

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διαπολιτισμική νοσηλευτική και ευάλωτοι
πληθυσμοί**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΜΠΕΤΑ ΤΖΕΝΙΣΑ

ΑΝΤΖΕΛΑ ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΜΙΧΑΛΗΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ

ΠΑΤΡΑ – 2019

Πρόλογος

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ουσιαστική πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης σήμερα. Ο συνεχώς αυξανόμενος πολυπολιτισμικός πληθυσμός στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες και σε πολλές περιπτώσεις υπό ιδιαίτερο καθεστώς (π.χ. πρόσφυγες, μετανάστες) αποτελεί σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές οι οποίοι καλούνται να παράσχουν εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα στους ασθενείς τους. Προκειμένου αυτό να γίνει εφικτό απαιτείται από τους νοσηλευτές να αναγνωρίζουν και να εκτιμούν τις πολιτισμικές διαφορές στις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα έθιμα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες στην πολιτιστική ικανότητα.

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται με αναγνώριση και σεβασμό της πολιτιστικής ιδιαιτερότητας, συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση συμβάλλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Στην εργασία αυτή γίνεται ανασκόπηση της σχετικής με την διαπολιτισμική νοσηλευτική βιβλιογραφίας ενώ στο τελευταίο μέρος της παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερευνών όσον αφορά την εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε κάποιες ιδιαίτερα ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Η ανάγκη για περαιτέρω εμπάθυνση και εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής θα εξακολουθήσει να αποτελεί σημαντική πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης και στο μέλλον και γι αυτό το λόγο θα πρέπει να δοθεί μέριμνα στην ενσωμάτωση μαθημάτων που βελτιώνουν την πολιτιστική ικανότητα των νοσηλευτών ήδη από τα χρόνια που αυτοί φοιτούν στις σχολές νοσηλευτικής.

Περίληψη

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθεί η σχετική με την διαπολιτισμική νοσηλευτική βιβλιογραφία με ιδιαίτερη μνεία στα ευρήματα ερευνών οι οποίες αφορούν την εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Αρχικά γίνεται αναφορά σε βασικές έννοιες όπως η πολυπολιτισμικότητα, ο πολιτισμός και η κουλτούρα, αλλά και αναφορά στους πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία καθώς είναι γνωστό ότι οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την υγεία και οι συμπεριφορές τους σε συνδυασμό με τις πολιτισμικές τους αντιλήψεις διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της υγείας, στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών.

Στην συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση της έννοιας της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής όπως αυτή ορίστηκε από τη Madeleine Leininger όπως και η αναφορά στους στόχους αυτής. Ακολουθεί ανάλυση της επάρκειας του νοσηλευτή, όπως αυτή έχει αποτυπωθεί βιβλιογραφικά, καθώς με δεδομένη την σημασία για την εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, η ανάγκη για επάρκεια των νοσηλευτών να ανταποκριθούν στις ανάγκες της είναι πλέον πιο απαραίτητη από ποτέ στις μέρες μας. Επιπλέον στο κεφάλαιο αυτό γίνεται και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται πέντε περιπτώσεις εφαρμογής της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται μελέτες που έχουν γίνει όσον αφορά τους μετανάστες οι οποίοι σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί είναι κοινά αποδεκτό ότι αποτελούν σε αρκετές περιπτώσεις έναν ευάλωτο πληθυσμό, αλλά υπάρχει ανομοιογένεια στο βαθμό στον οποίο είναι ευάλωτοι σε ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη. Όπως αναφέρει ο (Derose et al.,2007) ο όρος «ευάλωτος πληθυσμός» αναφέρεται σε μια κοινωνική ομάδα που διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και να λάβει ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη.

Ακολουθεί η έρευνα των Sidumo et al (2010) σχετικά με τους μη μουσουλμάνοι νοσηλευτές που εργάζονται σε μαιευτικές μονάδες της Σαουδικής Αραβίας όπου έγινε αξιολόγηση της πολιτιστικής γνώσης των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες ενός νοσοκομείου στη Σαουδική Αραβία με σκοπό να αξιολογηθούν οι γνώσεις των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών σχετικά με τις πολιτιστικές πρακτικές που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό των γυναικών στη Σαουδική Αραβία και την διερεύνηση των γνώσεων των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών σχετικά με τα πολιτιστικά

ταμπού, τις τελετουργίες και τις πεποιθήσεις υγείας, όπως εφαρμόζονται από τις γυναίκες της Σαουδικής Αραβίας.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας των Shambley-Ebron & Boyle (2004) σχετικά με τις Αφροαμερικανές γυναίκες οι οποίες σύμφωνα με τους συγγραφείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τις αντίστοιχες γυναίκες στην Ευρώπη ενώ όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, η νοσηλευτική έχει ζωτικό ρόλο στην αντιστροφή του φαινομένου όπου οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε σχέση με άλλες γυναίκες στην χώρα τους ή σε άλλες χώρες.

Μια ακόμα έρευνα που παρουσιάζεται είναι αυτή της Owens (2012) η οποία παρουσιάζει στην έρευνά της τις εμπειρίες σε πρακτικό επίπεδο από την εφαρμογή ενός διαπολιτισμικού σεμιναρίου νοσηλευτικής που έλαβε χώρα το 2010 στην Τανζανία. Του οποίου σκοπός ήταν μεταξύ άλλων να αποτυπωθούν οι διαφορές και οι ομοιότητες μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Τανζανία σε σύγκριση με τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Στην μελέτη των Sandin et al. (2004) περιγράφονται οι εμπειρίες μιας ομάδας νοσηλευτών από τη Σουηδία σε ένα νοσοκομείο στην Τανζανία η οποία ως κύριο σκοπό είχε την κατανόηση της αξίας και των διαφορών στις συμπεριφορές που αντιμετώπισαν σε σχέση με το πολιτιστικό πλαίσιο αναφοράς τους.

Τέλος παρουσιάζεται η μελέτη των Berggren et al. (2006) της οποία σκοπός ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των εμπειριών των γυναικών από τη Σομαλία, την Ερυθραία και το Σουδάν που ζουν στη Σουηδία και είχαν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων, ενώ ακολουθούν τα συμπεράσματα της εργασίας, καθώς και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Περιεχόμενα εικόνων	6
Εισαγωγή	7
1. Βασικές έννοιες	9
1.1 Πολυπολιτισμικότητα	9
1.2 Πολιτισμικές διαφορές	10
1.3 Πολιτισμός, κουλτούρα και υγεία	10
1.4 Πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία	12
2. Διαπολιτισμική νοσηλευτική	14
2.1 Ορισμός διαπολιτισμικής νοσηλευτικής	14
2.2. Διαπολιτισμική επάρκεια του νοσηλευτή	15
2.3 Σκοπός και χρησιμότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης	17
2.3.1 Μοντέλα πολιτιστικής επάρκειας που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην νοσηλευτική εκπαίδευση	22
2.4 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας	25
2.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαπολιτισμική νοσηλευτική	27
3. Εφαρμογές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες	30
3.1 Μετανάστες	31
3.2 Θρησκευτικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και νοσηλευόμενων	35
3.3 Αφροαμερικανές γυναίκες	38
3.4 Διερεύνηση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στην Τανζανία	40
3.5 Εμπειρίες Σουηδών σπουδαστών νοσηλευτικής σε νοσοκομείο της Τανζανίας	41
3.6 Εμπειρίες γυναικών μεταναστών από την Αφρική στη Σουηδία	44
3.7 Ερωτηματολόγιο διαπολιτισμικής επάρκειας (TSET)	46
Συμπεράσματα	49
Νοσηλευτική Διεργασία (συνοπτική μορφή)	52

Περιεχόμενα εικόνων

Εικόνα 1 «Transcultural nursing»	15
Εικόνα 2 Μητέρες πρόσφυγες Rohingya περιμένουν να εξεταστούν τα παιδιά τους σε κέντρο θεραπείας εξωτερικών ασθενών (OTP) στο Unchiprang προσωρινή εγκατάσταση στο Teknaf, Bazar Cox, Μπαγκλαντές, 2018.»	32
Εικόνα 3 « Φροντίδα σε Μουσουλμάνους ασθενείς»,	37
Εικόνα 4 «Αφροαμερικανίδα δέχεται νοσηλευτικές υπηρεσίες»	40
Εικόνα 5 «Εσωτερικό ενός νοσοκομείου στην Αφρική»	41
Εικόνα 6 «A world with no operating rooms»	43

Εισαγωγή

Είναι κοινά αποδεκτό πλέον ότι η συμπεριφορά ενός ασθενή επηρεάζεται εν μέρει από το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Ωστόσο, αν και ορισμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται με συγκεκριμένες πολιτιστικές ομάδες θα περιγραφούν στην συνέχεια της εργασίας, εντούτοις δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο και τις ίδιες συμπεριφορές και απόψεις πάνω σε κάποια ζητήματα.

Όταν ένα άτομο του νοσηλευτικού προσωπικού πρόκειται να φροντίσει έναν ασθενή ο οποίος προέρχεται από μια περιοχή όπου επικρατεί μια πολύ διαφορετική κουλτούρα από τη δική του, θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει και να σέβεται αυτές τις πολιτισμικές διαφορές, όπως και τις ενδεχομένως σημαντικά διαφορετικές προτιμήσεις και πεποιθήσεις του ασθενούς. Σε διαφορετική περίπτωση, μπορεί να θεωρήσει το άτομο αυτό ότι ο νοσηλευτής δεν σέβεται την προσωπικότητά του, ότι είναι αδιάφορο ή ακόμα και να θεωρήσει το νοσηλευτικό προσωπικό συνολικά ανίκανο να του προσφέρει την απαραίτητη φροντίδα. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο ότι όλα τα μέλη οποιουδήποτε πολιτισμού ενεργούν και συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο καθώς είναι πολύ συνηθισμένο να υπάρχουν σημαντικές διαφορές ακόμα και ανάμεσα στα άτομα αυτά. Συνεπώς, η δημιουργία στερεότυπων για ανθρώπους ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρο ή την καταγωγή τους είναι λανθασμένη. Ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή των στερεοτύπων είναι το νοσηλευτικό προσωπικό να βλέπουν κάθε ασθενή ως μονάδα ατόμου και να λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές του προτιμήσεις.

