnopolu.

Od wielu lat pełni funkcję przewodniczącej tarnopolskiego oddziału Stowarzyszenia Pediatrów Ukrainy. Jest członkinią kolegium redakcyjnego czasopism: „Achievements of Clinical and Experimental Medicine", „Topical Issues of Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology", międzynarodowej rady redakcyjnej czasopisma „Medical Science Pulse" (Opole), a także komitetu naukowego czasopisma „Family Medicine & Primary Care Review" (Wrocław).

Pełniła funkcję koordynatorki współpracy pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Uniwersytetem Wrocławskim a Tarnopolskim Uniwersytetem Medycznym, a obecnie jest koordynatorką współpracy pomiędzy Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku a Narodowym Uniwersytetem Medycznym w Tarnopolu.

VOLODYMYR DZHYVAK

dr n. med., lekarz



Specjalista chirurgii oraz chirurgii dziecięcej, Wydział Lekarski Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Iwana Horbaczewskiego w Tarnopolu, Ministerstwo Zdrowia Ukrainy, Tarnopol, Ukraina.

Autor i współautor około 100 prac naukowych, w tym artykułów publikowanych w czasopismach krajowych i międzynarodowych (25 artykułów indeksowanych w bazie Scopus).

Każdego roku aktywnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe, uczestnicząc w międzynarodowych konferencjach, seminariach oraz szkoleniach praktycznych z zakresu nowoczesnych technologii chirurgicznych (m.in. Medical Korea Academy). Jest certyfikowanym recenzentem, co potwierdza jego wysoki poziom kompetencji w zakresie eksperckiej oceny prac naukowych dla wiodących międzynarodowych wydawnictw (certyfikat recenzenta Elsevier). Członek kolegiów redakcyjnych oraz recenzent międzynarodowych czasopism naukowych (m.in. „Future Medicine", „Deka in Medicine", „American Journal of Pediatrics"), w których dokonuje eksperckiej oceny artykułów naukowych z zakresu medycyny.

Opiekun studentów uczestniczących w studenckich konferencjach naukowych, których podopieczni regularnie zdobywają nagrody i wykazują wysoki poziom przygotowania merytorycznego.



ELENA ROUSOU

dr, mgr pielęgniarstwa

Adiunkt w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego w Katedrze Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Technologicznym na Cyprze. Posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego i zdrowia publicznego.

Aktywnie uczestniczy w różnorodnych inicjatywach badawczych. Jej działalność naukowa koncentruje się na pielęgniarstwie środowiskowym oraz transkulturowym, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów związanych z płcią w kontekście mniejszości i grup defaworyzowanych. Uczestniczyła w licznych projektach europejskich, których celem było promowanie kulturowo kompetentnej i empatycznej opieki zdrowotnej. Od czerwca 2023 roku pełni funkcję Wiceprzewodniczącej Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Transkulturowych (European Transcultural Nurses Association).

Dr Elena Rousou pełni funkcję koordynatorki projektu MultiCultiMed z ramienia Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Technologicznego na Cyprze.



PANAGIOTA ELLINA

dr, mgr pielęgniarstwa

Posiada stopień doktora w zakresie badań nad nierównościami społecznymi w jakości życia i zachowaniach zdrowotnych mieszkańców Limassolu, tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa zaawansowanego w środowisku lokalnym oraz licencjat z pielęgniarstwa.

Z pasją angażuje się w kwestie zdrowia publicznego, równości społecznej oraz transkulturowej opieki środowiskowej. Aktywnie uczestniczy w europejskich projektach, których celem jest promowanie inkluzywnych i skutecznych inicjatyw na rzecz ochrony zdrowia.

Dr Panagiota Ellina pełni funkcję asystentki badawczej w projekcie MultiCultiMed z ramienia Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Technologicznego na Cyprze.