Η έννοια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής αποτελεί έναν ξεχωριστό τομέα ο οποίος επινοήθηκε αρχικά από τη Madeleine Leininger. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ορίζεται ως μια συγκριτική μελέτη των πολιτισμών για να κατανοηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των ανθρώπινων ομάδων. Με αυτό το τρόπο η φροντίδα που ταιριάζει με τα πρότυπα και τις αξίες της ζωής των ανθρώπων παράγεται από τους ίδιους τους ανθρώπους και όχι βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων. Οι στόχοι της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να προσφέρουν νοσηλευτική περίθαλψη και πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας για την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων με πολιτιστικά ουσιαστικούς τρόπους. Η ανάλογη φροντίδα μπορεί να διαφέρει μεταξύ ατόμων διαφορετικών πολιτισμικών υποβάθρων ακόμα και στο επίπεδο ενός συστήματος επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης.

Με απλά λόγια, η διαπολιτισμική νοσηλευτική στοχεύει κατά κύριο λόγο στη παροχή φροντίδας με ευαισθησία στο πολιτισμικό υπόβαθρο του κάθε ατόμου. Μια διαπολιτισμική

νοσηλεύτρια βοηθά τους ασθενείς της παρέχοντας φροντίδα σε ασθενείς από όλο τον κόσμο σεβόμενη τις ιδιαιτερότητες που πηγάζουν από την κουλτούρα τους. Συχνά το ζήτημα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής προκύπτει όταν οι νοσηλευτές καλούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που είναι μετανάστες ή πρόσφυγες. Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές εργάζονται όχι μόνο σε ξένες χώρες ή σε χώρες που πλήττονται από πολέμους, φυσικές καταστροφές κ.α. αλλά και στις χώρες τους καθώς καλούνται να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους, τη φιλοσοφία τους και τις πρακτικές τους σε διαφορετικές μονάδες υγείας και νοσοκομεία.

1. Βασικές έννοιες

1.1 Πολυπολιτισμικότητα

Με τον όρο πολυπολιτισμικότητα ορίζεται «η συνύπαρξη σε ένα δεδομένο γεωγραφικό χώρο μιας πολλαπλής πολιτισμικής ετερότητας, η οποία κυρίως εδράζεται σε εθνοτική, θρησκευτική και γλωσσική διαφορά» (Καραμάνου, 2011). Η συγγραφέας αναφέρει επίσης ότι άλλοι τρόποι για την έκφραση της πολιτισμικής διαφορετικότητας είναι μέσω του συστήματος αξιών, των προτύπων ζωής και διαβίωσης, της κοινωνικής οργάνωσης και συμπεριφοράς, του ενδυματολογικού κώδικα, της τέχνης και της λογοτεχνίας, καθώς και της θεώρησης του κόσμου και της αντιμετώπισης των φιλοσοφικών υπαρξιακών ζητημάτων. Συνολικά μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι η πολυπολιτισμικότητα αναφέρεται στις αλλαγές που επέρχονται στη δομή μιας κοινωνίας λόγω της συνύπαρξης διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων ως προς τις πολιτισμικές τους παραδόσεις, τις αξίες τους και τον τρόπο ζωής τους.

Φυσική απόρροια της συμβίωσης ατόμων διαφορετικών πολιτισμών είναι η δημιουργία μιας «πολυπολιτισμικής κοινωνίας». Ως πολυπολιτισμική κοινωνία ορίζεται αυτή που όπως αναφέρουν τα συνθετικά της, αποτελείται από διαφορετικούς πολιτισμούς λόγω της συνύπαρξης ατόμων από διαφορετικές θρησκείες και διαφορετικές φυλές. Η «πολυπολιτισμική» κοινωνία έχει αποτελέσει κατά το παρελθόν πεδίο σημαντικών αντιπαραθέσεων για την ωφέλειά τους καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ενώ οι «πολυπολιτισμικές κοινωνίες» σύμφωνα με τους Kofou et al. (2013) είναι συχνά η αιτία για έναρξη συγκρούσεων οι οποίες μπορεί να εξελιχτούν σε «εμφύλιους» πολέμους.

Σύμφωνα με τον Κιτρομηλίδη (2010), προκειμένου να λειτουργήσουν οι πολυπολιτισμικές λύσεις, απαιτείται να συντρέχουν προαπαιτούμενα που θα καταστήσουν το εγχείρημα βιώσιμο. Τα προαπαιτούμενα αυτά περιέχουν την ύπαρξη κανόνων κοινωνικής συνύπαρξης, με σκοπό οι κοινωνίες να είναι σε θέση να αποφύγουν μαζικές παραβατικές συμπεριφορές και τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφής. Επιπλέον είναι σημαντικό να προωθηθεί η παιδεία μέσω κυρίως της καλλιέργειας της γλώσσας και της μετάδοσης στοιχείων του πολιτισμού, με απώτερο σκοπό όπως αναφέρει ο συγγραφέας «η πολυπολιτισμικότητα να μην εκπέσει σε κοινωνική και ηθική Βαβυλωνία, αλλά να αποβεί αγωγός κοινωνικής συνοχής».

Στην Ελλάδα η άποψη των πολιτών για την πολυπολιτισμικότητα δεν είναι ξεκάθαρη, ωστόσο οι υποστηρικτές του «πολυπολιτισμού» στην Ελλάδα υποστηρίζουν πως ο ελληνικός λαός είναι σύμφωνος να μετατραπεί η Ελλάδα σε «πολυπολιτισμική κοινωνία» λόγω ότι είναι λαός «φιλελεύθερος» και «προοδευτικός» (Derri et.al. 2014) άποψη όμως που επιδέχεται

αμφισβήτησης καθώς δεν βασίζεται σε αποτελέσματα ερευνών αλλά σε προσωπικές απόψεις των συγγραφέων.

1.2 Πολιτισμικές διαφορές

Οι πολιτισμικές διαφορές έχουν τεθεί κατ' επανάληψη στο επίκεντρο της επιστημονικής έρευνας αλλά και στο κοινωνικό διάλογο ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια όπου η πολυπολιτισμικότητα είναι γεγονός για πολλές σύγχρονες κοινωνίες.

Σε εθνικό επίπεδο έχει υιοθετηθεί το πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ατόμων, πλαίσιο που αποτελεί ένα είδος κοινωνικού συμβολαίου για όλα τα άτομα που ζουν στην Ε.Ε. ανεξαρτήτως εθνικότητας και καταγωγής. Αυτός ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων δημιουργεί το κατάλληλο πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορούν να επιλυθούν τυχόν πολιτισμικές ή θρησκευτικές διαφορές, με σεβασμό στα δικαιώματα και την ισότητα των ατόμων. Οι συνεχείς αλλαγές στους πολιτισμούς και τις κουλτούρες, οι οποίες είναι απόρροια των αλλαγών στην τεχνολογία, στο οικονομικό και βιοτικό επίπεδο κ.α. έχουν αναγάγει τον σεβασμό της διαφορετικότητας σε κρίσιμο ζήτημα. Ο Bendit (2009) αναφέρει μεταξύ άλλων ότι «το διακύβευμα της πολυπολιτισμικότητας είναι να αποφασίσουμε αν θέλουμε να ζήσουμε σε μια κοινωνία ανοιχτή ή σε μια κοινωνία κλειστή» και συμπληρώνει επίσης ότι «η διαφορετικότητα και ο σεβασμός προς αυτή είναι ένα από τα θεμέλια της δημοκρατίας».

Ο Rawls (1971) υποστηρίζει, ότι ο πλουραλισμός και η συναίνεση αποτελούν την ουσία της φιλελεύθερης δημοκρατικής σκέψης και συμπληρώνει ότι σε κάθε κοινωνία μπορεί να βρεθεί ένα σύνολο αξιών που να είναι κοινά αποδεκτό ακόμα και από άτομα με διαφορετικές αντιλήψεις, κάτι που μπορεί να αποτελέσει ταυτόχρονα και την βάση ενός τρόπου κοινής σκέψης.

1.3 Πολιτισμός, κουλτούρα και υγεία

Στην βιβλιογραφία δεν υπάρχει ένας ενιαίος και γενικά αποδεκτός ορισμός για τον πολιτισμό. Ωστόσο με τον όρο αυτό υπονοείται η κοινωνική κληρονομιά του κάθε ανθρώπου η οποία περιέχει οτιδήποτε μεταβιβάζεται με κοινωνικές διαδικασίες. Στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία η έννοια της κοινωνικής κληρονομιάς μπορεί να συναντηθεί είτε σαν πολιτισμός (civilisation) είτε σαν κουλτούρα (culture). Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι οι παραπάνω όροι έχουν διαφορετικό εννοιολογικό περιεχόμενο και

διαφορετικές χρήσεις ανάλογα με τη χρήση τους. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. οι δυο έννοιες αυτές είναι σχεδόν ταυτόσημες ενώ αντίθετα στην Γερμανία ο όρος πολιτισμός αναφέρεται στον υλικό πολιτισμό, ενώ ο όρος κουλτούρα στον πνευματικό πολιτισμό, την πνευματική καλλιέργεια και τις πεποιθήσεις .

Ο πολιτισμός αν και αποτελεί ένα σύνθετο σύνολο που περιλαμβάνει γνώσεις, πεποιθήσεις, τέχνες, ήθη, δίκαιο, έθιμα και κάθε άλλη ικανότητα και συνήθεια που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας, εντούτοις δεν αποτελεί ένα σύνολο στοιχείων τα οποία έχουν κοινή σημασία για όλα τα μέλη της κοινωνίας. Αυτό συμβαίνει διότι όσο πιο σύνθετη είναι μια κοινωνία, τόσο πιο διαφορετικός είναι και ο πολιτισμός της, καθώς μπορεί να εμπεριέχει και έντονα διαφοροποιημένα στοιχεία. Αυτό συμβαίνει διότι η ίδια η κοινωνία είναι έντονα διαφοροποιημένη ως σύνολο. Η διαφοροποίηση αυτή οφείλεται στις ομάδες που την απαρτίζουν και δημιουργούν επιπλέον υποσύνολα που το καθένα έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και ανάγκες, δημιουργώντας εν τέλει ένα διαφορετικό πολιτισμό ή υποκουλτούρα. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να ορίσουμε τον πολιτισμό ως ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων, συμπεριφορών, συμπεριφορών και παραδόσεων που μαθαίνονται, μοιράζονται και κληρονομούνται από μια ομάδα ανθρώπων (Leininger 1997). Ο πολιτισμός, ο οποίος μπορεί επίσης να οριστεί ως τρόπος ζωής της κοινωνίας, είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία. Η υγεία ενός ατόμου επηρεάζεται από πολιτισμικές αντιλήψεις σχεδόν εξίσου όσο επηρεάζεται από τους βιολογικούς ή τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο, η γνώση του πολιτισμού και των χαρακτηριστικών μιας κοινωνίας θεωρούνται προϋπόθεση για την αποδοχή -από την κοινωνία- των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Douglas et al. 2009). Ο πολιτισμός επηρεάζει πολλές πτυχές της ανθρώπινης ζωής, όπως η στάση των γονιών, τα πρότυπα παιδικής ηλικίας, η ομιλία, η ενδυμασία, θρησκευτικές και μη πεποιθήσεις, ο τρόπος μεταχείρισης των ασθενών, ακόμα και η αντιμετώπιση των νεκρών (Degazon, C., 1996).

Οι συμπεριφορές όσον αφορά την υγεία των ατόμων αλλά και οι αντιλήψεις για την υγεία θεωρούνται διαχωριστές μεταξύ τους. Οι κοινωνικές ομάδες που έχουν προσπαθήσει να διατηρήσουν τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά τους εδώ και αιώνες, έχουν ενσωματώσει στη διατροφή τους, στις συνήθειες ύπνου, στις μορφές θεραπείας ασθενειών, στις συνήθειες στέγασής τους αλλά και σε άλλους τομείς, την αντίληψή τους για τις ασθένειες και τους τρόπους για την αντιμετώπισή τους. Οι τρόποι και τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν ποικίλλουν από πολιτισμό σε πολιτισμό ενώ είναι δεδομένο ότι επηρεάζουν από την στιγμή

της γέννησης κάθε άνθρωπο καθώς οι άνθρωποι δεν μπορούν μέχρι ενός σημείου να ενεργούν ανεξάρτητα από τον πολιτισμό στον οποίο ζουν (Bolsoy et al, 2006).

Ο πολιτισμός επηρεάζει πολλά επίπεδα την υγεία, καθώς μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών διαφέρουν χαρακτηριστικά για την διάγνωση μιας νόσου ή ακόμα και ο καθορισμός των συμπτωμάτων μιας νόσου. Ωστόσο, λόγω διαφόρων συνθηκών όπως πόλεμοι, καταπιεστικά καθεστάτα, περιβαλλοντικές και οικονομικές κρίσεις μαζί με την παγκοσμιοποίηση έχουν αναγκάσει πολλούς ανθρώπους να εγκαταλείψουν τη χώρα τους και να μεταναστεύσουν είτε στο εσωτερικό της χώρας τους ή σε άλλες χώρες ως μετανάστες ή πρόσφυγες. Ως αποτέλεσμα, δημιουργούνται πολυπολιτισμικοί πληθυσμοί που αποτελούνται από άτομα, από διαφορετικούς πολιτισμούς και υποκουλτούρες εμφανίζονται γρήγορα σε όλο τον κόσμο. Έτσι μέσω του προσδιορισμού των συμπεριφορών υγείας, η προσέγγιση των πολιτισμικά ανομοιογενών ομάδων, καθώς και η κατανόηση και αποδοχή της πολιτισμικής διαφορετικότητας ενός πληθυσμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την δημιουργία ενός συστήματος υγείας το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στις απαιτήσεις.

1.4 Πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Προκειμένου να βελτιωθούν οι συμπεριφορές των ατόμων όσον αφορά την υγεία τους, θα πρέπει οι πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να είναι ευδιάκριτοι. Οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την υγεία και οι συμπεριφορές τους σε συνδυασμό με τις πολιτισμικές τους αντιλήψεις διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της υγείας, στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών. Οι πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία με άμεσο ή έμμεσο τρόπο μπορούν να απαριθμηθούν ακολούθως ως εξής (Bolsoy 2006):

1. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
2. Γάμος και δομή οικογένειας
3. Ρόλοι και ευθύνες του κάθε φύλου στην κοινωνία
4. Σεξουαλική συμπεριφορά
5. Πρότυπα πρόληψης ασθενειών
6. Πολιτικές για την αύξηση/ έλεγχο του πληθυσμού
7. Εγκυμοσύνη και πρακτικές γέννησης
8. Προσωπική φροντίδα και διατροφή
9. Ντύσιμο

10. Προσωπική υγιεινή
11. Στέγαση
12. Γενικοί κανονισμοί υγείας
13. Επαγγέλματα
14. Θρησκεία
15. Συνήθειες
16. Άγχος που προκαλείται από τον χαρακτήριστικά του πολιτισμού
17. Μεταναστευτική κοινότητα
18. Χρήση ουσιών
19. Συνήθειες ελεύθερου χρόνου
20. Κατοικίδια
21. Μέθοδοι αυτοθεραπείας

2. Διαπολιτισμική νοσηλευτική

2.1 Ορισμός διαπολιτισμικής νοσηλευτικής

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ορίστηκε ως έννοια από τη Madeleine Leininger στη δεκαετία του 70 ως κλάδος ή υποπεδίο της νοσηλευτικής που στοχεύει στη δημιουργία μιας πολιτισμικά ομοιογενούς νοσηλευτικής φροντίδας και συγκρίνει τις κουλτούρες με βάση μια ανάλυση των διαφορών στις αντιλήψεις τους για την υγεία και την περίθαλψη, δίνοντας ωστόσο τον απαραίτητο σεβασμό στις πεποιθήσεις και τις αξίες κάθε μεμονωμένης κουλτούρας (Leininger 1997). Ο στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να προσφέρει αποτελεσματικές υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίες θα περιέχουν την κατάλληλη ευαισθησία στις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη και να προωθήσει τη χρήση των γνώσεων και των πρακτικών των νοσηλευτών (Maier-Lorentz, 2008).



Εικόνα 1 «Transcultural nursing»¹

Ο ορισμός που δίνεται από την Leininger είναι ότι «Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας χώρος μελέτης ανθρώπινων πολιτισμών σε σχέση με την ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες σχετίζονται με τα νοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας μέσα στα πλαίσια της κουλτούρας. Εστιάζεται σε πολιτισμικές αξίες, σε πιστεύω και σε τρόπους ζωής ανθρώπων και οργανισμών και χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για να παράσχει φροντίδα σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες ή και παγκοσμίως»

¹ Πηγή: <https://www.rnpedia.com/wp-content/uploads/2015/10/Transcultural-Nursing.jpg>

Αυτό σημαίνει ότι, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να μάθουν τους πολιτισμούς των ασθενών τους προκειμένου να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα σε ένα πλαίσιο σεβασμού της πολιτισμικής διαφορετικότητας. Ανακαλύπτοντας τις αξίες, τις νοοτροπίες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές των ασθενών, που σχετίζονται με τη νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη, απαιτείται από τους νοσηλευτές να αναλάβουν το ρόλο των μαθητών της κουλτούρας και να καθορίσουν στην συνέχεια τα χαρακτηριστικά μιας κατάλληλης για κάθε περίπτωση φροντίδας.

Προκειμένου οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να παρέχουν τέτοιου είδους φροντίδα, θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα και να διαθέτουν ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Οι νοσηλευτές που είναι ικανοί να παρέχουν τέτοιου είδους φροντίδα, από πολιτισμική άποψη, δεν ενσωματώνουν μόνο τις πεποιθήσεις των ασθενών τους στην νοσηλευτική τους φροντίδα, αλλά διατηρούν επίσης τις δικές τους πολιτισμικές πεποιθήσεις οι οποίες επίσης διαμορφώνουν το πλαίσιο εντός του οποίου κινείται η νοσηλευτική τους φροντίδα. Οι νοσηλευτές αυτοί γνωρίζουν τα στερεότυπα και τις δικές τους δυνητικά εθνοκεντρικές συμπεριφορές και είναι σε θέση να αποτρέψουν τις ενδεχόμενες συγκρούσεις που μπορούν να οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές, παίρνοντας τον χρόνο για να αναπτύξουν μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και να σεβαστούν τις μοναδικές ιδιότητες του κάθε ένα από αυτούς. Στη διαπολιτισμική προσέγγιση της νοσηλευτικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές θεωρούνται διαπολιτισμικό προσωπικό υγείας ενώ συνολικά η διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα αυξάνει την ποιότητα των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας, επιτρέποντας στα άτομα να προσαρμόζονται ευκολότερα στις νοσηλευτικές πρακτικές που απαιτούνται, προλαμβάνοντας συγκρούσεις που μπορεί να οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές (Maier-Lorentz 2008).