PARASKEVI CHARITOU

doktorantka, mgr pielęgniarstwa



Posiada tytuł licencjata pielęgniarstwa oraz magistra w zakresie zaawansowanego pielęgniarstwa i opieki zdrowotnej w środowisku lokalnym. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się głównie na zagadnieniach godności osób starszych, przemocy wobec seniorów, a także promocji zdrowia i jakości życia osób starszych w środowisku lokalnym, ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobą Alzheimera i demencją.

Aktywnie uczestniczyła w licznych projektach Erasmus, koncentrujących się głównie na kwestiach kulturowo i etycznie kompetentnej opieki.

Mgr Paraskevi Charitou pełni funkcję asystentki badawczej w projekcie MultiCultiMed z ramienia Katedry Pielęgniarstwa Uniwersytetu Technologicznego na Cyprze.



EMILIA BURBELA

dr n. med, lekarz

Adiunkt w Katedrze Chorób Dziecięcych i Chirurgii Dziecięcej Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Iwana Horbaczewskiego w Tarnopolu, Ukraina.

Autorka i współautorka ponad 60 prac naukowych, z których 11 zostało opublikowanych w czasopismach indeksowanych w bazie Scopus. Posiada również drugi dyplom z zakresu psychologii praktycznej. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na medycynie psychosomatycznej, psychologii klinicznej oraz wielokulturowości w medycynie.

MARZENA MIKŁA

dr, mgr pielęgniarstwa



Adiunkt na Wydziale Pielęgniarstwa Uniwersytetu w Murcji. Absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego, posiada stopień doktora nauk uzyskany na Uniwersytecie w Murcji z wyróżnieniem (Cum Laude) oraz została uhonorowana Nagrodą Specjalną za Wybitny Doktorat przyznawaną przez Uniwersytet w Murcji.

Pracuje jako pielęgniarka w Uniwersyteckim Szpitalu Ogólnym Reina Sofía w Murcji, Hiszpania. Jest członkinią Grupy Badawczej Pielęgniarstwa E063-04 „Pielęgniarstwo, Kobieta i Opieka" na Uniwersytecie w Murcji, a także członkinią Grupy Badawczej Zaawansowanej Opieki Pielęgniarskiej (ENFERAVANZA), działającej przy Murcjańskim Instytucie Badań Biomedycznych Pascual Parrilla (IMIB) w Murcji.

Jej zainteresowania naukowe obejmują tematykę dawstwa i przeszczepiania narządów, pielęgniarstwa klinicznego, pielęgniarstwa transkulturowego oraz zarządzania zasobami ludzkimi w pielęgniarstwie. Posiada zarejestrowany znak towarowy w Hiszpańskim Urzędzie Patentowym i Znaków Towarowych (nr 4.186.783). Jest autorką kilku artykułów naukowych.



PALOMA MORAL DE CALATRAVA

dr, lic.

Profesor tytularna oraz członkini Katedry Pielęgniarstwa na Uniwersytecie w Murcji. Posiada tytuł licencjata z zakresu historii średniowiecznej (1992), licencjata z pielęgniarstwa (1995) oraz stopień doktora w dziedzinie historii średniowiecznej (2003). Jej działalność naukowa koncentruje się na zagadnieniach zdrowia i praktyk kobiet w średniowieczu, a także na tematyce seksualności i życia intymnego w epoce średniowiecza. Jest autorką 40 publikacji naukowych.

Pełniła funkcję profesora wizytującego na różnych hiszpańskich kierunkach magisterskich z zakresu pielęgniarstwa oraz była badaczką wizytującą na Uniwersytecie w Leeds w 2021 r.

W latach 1999–2003 sprawowała funkcję sekretarza Szkoły Pielęgniarstwa, a w latach 2013–2015 oraz 2017–2020 sekretarza Katedry Pielęgniarstwa. W latach 2015–2017, a także obecnie, pełni funkcję dyrektora Katedry Pielęgniarstwa. Jest również członkinią Hiszpańskiego Stowarzyszenia Badań nad Historią Kobiet.