2.2. Διαπολιτισμική επάρκεια του νοσηλευτή

Όπως έχει ήδη έχει αναφερθεί, η κουλτούρα κάθε πολιτισμού αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας των ατόμων που τον αποτελούν. Για αυτό το λόγο, η εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής και η αντίστοιχη επάρκεια των νοσηλευτικών να ανταποκριθούν στις ανάγκες της είναι πλέον πιο απαραίτητη από ποτέ στις μέρες μας. Αυτό συμβαίνει διότι ο αριθμός των ευάλωτων κατηγοριών ατόμων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων είναι αρκετά μεγάλος (Ρόμπολας, 2017). Αυτό κατ' επέκταση δημιουργεί την ανάγκη για γνώση από μέρους των νοσηλευτών για το ποιες είναι οι

διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών τους. Αυτή η γνώση θα βοηθήσει τους νοσηλευτές να προσαρμόσουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίησή των ασθενών αυτών με βάση και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες τους, ενώ όπως αναφέρει και ο (Schartner, 2016) οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβιβάζονται με τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά του πιστεύω.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την πολιτισμική επάρκεια, είναι η πολυπολιτισμική εμπειρία και η εθνοκεντρική συμπεριφορά οι οποίοι έχουν άμεση επίδραση στην πολιτιστική ικανότητα των νοσηλευτών. Ο Ahn (2017) στην έρευνά του μεταξύ άλλων αναφέρει ότι σε αντίθεση με το διαπολιτισμικό άγχος το οποίο δεν φαίνεται να παρουσιάζει σημαντική επίδραση στην πολιτιστική ικανότητα, οι πολιτιστικές ικανότητες των νοσηλευτών μπορούν να αναπτυχθούν με την προσφορά πολυπολιτισμικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και την αύξηση τόσο της άμεσης όσο και της έμμεσης πολυπολιτισμικής εμπειρίας και την ανταλλαγή εμπειριών για την επίλυση των όποιων προβλημάτων ανακύπτουν.

Πέρα από τους νοσηλευτές, το σύνολο των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες των ασθενών όπως θρησκευτικές πεποιθήσεις, προσωπικές αντιλήψεις και την κουλτούρα του ασθενή, προκειμένου να του παρέχουν επαρκή, αποτελεσματική και ποιοτική παροχή φροντίδας. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική σήμερα αποτελεί μείζον ζήτημα καθώς τόσο στην Ελλάδα όσο και σε επίπεδο Ευρώπης καθώς λόγω και των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν όπως για παράδειγμα η αύξηση των προσφυγικών αλλά και των μεταναστευτικών ροών από χώρες της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής οι πολιτισμικές, εθνικές, θρησκευτικές κ.ά διαφορές που εμφανίζει ο πληθυσμός της Ελλάδας και της Ευρώπης είναι πιο έντονες από ποτέ σε σχέση με τις τελευταίες δεκαετίες (Dimitriadou, et.al. 2011).

Από τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι η διαπολιτισμική νοσηλευτική δεν αποτελεί «πολυτέλεια» αλλά μια αναγκαιότητα και ταυτόχρονα μια σημαντική διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, γι' αυτό είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πολιτισμική επάρκεια, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις διαπολιτισμικές διαφορές των ασθενών τους και να τους παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμική κατάλληλη φροντίδα, καθώς και διασφάλιση των δικαιωμάτων τους (Theodorou, 2011).

Οι Καλαφάτη και Παϊκοπούλου (2011), αναφέρουν ότι οι ολοένα και περισσότερο αυξημένες πολυπολιτισμικές κοινωνίες καθιστούν αναγκαία την παροχή ολιστικής και κατάλληλης

νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς, κάτι που σημαίνει ότι χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση και την υποστήριξη, οι νοσηλευτές δε θα μπορούν να προσφέρουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Οι συγγραφείς διακρίνουν τους φραγμούς που υπάρχουν στην προσέγγιση ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προσέγγισης σε αυτούς που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας και σε εκείνους που σχετίζονται με το σύστημα. Όσον αφορά τους πρώτους, αυτοί οι φραγμοί προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους ή όταν τα πιστεύω των θεραπειών διαφέρουν από αυτά των ασθενών. Τέτοιες περιπτώσεις είναι πιθανό να συναντηθούν σε θέματα, όπως π.χ. στη λήψη αποφάσεων, στην τεχνητή διατροφή και στη χορήγηση υγρών, στο θάνατο και το θρήνο, καθώς σε αυτές είναι πιθανό η αντίδραση των ασθενών να είναι διαφορετική από αυτή που αναμένεται. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι φραγμοί που σχετίζονται με το σύστημα και οι οποίοι σχετίζονται με τις υπηρεσίες και τις υποδομές οι οποίες δημιουργήθηκαν χωρίς να λάβουν υπόψη τους τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που υπάρχουν σε μια κοινωνία. Αυτοί οι περιορισμοί αφορούν στο προσωπικό ή το υλικό και οδηγούν σε μείωση στην ικανότητα μιας υπηρεσίας να προσαρμόσει την παροχή φροντίδας στον τρόπο που οι άνθρωποι συνολικά αντιμετωπίζουν τις βαριές ασθένειες και το θάνατο. Περιορισμοί όπως για παράδειγμα στον αριθμό των ασθενών που μπορεί να δεχθεί μια ΜΕΘ ή η μείωση του προσωπικού που εργάζεται σε αυτή μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά μια κοινωνία καθώς επηρεάζεται τόσο η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών όταν υπάρχει ανάγκη όπως και ο χρόνος που μπορεί να αφιερώσει ένας νοσηλευτής για να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ασθενών.

Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα των Cai et al (2017), όσον αφορά την διαπολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών, συμπεραίνεται ότι είναι απαραίτητο αυτή να μπορεί να αξιολογηθεί με την ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων και κατά συνέπεια να διευκολυνθεί η κατανόησή της σε παγκόσμιο επίπεδο. Επίσης η ανάπτυξη τέτοιων εργαλείων αξιολόγησης θα μπορεί να χρησιμεύσει και ως βάση για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και νοσηλευτικών διαδικασιών ή πρωτοκόλλων, για τη βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής σε θέματα πολιτιστικής κουλτούρας.

2.3 Σκοπός και χρησιμότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης

Σκοπός της εκπαίδευσης για την διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι η σωστή προετοιμασία των φοιτητών νοσηλευτικής, προκειμένου να είναι σε θέση να αναπτύξουν την ικανότητα να

ανταποκρίνονται στις διαπολιτισμικές απαιτήσεις, δηλαδή να μπορούν να λειτουργούν αποτελεσματικά στο πλαίσιο των διαφορετικών πολιτισμικών πεποιθήσεων των ασθενών τους. Γι' αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αυτή η εκπαίδευση, να υπάρχει στα προγράμματα σπουδών των φοιτητών των σχολών νοσηλευτικής (Γεωργογιάννης, 2007). Με αυτό το τρόπο οι φοιτητές θα μπορούν να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι ώστε στην επαγγελματική τους ζωή να παρέχουν ολιστική φροντίδα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων σύμφωνα με τη κουλτούρα του κάθε ατόμου. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση στην νοσηλευτική πέρα από την ικανότητα για ανταπόκριση στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου, θα βοηθήσει τους νοσηλευτές να αποδεχθούν και να καταλάβουν τις διαφορετικές πεποιθήσεις των ατόμων από διαφορετικούς πολιτισμούς, ακόμα και αν αυτές απέχουν σημαντικά από τις δικές τους πεποιθήσεις.

Οι Creech et al. (2017) στην έρευνά τους αναφέρουν ότι η ενσωμάτωση στοιχείων πολιτιστικής εκπαίδευσης για την βελτίωση της επάρκειας των νοσηλευτών που έγινε στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών, είχε σημαντική επίδραση στη βελτίωση των πολιτιστικών ικανοτήτων στην μεταπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση ενώ οι Gower et al. (2016) ερευνώντας τις προσωπικές, πολιτιστικές και εκπαιδευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν από ακαδημαϊκούς της νοσηλευτικής και μαιευτικής στην Αυστραλία αναφέρουν ότι η πολιτιστική εκπαίδευση και επάρκεια των νοσηλευτών ,επηρεάστηκε από την πολιτιστική ικανότητα των εκπαιδευτικών.

Μια άλλη διάσταση όσον αφορά την εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής, τίθεται από τον Kokko (2011) ο οποίος αναφέρει ότι οι σπουδές στο εξωτερικό είναι μια ωφέλιμη στρατηγική για την ανάπτυξη της πολιτιστικής ικανότητας μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής.

Από τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι η ενσωμάτωση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στις σπουδές της νοσηλευτικής είναι απαραίτητη με δεδομένο ότι πλέον οι σύγχρονες κοινωνίες στα ανεπτυγμένα κράτη όπως η Ελλάδα είναι κατά κανόνα πολυπολιτισμικές. Έτσι θα στηρίζεται συνολικά η ελευθερία και η ισότητα των ατόμων μιας κοινωνίας, το πολιτισμικό δικαίωμα της έκφρασης αξιών και πεποιθήσεων, η διαφορετικότητα για το κοινό όφελος και τέλος η κοινωνική δικαιοσύνη, η οποία αφορά την ίση μεταχείριση των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων, καθώς και στην ίση παροχή ευκαιριών χωρίς φυλετικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, και γλωσσικές διακρίσεις (Παλαιολόγου, κ.α. 2003).

Η βιβλιογραφία για την διαπολιτισμική εκπαίδευση είναι εκτεταμένη σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου ο αριθμός των ερευνών είναι σχετικά μικρός. Ξεκινώντας με την έρευνα του Πουρναρά και συν. (2004), η οποία μελετούσε τις εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτητών στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση των φοιτητών σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας ήταν ανεπαρκής και πως συνολικά η στάση των φοιτητών απέναντι σε άτομα διαφορετικής κουλτούρας οριζόταν από τις δικές τους απόψεις και την δική τους πληροφόρηση παρά από την εκπαίδευση την οποία είχαν λάβει.

Στην έρευνα των Lim et al. (2004) μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των φοιτητών στην Αυστραλία στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των φοιτητών δεν είναι σε θέση να επηρεάσουν τις αντιλήψεις των φοιτητών για την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματικά διαπολιτισμική φροντίδα και επίσης πως η εκπαιδευτική τους προετοιμασία και η εμπειρία σε κλινικό επίπεδο μπορούν να αποτελέσουν αρνητικούς παράγοντες στην προσωπική τους αποτελεσματικότητα πάνω σε διαπολιτισμικά ζητήματα. Οι συγγραφείς στην έρευνα αυτή καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για θεωρητική αλλά και κλινική πρακτική εκπαίδευση πάνω στα θέματα της διαπολιτισμικής φροντίδας. Την ανάγκη για την περαιτέρω εμβάθυνση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης επισημαίνουν και οι Assemi et al. (2004) οι οποίοι στην έρευνά τους σε φοιτητές φαρμακευτικής σχολής και μελετώντας τον αντίκτυπο της διδασκαλίας μαθημάτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η αντίληψη των φοιτητών για πολιτισμικά ζητήματα αυξήθηκε μετά τη διδασκαλία αντίστοιχων μαθημάτων, ενώ οι φοιτητές παρουσίασαν και βελτίωση των δεξιοτήτων τους που αφορούν την πολυπολιτισμικότητα και την ικανότητα επικοινωνίας τους με τους ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες.

Σε άλλη έρευνα, οι Sargent et al. (2005) μελετώντας το επίπεδο πολιτισμικής ικανότητας των φοιτητών αλλά και την δυνατότητα βελτίωσης αυτού με την εισαγωγή κατάλληλων μαθημάτων στο πρόγραμμα σπουδών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φοιτητών όσον αφορά το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειάς τους ενώ και σε αυτή την έρευνα όπως και στις προαναφερθείσες η εισαγωγή κατάλληλων μαθημάτων πολιτισμικού περιεχομένου στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση του επιπέδου των φοιτητών στον τομέα αυτό.

Οι Bussey-Jones et al. (2005), μελετώντας το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας φοιτητών ιατρικής σε τομείς που αφορούν την πολιτισμική τους ικανότητα όπως οι ανισότητες της

υγείας, τα στερεότυπα, οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. διαπίστωσαν ότι το επίπεδο των γνώσεων των φοιτητών πάνω στα διαπολιτισμικά ζητήματα ήταν χαμηλό ενώ οι Ladson et al. (2006) σε αντίστοιχη έρευνα διαπίστωσαν μεταξύ άλλων ότι η πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών επηρεάζεται από παράγοντες όπως : το έτος σπουδών, η ηλικία και το φύλο. Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας αυτής είναι ότι οι φοιτητές άνω των 30 ετών είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την πολυπολιτισμική διαχείριση ενώ επίσης οι γυναίκες φοιτήτριες παρουσίαζαν μεγαλύτερη ευαισθησία και ικανότητα στη διαχείριση των διαπολιτισμικών τους αντιλήψεων σε σχέση με τους άνδρες φοιτητές.

Οι Lipson et Desantis (2007) στην έρευνά τους αναφέρουν ότι το πρόγραμμα σπουδών στις σχολές νοσηλευτικής θα πρέπει να περιέχει την παροχή των κατάλληλων γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή της κατάλληλης διαπολιτισμικής φροντίδας. Οι συγγραφείς αναφέρουν ωστόσο ότι παρόλο που είναι κοινά αποδεκτό ότι παρατηρείται πρόοδος στην ενσωμάτωση τέτοιων μαθημάτων και πρακτικών στη νοσηλευτική εκπαίδευση, εντούτοις δεν υπάρχει κάποιο κοινά αποδεκτό πρότυπο στο τι πρέπει να διδαχθεί καθώς και στο πως θα μελετηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων γνώσεων.

Οι LaTonya et al. (2008) αξιολογώντας τις γνώσεις και τη στάση φοιτητών απέναντι σε άτομα που ανήκουν σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, διαπίστωσαν πως οι γνώσεις των φοιτητών βελτιώθηκαν μετά από την παροχή των κατάλληλων μαθημάτων πολιτισμικής επάρκειας ενώ οι φοιτητές παρουσίασαν επίσης και υψηλή θέληση για περαιτέρω μάθηση και ικανοποίηση από τη διδασκαλία.

Οι Krainovich-Miller et al. (2008), με την χρήση μιας κλίμακας που αναφέρεται στην πολυπολιτισμική επαγρύπνηση των φοιτητών διαπίστωσαν πως η διαπολιτισμική επαγρύπνηση των φοιτητών παρουσιάζει αυξητική τάση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ενώ επίσης σχετίζεται με το επίπεδο των σπουδών τους (προπτυχιακό, μεταπτυχιακό, διδακτορικό).

Οι White-Means et al. (2009) μελετώντας την πολιτισμική επάρκεια φοιτητών ιατρικών, νοσηλευτικών και φαρμακευτικών σχολών σε σχέση με τη φυλή και το χρώμα του δέρματος των ασθενών διαπίστωσαν ότι η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από τους πρώτους φαίνεται να επηρεάζεται από την εθνικότητα των τελευταίων ενώ επίσης βρέθηκε ότι οι λευκοί φοιτητές παρουσίαζαν προτίμηση στους λευκούς ασθενείς.

Οι Poirier et al. (2009), μελετώντας το κατά πόσο η διδασκαλία μαθημάτων σχετικών με την διαπολιτισμική νοσηλευτική μπορεί να αυξήσει την διαπολιτισμική ικανότητα των φοιτητών

της φαρμακευτικής διαπίστωσαν πως η διδασκαλία τέτοιων μαθημάτων μπορεί να βελτιώσει την διαπολιτισμική ικανότητα των φοιτητών και την επικοινωνία τους με άτομα που έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από τους ίδιους.

Οι Jirwe et al. (2010) στην έρευνα τους όσον αφορά την αποτύπωση των εμπειριών των φοιτητών κατά την επικοινωνία τους με ασθενείς που έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από τους ίδιους διαπίστωσαν ότι υπήρχαν αρκετές επικοινωνιακές δυσκολίες από την πλευρά των φοιτητών ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς δεν μιλούσαν την ίδια γλώσσα με εκείνους. Αυτό το γεγονός οδηγούσε με τη σειρά του σε απρόσωπη και αποστασιοποιημένη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας με αυτούς. Επιπλέον οι συγγραφείς κατέγραψαν αυξημένο φόβο από την πλευρά των φοιτητών για την περίπτωση που υποπέσουν σε κάποιο λάθος ή κάποια παράλειψη, ενώ παρουσίασαν και μειωμένη αυτοπεποίθηση στο να απαντήσουν σε ερωτήσεις των ασθενών. Οι συγγραφείς προσθέτουν ότι παρόλο που αναζητήθηκαν άλλοι τρόποι επικοινωνίας όπως η μετάφραση μέσω τρίτων ατόμων η έλλειψη αυτοπεποίθησης κατά την επικοινωνία ήταν εμφανής. Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι τα νοσηλευτικά προγράμματα θα πρέπει να είναι σε θέση να εξοπλίζουν εκ των προτέρων τους φοιτητές με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες με σκοπό να παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα στους ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Ο Esposito (2013) στην έρευνά του αναφέρει ότι η νοσηλευτική κοινότητα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο στον τομέα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, μέσω της ανάπτυξης πρωτοβουλιών κατάρτισης αλλά και την ποικιλομορφία στα εκπαιδευτικά προγράμματα ενώ επίσης αναφέρει ότι έχει αναπτύξει σε σημαντικό βαθμό την ετοιμότητα των νοσηλευτών να παρέχουν την κατάλληλη διαπολιτισμική φροντίδα στους ασθενείς.

Τέλος, οι Henderson et al. (2016) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές και οι ακαδημαϊκοί πρέπει να κατανοήσουν τις προκλήσεις της διαπολιτισμικής επικοινωνίας καθώς μόνο με αυτό το τρόπο θα είναι σε θέση να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους στην επικοινωνία και να στηρίζουν καλύτερα την εκπαίδευση των φοιτητών.

2.3.1 Μοντέλα πολιτιστικής επάρκειας που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην νοσηλευτική εκπαίδευση

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν πέντε βασικά μοντέλα / θεωρίες που αναπτύχθηκαν με βάση την πολιτιστική επάρκεια. Αυτά είναι εκείνα των Leininger (1991), Purnell και Paulanka (1998), Giger και Davidhizar (2004), Papadopoulos et al (1998) Josepha Campinha και Bacote (2007).

- **Πολιτισμική Ποικιλομορφία και Καθολικότητα της φροντίδας της Leininger (1991)**

Στόχος της θεωρίας της Leininger, είναι να διευρυνθούν οι γνώσεις και η πρακτική της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ώστε να επιτευχθεί πολιτισμικά ομοιογενής νοσηλευτική φροντίδα, ανεξάρτητα από το αν οι ασθενείς είναι πολιτιστικά διαφορετικοί ή παρεμφερείς. Οι βασικές παραδοχές της θεωρίας της Leininger είναι ότι:

- Οι πολιτισμοί έχουν μεταξύ τους ομοιότητες και διαφορές
- Διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, όπως η θρησκεία, η οικονομία, η εκπαίδευση, η πολιτική, η κοινωνική συνοχή, κ.α. επηρεάζουν τόσο τον τρόπο προσφοράς της φροντίδας σε κάθε χώρα όσο και την αντίληψη αυτής.
- Για την επίτευξη ενός επιπέδου φροντίδας που θα είναι πολιτισμικά αποδεκτό κατά τη διαχείριση καταστάσεων ασθένειας, αναπηρίας ή θανάτου, ή απλά για τη διατήρηση της υγείας υπάρχουν τρεις πιθανές επιλογές δράσης για το νοσηλευτή :
 - Διατήρηση / συντήρηση των παραδοσιακών μεθόδων φροντίδας
 - Σύνθεση παραδοσιακής και επαγγελματικής φροντίδας
 - Επαναπροσδιορισμός ή / και αναθεώρηση της πολιτισμικής διάστασης της φροντίδας

Το μοντέλο «Sunrise Model» ή «Model Culture Care», (Leininger, 2002) για την υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει επτά διαστάσεις που πρέπει να εξεταστούν προκειμένου να αποκτήσουν μια ολιστική αντίληψη του ασθενή. Οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με τα ακόλουθα:

- πολιτιστικές αξίες,
- πεποιθήσεις και τρόπους ζωής

- πολιτική και δίκαιο · συγγένειας και κοινωνίας
- Οικονομικά ζητήματα
- Θρησκεία και φιλοσοφία.
- Εκπαίδευση
- Τεχνολογίας (Leininger, 2002).

- **Μοντέλο των Papadopoulos et al (1998) για την Διαπολιτισμική Νοσηλευτική**

Οι Papadopoulos et al., (2004) υποστήριξαν ότι η πολιτισμική συνείδηση αρχίζει με την εξέταση προσωπικών αξιών και πεποιθήσεων. Αυτό περιλαμβάνει την αυτογνωσία, την πολιτιστική ταυτότητα, την κληρονομιά και τη συνειδητοποίηση του δυναμικού της εθνοκεντρικότητας. Οι πολιτισμικές γνώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κατανοήσουν τις ομοιότητες και τις διαφορές των πολιτισμικών ομάδων, καθώς και τις σχετικές ανισότητες που μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαρθρωτικών δυνάμεων στην κοινωνία, όπως οι άνισες σχέσεις εξουσίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Papadopoulos et al, 2004).

Η πολιτισμική ευαισθησία αφορά την ενσυναίσθηση, τις διαπολιτισμικές διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες και την εδραίωση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, γνωρίζοντας τι είναι κατάλληλο, τι μπορεί να τύχει αμοιβαίας αποδοχής και του σεβασμού (Papadopoulos et al., 2004).

- **Διαπολιτισμική Αξιολόγηση των Giger και Davidhizar (2004)**

Το μοντέλο διαπολιτισμικής αξιολόγησης των Giger και Davihizar για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης εντοπίζει έξι παράγοντες που οφείλουν οι φοιτητές να εξετάσουν:

- 1) την επικοινωνία (λεκτικά και μη λεκτικά συστήματα)
- 2) τον χώρο (πολιτιστικά κατάλληλη απόσταση μεταξύ ανθρώπων)
- 3) την κοινωνική οργάνωση (πώς οι πολιτιστικές ομάδες οργανώνονται γύρω από τις οικογένειες, τους κοινωνικούς ρόλους και τις πνευματικές πεποιθήσεις)
- 4) τον προσανατολισμό όσον αφορά το χρόνο
- 5) περιβαλλοντικός έλεγχος (πεποιθήσεις σχετικά με τη σχέση των ανθρώπων με το περιβάλλον τους)

- 6) τις βιολογικές παραλλαγές (γενετική βιολογική προδιάθεση και ποικιλομορφία εντός ομάδων) (Giger & Davidhizar, 2002).

Οι Giger και Davidhizar δηλώνουν ότι, αν και όλοι οι πολιτισμοί είναι διαφορετικοί, υπάρχουν διάφοροι οργανωτικοί παράγοντες που είναι κοινοί σε όλους. Ωστόσο, αυτό το μοντέλο δεν προϋποθέτει ότι κάθε άτομο που ανήκει σε μια εθνική ή πολιτιστική ομάδα θα συμπεριφέρεται ή θα ενεργεί με τον ίδιο τρόπο. Επομένως, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι απαραίτητο να θεωρείται κάθε άτομο ως πολιτιστικά μοναδικό και να αξιολογείται σύμφωνα με τα έξι προσδιορισμένα φαινόμενα αυτού του μοντέλου. Το μοντέλο εξετάζει επίσης τις μεταβλητές που επηρεάζουν την ανταπόκριση του νοσηλευτή και την προοπτική των ασθενών σε σχέση με την πολιτισμική ποικιλομορφία.

- **Πολιτισμική καταλληλότητα των Purnell και Paulanka (1998)**

Το μοντέλο των Davidhizar και του Giger θα μπορούσε να συσχετιστεί με το μοντέλο του Purnell (2002). Τα πρώτα πέντε στοιχεία της λίστας του Purnell παρακάτω είναι παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στο μοντέλο των Davidhizar και Giger το οποίο παρουσιάστηκε πιο πριν, αν και στην συνέχεια διαφέρει. Σύμφωνα με τους Purnell & Paulanka (2003), το μοντέλο Purnell για τις πολιτισμικές ικανότητες παρέχει ένα περιεκτικό, συστηματικό και συνοπτικό πλαίσιο για την εκμάθηση και κατανόηση του πολιτισμού.

Το μοντέλο των Purnell και Paulanka περιέχει ένα οργανωτικό πλαίσιο δώδεκα τομέων κοινών σε όλους τους πολιτισμούς. Σύμφωνα με αυτό υπάρχουν δώδεκα τομείς πληροφοριών που κατηγοριοποιούνται από τον Purnell. Πρόκειται για τους εξής:

- 1) Κατοικημένες περιοχές και τοπογραφία,
- 2) Επικοινωνία
- 3) Οικογενειακοί ρόλοι και οργάνωση
- 4) Θέματα εργατικού δυναμικού
- 5) Βιοπολιτισμική οικολογία
- 6) Συμπεριφορές υψηλού ρίσκου για την υγεία
- 7) Διατροφή
- 8) Εγκυμοσύνη και πρακτικές ανατροφής παιδιών
- 9) Τελετές για τον θάνατο
- 10) Πνευματικότητα

- 11) Πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης και
- 12) Επαγγελματίες του χώρου της υγείας.

- **Πολιτισμική Επάρκεια της Josepha Campinha-Bacote (2007)**

Η Campinha -Bacote ανέπτυξε για πρώτη φορά αυτό το μοντέλο το 1991 και το 1998 αναθεωρήθηκε για να γίνει γνωστό ως η διαδικασία της «Πολιτιστικής Ικανότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας». Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την ενσωμάτωση της πολιτιστικής συνείδησης, της πολιτιστικής γνώσης, των πολιτιστικών δεξιοτήτων, των πολιτιστικών συναισθημάτων και της πολιτιστικής επιθυμίας. Η Campinha-Bacote (1999) υποστηρίζει επιπλέον ότι για να μπορέσουν οι ασκούμενοι να κατανοήσουν πραγματικά μια συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα και την ποικιλομορφία μέσα σε αυτήν, οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να αναζητούν ενεργά ευκαιρίες συμμετοχής στο να συναντήσουν τα μέλη της ομάδας αυτής. Τέλος, προκειμένου να παρασχεθούν πολιτιστικά κατάλληλες υπηρεσίες, οι ασκούμενοι πρέπει να έχουν μια εγγενή περιέργεια ή να προσπαθούν «να θέλουν, αντί να πρέπει» (Campinha-Bacote, 1999) να αναλάβουν τις διαδικασίες που ενισχύουν την πολιτιστική αυτογνωσία και γνώση συνολικά όπως και των δεξιοτήτων και ενδιαφέρονται να αναζητήσουν ενεργά ευκαιρίες για να έρθουν σε επαφή με ανθρώπους άλλων πολιτισμών.

2.4 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας

Η ανάπτυξη πολιτιστικών ικανοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών που εργάζονται στο χώρο της υγείας όπως έχει ήδη αναφερθεί, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την προώθηση της ποιότητας και της ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο οι έως τώρα κινήσεις που έχουν γίνει για την αύξηση της πολιτιστικής επάρκειας των νοσηλευτών έχουν δείξει διαφορετικά επίπεδα αποτελεσματικότητας και δεν υπάρχει κοινό πλαίσιο σχεδιασμού και πραγματοποίησης των παρεμβάσεων αυτών (Gallagher & Polanin ,2015).

Αυτό που είναι ωστόσο κοινό για τις περισσότερες περιπτώσεις είναι ότι κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας υπάρχουν στερεότυπα για τις εκάστοτε πολιτισμικές ομάδες που εμποδίζουν την παροχή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας ή μειώνουν την αποτελεσματικότητά της. Σημαντικό είναι λοιπόν να αποφευχθούν τα στερεότυπα καθώς αυτά επιδεινώνουν μια ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ανάγκη ενσωμάτωσης ρητών και σοβαρών προβληματισμών σχετικά με την ιατρική δεοντολογία και

τα ανθρώπινα δικαιώματα, που προβλέπουν το κανονιστικό πλαίσιο και τον ηθικό προσανατολισμό των δραστηριοτήτων στον τομέα της υγείας με μεταναστευτικές και άλλες ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες (Knipper M., 2010).

Ωστόσο ακόμα και αν δεν υπάρχει πάντα συναίνεση για τις μεθόδους που θα ακολουθηθούν καθώς και για την αποτελεσματικότητα αυτών, η σημασία της πολιτισμικής ικανότητας σε κάθε νοσηλευτική πρακτική δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Οι προκαταλήψεις κατά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μπορούν να έχουν σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Abitz (2016), τα μοντέλα νοσηλευτικής πολιτιστικής ικανότητας μπορούν να προσφέρουν τις κατευθυντήριες γραμμές, για να διευκολύνουν την αξιολόγηση της κατανόησης των ασθενειών και της θεραπείας από τους ασθενείς

Στην μελέτη των (Logan et al.,2017) για την διερεύνηση της στάσης απέναντι στην αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας όσο και τη διαπολιτισμική προθυμία μεταξύ δυο πληθυσμών (Νοτιοανατολικής Ασίας και Αυστραλιανού) διαπιστώθηκε ότι οι αρνητικές στάσεις προς την αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας ήταν υψηλότερες στο δείγμα της Νοτιοανατολικής Ασίας ενώ αντίθετα, η διαπολιτισμική προθυμία αλληλεπίδρασης δεν συνδέθηκε με την εθνική κατάσταση, αλλά συνδέθηκε με το υψηλότερο άγχος, την αβεβαιότητα, τον εθνοκεντρισμό και την αναζήτηση βοήθειας, σύμφωνα με την τρέχουσα

Στην έρευνα των Li et al. (2016) για αντίληψη της αυτόαποτελεσματικότητας των νοσηλευτών σε νοσοκομεία της Κίνας, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές, μεγαλύτερης οι οποίοι έχουν μεγάλη επαγγελματική εμπειρία και υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, παρουσίαζαν υψηλότερη αντιληπτή διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα.

Στην έρευνα του Monteiro (2010) η οποία διεξήχθη στην Πορτογαλία για την διερεύνηση και την ανάλυση των απόψεων και των προσωπικών εμπειριών των νοσηλευτών από διάφορες μονάδες νοσοκομείων σε πολυπολιτισμικά πλαίσια σε σχέση με διάφορες εθνοτικές ομάδες όπως κοινότητες τσιγγάνων, μετανάστες και μειονοτικές ομάδες πορτογαλικού πληθυσμού με συγκεκριμένες πεποιθήσεις και θρησκευτικές αξίες, τα πιο σημαντικά εμπόδια που αναφέρθηκαν, ήταν οι δυσκολίες στη διαχείριση του φυσικού χώρου λόγω των διαφορετικών πολιτιστικών προτύπων και η έκθεση και ο χειρισμός του σώματος στην κλινική περίθαλψη (Λάμπρη, 2017).

Οι Aubrey et al. (2017) διαπίστωσαν ότι μεταξύ των γυναικών μεταναστριών που εξέτασαν εκδηλώθηκε προτίμηση για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποκλειστικά από

γυναίκες γιατρούς και νοσηλεύτριες, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό από την πλευρά του δήλωσε ικανοποιημένο από το θάρρος των γυναικών αυτών να εκφράσουν το αίτημά τους θέτοντας το ωστόσο στο επίπεδο της ισότητας των 2 φύλων. Από την άλλη πλευρά όμως το προσωπικό εξέφρασε ανησυχίες για την δυνατότητα ικανοποίησης αυτών των αιτημάτων, λόγω του φόβου της διαιώνισης και της επιδείνωσης των ανισοτήτων μεταξύ των δυο φύλων στην ιατρική και νοσηλευτική πρακτική αλλά και του βαθμού στον οποίο η λήψη αποφάσεων από τους ασθενείς ήταν απαλλαγμένη από ιδεοληψίες ή άλλες περιοριστικές αντιλήψεις.

Οι Henderson et al. (2011), μελετώντας την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που κρίνονται ως πολιτισμικά κατάλληλες για την αντιμετώπιση ή την πρόληψη χρόνιων ασθενειών, υποστηρίζει ότι οι εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, οι οποίοι είναι πολιτιστικά ικανοί και μπορούν να μιλήσουν παραπάνω γλώσσες από την μητρική τους, αποτελούν ένα κρίσιμο παράγοντα για την ανάπτυξη ενός ικανού και αποτελεσματικού μοντέλου υγειονομικής υπηρεσίας για συγκεκριμένες πολυπολιτισμικές κοινότητες.

Τέλος στην έρευνα των Cruz et al, (2017) η οποία διεξήχθη σε φοιτητές νοσηλευτικής στην Σαουδική Αραβία, τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι οι φοιτητές παρουσίαζαν υψηλότερη ικανότητα στις επικοινωνιακές δεξιότητες με πολιτιστικά διαφορετικούς ασθενείς και χαμηλότερα ποσοστά στην εξοικείωση με την πολιτισμική γνώση και την διαπολιτισμική θεωρία. Επιπλέον, οι συγγραφείς αναφέρουν ως σημαντικούς παράγοντες για την επίδραση στην πολιτισμική ικανότητα το φύλο, το ακαδημαϊκό επίπεδο, τη κλινική εμπειρία, τη προγενέστερη εκπαίδευση πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης καθώς και η εμπειρία πάνω σε θέματα φροντίδας ασθενών και των ασθενών με πολιτισμικές διαφοροποιήσεις ή αυτών που ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

2.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαπολιτισμική νοσηλευτική

Οι ρόλοι των διαπολιτισμικών νοσηλευτών στα πλαίσια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι πολλαπλοί καθώς ενδεικτικά θα πρέπει να λειτουργούν ως εξειδικευμένο κλινικό προσωπικό, εκπαιδευτές των φοιτητών και των ασθενών, διεπιστημονικοί σύμβουλοι, ερευνητές και άτομα με διοικητικές και λοιπές λειτουργικές ευθύνες στον χώρο του νοσοκομείου (Leininger, 2000). Ο Seisser, (2002) αναφέρει ότι μέσω της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ο νοσηλευτής λειτουργεί ως «πολιτιστικός μεσίτης», ηγέτης, μέντορας, μοντέλο ρόλου, συνεργάτης και μελετητής. Ο διαπολιτισμικός νοσηλευτής είναι αυτός που είναι εξοικειωμένος με τις αξίες, τις πρακτικές και τις πεποιθήσεις δύο ή περισσότερων

πολιτισμών. (Singh, McKay, & Singh, 1999). Για έναν ασθενή, τα οφέλη από τη συνεργασία με έναν διαπολιτισμικό νοσηλευτή μπορούν να περιλαμβάνουν μια καλύτερη εικόνα για το σύστημα και τις πρακτικές της υγειονομικής περίθαλψης, ένα αίσθημα αμοιβαίου σεβασμού και κατανόησης, την επιθυμία από την πλευρά του νοσοκομείου για παροχή και διατήρηση της γλωσσικής και πολιτισμικής διαφορετικότητας, καθώς και την επιθυμία του ασθενούς να συνεχίσει τη φροντίδα της υγείας του, καθώς και το ενδιαφέρον για να λαμβάνει προληπτικά μέτρα για την υγεία του. Οι ρόλοι των διαπολιτισμικών νοσηλευτών σύμφωνα με τους Kalayjian et al, (2010) είναι οι παρακάτω:

Εκπαιδευτής: Η διαπολιτισμική νοσηλευτική απαιτεί τόσο επίσημες όσο και ανεπίσημες εκπαιδευτικές διαδικασίες που αποσκοπούν στην εξασφάλιση της αρχικής και συνεχιζόμενης ικανότητας των επαγγελματιών της (Jeffreys, 2006) καθώς ανεξάρτητα από τον πρωτογενή ρόλο τους και τις ευθύνες τους, όλοι οι νοσηλευτές είναι και εκπαιδευτές των άλλων νοσηλευτών. Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές χρησιμεύουν ως εκπαιδευτές επίσης σε ασθενείς, οικογένειες, κοινότητες, προσωπικό και φοιτητές, τόσο σε επίσημες όσο και σε ανεπίσημες συνθήκες. Οι ακαδημαϊκές και βιοματικές απαιτήσεις για τον ρόλο του εκπαιδευτή σε κάθε χώρα διαφέρουν κάτι το οποίο ισχύει και στην περίπτωση των διαπολιτισμικών νοσηλευτών. Επίσης, οι διαπολιτισμικοί εκπαιδευτές σχεδιάζουν, υλοποιούν και αξιολογούν τις μαθησιακές δραστηριότητες στην προσπάθειά τους να ενεργοποιήσουν τους εκπαιδευόμενους (φοιτητές και επαγγελματίες) για να είναι οι τελευταίοι σε θέση να ικανοποιούν τις ανάγκες φροντίδας με βάση το πολιτισμικό υπόβαθρο των διαφόρων ασθενών, των οικογενειών τους, καθώς και των κοινοτήτων τους. Σύμφωνα με τους συγγραφείς οι επιρροές που επηρεάζουν την νοσηλευτική εκπαίδευση και τον ρόλο του εκπαιδευτή περιλαμβάνουν την ειδικευση στο νοσηλευτικό πολιτισμικό υπόβαθρο καθώς και τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στο εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών αλλά και τα χαρακτηριστικά των πληθυσμών που είναι οι αποδέκτες της υγειονομικής περίθαλψης. Επιγραμματικά ο ρόλος του νοσηλευτή-εκπαιδευτή περιλαμβάνει τόσο την εκπαίδευση του προσωπικού όσο και την εκπαίδευση των ασθενών μέσω των παρακάτω ενεργειών:

- (α) Παροχή κατάλληλου μαθησιακού περιβάλλοντος και διευκόλυνση της εκπαίδευσης ενηλίκων
- (β) Εξασφάλιση ότι οι εκπαιδευόμενοι συμμετέχουν ενεργά στην εκτίμηση των αναγκών και των αποτελεσμάτων μάθησης
- (γ) Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μαθησιακών αποτελεσμάτων στην κλινική πρακτική

(α) Ενσωμάτωση σχετικών στοιχείων στο σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των απαιτήσεων κλινικής πρακτικής

(β) Διευκόλυνση της ανάπτυξης των γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού στη διαδικασία έρευνας

Ερευνητής: Ο στόχος της διεπιστημονικής νοσηλευτικής έρευνας είναι να αποκτήσει βαθιά και ουσιαστική γνώση γύρω από την διαπολιτισμική νοσηλευτική και να αξιολογήσει αποτελεσματικές πρακτικές της νοσηλευτικής φροντίδας που είναι αποδεκτές από πολιτιστικής απόψεως. Άλλος στόχος είναι η διάδοση και η αξιοποίηση της έρευνας καθώς και ότι οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές δοκιμάζουν μεθόδους που συνδέονται με τους ασθενείς που δεν καλύπτονται από τις υπάρχουσες μεθόδους, κάτι που ισχύει για τους ευπαθείς πληθυσμούς.

Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές είναι νοσηλευτές, εκπαιδευτές και ερευνητές που ασκούν έργο τόσο σε κλινικό όσο και σε ακαδημαϊκό και οργανωτικό επίπεδο ενώ μέσω αυτών των ρόλων τους επηρεάζουν την εκπαίδευση των νοσηλευτών συνολικά, τις ακολουθούμενες πρακτικές και τις πολιτικές της υγειονομικής περίθαλψης, βελτιώνοντας τα αποτελέσματα της και ελαχιστοποιώντας τις ανισότητες μεταξύ ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων(Kalayjian et al, 2010).

3. Εφαρμογές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

Από όσα έχουν ήδη αναφερθεί συμπεραίνει κανείς ότι η πρόκληση στην σημερινή ολοένα και πιο πολυπολιτισμική κοινωνία είναι να γίνουν οι επαγγελματίες στον χώρο της υγείας τα κατάλληλα άτομα που θα προασπίσουν την πολιτισμική και κοινωνική δικαιοσύνη καθώς και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τους πληθυσμούς που είναι ανίσχυροι και εξαρτώνται από άλλους για να αντιμετωπίσουν τις περίπλοκες ευπάθειές τους. Το βασικό απαιτούμενο για να αναληφθεί αυτή η δράση είναι να αναπτυχθεί ο αριθμός των επαγγελματιών του τομέα της υγείας με τις κατάλληλες πολιτιστικές ικανότητες. Ο Campinha-Bacote (2007) αναφέρει την «πολιτιστική επιθυμία» ως το κύριο κίνητρο για την ανάπτυξη των πολιτιστικών ικανοτήτων, την απόκτηση κριτικής γνώσης του εαυτού του αλλά και των άλλων, την απόκτηση πολιτισμικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση πολιτισμικών διαφορών και την ενεργή ενασχόληση με διάφορες άλλες ομάδες πέραν για την προώθηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Η συμπόνια έχει εντοπιστεί από συγγραφείς (Crigger, Brannigan & Baird 2006) ως το κίνητρο που απαιτεί ένα άτομο να ενεργεί για λογαριασμό άλλων. Η συμπόνια είναι η επιθυμία να βοηθήσουμε, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με μια κατανόηση των παθήσεων ή την δυσφορία των άλλων. Η συμπόνια έρχεται από την ενσυναίσθηση των προβλημάτων που βιώνουν άλλα άτομα και την επακόλουθη δέσμευση κάποιου ατόμου να ενεργήσει για να ανακουφίσει τα προβλήματα αυτά. Επίσης σημαντικό είναι να γίνει κατανοητό ότι κάποιος έχει περισσότερες ομοιότητες παρά διαφορές με τους άλλους και σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Η πίστη στη συλλογική ταυτότητα και την αλληλεξάρτηση της ανθρωπότητας προωθεί την ενσυναίσθηση και τις παρηγορητικές ενέργειες όπως αναφέρει η ο Nussbaum (1997).

Η πεποίθηση ότι οι ανθρώπινες ομάδες είναι ουσιαστικά αλληλένδετες και δικαιούνται τα ίδια θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα δημιουργεί τη βάση για την υπεράσπιση αυτών των δικαιωμάτων όχι μόνο για τον νοσηλευτή αλλά και για τους άλλους. Εάν ο νοσηλευτής πιστεύει στην αρχή ότι όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα να έχουν πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη και να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια, η συμπεριφορά του θα είναι σύμφωνη με αυτήν την πεποίθηση και το συνολικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών και της προσπάθειάς του θα αποτυπωθεί στην υγεία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων οι οποίες κατά κανόνα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τα οποία

πηγάζουν από τις διαφορετικές αντιλήψεις και πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των ατόμων διαφόρων κοινωνικών ομάδων.

3.1 Μετανάστες

Οι μετανάστες είναι κοινά αποδεκτό ότι αποτελούν σε αρκετές περιπτώσεις έναν ευάλωτο πληθυσμό, αλλά υπάρχει ανομοιογένεια στο βαθμό στον οποίο είναι ευάλωτοι σε ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη. Ο όρος «ευάλωτος πληθυσμός» αναφέρεται σε μια κοινωνική ομάδα που διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και να λάβει ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη (Derose et al.,2007). Η ευπάθεια αυτή διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η πολιτική και κοινωνική περιθωριοποίηση και η έλλειψη κοινωνικοοικονομικών πόρων οι οποίοι διατίθενται για αυτό το σκοπό. Η αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των πληθυσμών των μεταναστών αποτελεί πρόκληση τόσο λόγω της ανομοιογένειας αυτής της ομάδας όσο και επειδή σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά δεν έχουν καν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των μεταναστών στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, σχετίζονται πολλές φορές σε άλλους λόγους όπως η κατοχή εγγράφων παραμονής κ.α. γεγονός που τους διαχωρίζει σε νόμιμους και μη, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ευπάθειά τους σε υγειονομικό επίπεδο.



Εικόνα 2 Μητέρες πρόσφυγες Rohingya περιμένουν να εξεταστούν τα παιδιά τους σε κέντρο θεραπείας εξωτερικών ασθενών (OTP) στο Unchirang προσωρινή εγκατάσταση στο Teknaf, Bazar Cox, Μπαγκλαντές, 2018.»²

² Πηγή: <https://news.un.org/en/story/2018/07/1015192>

Σε επίπεδο Ε.Ε. η μεταναστευτική κρίση των τελευταίων ετών η οποία είναι γνωστή και ως προσφυγική κρίση, αφορά την άφιξη μεγάλου αριθμού ατόμων που φθάνουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω θάλασσας ή χερσαία μέσω της Νοτιοανατολικής Ευρώπης σε ευθεία σύνδεση με την μεταναστευτική κρίση της Τουρκίας. Είναι ένα φαινόμενο το οποίο ξεκίνησε μαζικά να παρουσιάζεται το 2015 και μέχρι σήμερα παρόλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει δεν έχει διευθετηθεί οριστικά. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της κρίσης είναι ότι στους πληθυσμούς αυτούς περιλαμβάνονται τόσο πρόσφυγες λόγω πολεμικών συρράξεων στην Μέση Ανατολή οι οποίοι αιτούνται άσυλο όσο και οικονομικοί μετανάστες (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, 2016). Σύμφωνα με την Υπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες, οι τρεις πρώτες εθνικότητες των νεοεισερχόμενων από τις περισσότερες από μία εκατομμύρια αφίξεις της Μεσογείου στη θάλασσα από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Μάρτιο του 2016 ήταν Συρία (46,7%), Αφγανιστάν (20,9%) και Ιράκ (9,4%) (UNHCR, 2015). Χαρακτηριστικό της έντασης του φαινομένου είναι ότι ο συνολικός αριθμός των ατόμων που εκτοπίστηκαν ή μετακινήθηκαν από τις χώρες τους σε όλο τον κόσμο στα τέλη του 2014 ανήλθε σε σχεδόν 60 εκατομμύρια, το υψηλότερο επίπεδο μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (UNHCR, 2015).

Όσον αφορά τις Η.Π.Α., οι μετανάστες στις Ηνωμένες Πολιτείες αντιπροσωπεύουν μια αρκετά μεγάλη και ταχέως αναπτυσσόμενη ομάδα που ανήλθε περίπου σε 47 εκατομμύρια ανθρώπους ή το 14.4% του πληθυσμού των ΗΠΑ το 2015 (ΟΗΕ, 2017). Το ποσοστό αυτό είναι διπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο του ό το 1970 και δεν δείχνει σημάδια μείωσης με τους περισσότεροι από αυτούς να προέρχονται από τη Λατινική Αμερική.

Βασική πτυχή της υγείας των μεταναστών είναι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι περισσότερες χώρες επιτρέπουν στους μετανάστες να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, αλλά είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι έχουν ευρύτερη καθολική πρόσβαση στην υγεία με έμφαση στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι Padilla και Miguel (2009) αναφέρουν ότι τα κράτη μέλη (σε επίπεδο Ε.Ε.) θα πρέπει να κατανοήσουν ότι οι πρώιμες επενδύσεις για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των νέων αφίξεων θα βελτιώσουν μακροπρόθεσμα τη δημόσια υγεία. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο πλαίσιο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, υπάρχει ελεύθερη πρόβλεψη για άμεση υγειονομική περίθαλψη ανεξαρτήτως της ικανότητας πληρωμής αυτών καθώς και δωρεάν υγειονομική περίθαλψη για μολυσματικές ασθένειες όπως η φυματίωση. Στην Πορτογαλία, από το 2001

επιτρέπεται σε όλους τους μετανάστες, ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Πρέπει να αναγνωριστεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η κακή κατάσταση της υγείας των μεταναστών οφείλεται στην έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Διάφοροι καθοριστικοί παράγοντες, όπως το νομικό καθεστώς, η παιδεία και το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και οι γλωσσικές δεξιότητες μπορούν είτε να διευκολύνουν είτε να παρεμποδίσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Padilla & Míguel, 2009).

Αντίστοιχα και στις Η.Π.Α., το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της απασχόλησης και το εισόδημα έχουν βρεθεί ως οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα αλλά και έμμεσα την πρόσβαση των μεταναστών σε πόρους της υγειονομικής περίθαλψης (Derose et al., 2007). Επίσης έχει βρεθεί ότι συνολικά, οι μετανάστες είναι περισσότερο πιθανό να ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν στα Η.Π.Α. με γονείς που δεν έχουν πολιτογραφηθεί, έχουν επίσης χαμηλότερα ποσοστά ασφάλισης υγείας από τα παιδιά που έχουν γεννηθεί από Αμερικανούς. Οι ανισότητες εμφανίζονται και σε άλλα μέτρα υγειονομικής πρόσβασης, όπως η έλλειψη τακτικής φροντίδας, η μη επίσκεψη ιατρού ή οδοντιάτρου κατά το παρελθόν έτος ή ο μικρότερος αριθμός επισκέψεων ακόμη και μετά την κάλυψη της ασφάλισης όσον αφορά την υγεία τους (Berk et al., 2000).

Αν και οι ανισότητες όσον αφορά την ασφάλιση και την πρόσβαση στην περίθαλψη των μεταναστών οφείλονται εν μέρει στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το νομικό καθεστώς, σημαντικό ρόλο παίζει και η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής (Dodoo, 1997) καθώς οι ενήλικες με περιορισμένη γνώση της γλώσσας και τα παιδιά τους είναι πολύ λιγότερο πιθανό να έχουν ασφάλιση, έχουν λιγότερες ιατρικές επισκέψεις και λαμβάνουν λιγότερη προληπτική φροντίδα από όσους μιλούν την γλώσσα της χώρας υποδοχής. Η περιορισμένη γνώση της γλώσσας είναι επίσης πιθανό να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι μετανάστες ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα και χαμηλότερη κατανόηση της ιατρικής κατάστασής τους. Στην περίπτωση της παροχής διερμηνείας, οι επαγγελματίες εκπαιδευμένοι διερμηνείς είναι σπάνιο να υπάρχουν σε δομές υγείας ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις η διερμηνεία παρέχεται από μέλη της οικογένειας, νοσηλευτικό προσωπικό και άλλους ασθενείς και είναι συνήθως χαμηλής ποιότητας. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η περιορισμένη γλωσσική επάρκεια επηρεάζει επίσης την ασφάλεια των ασθενών αυξάνοντας

την πιθανότητα μιας ανεπιθύμητης αντίδρασης σε μια φαρμακευτική αγωγή που προκύπτει από προβλήματα κατά την κατανόηση των οδηγιών. Η παροχή γραπτών οδηγιών στη μητρική γλώσσα των ασθενών δεν είναι πάντοτε μια αποτελεσματική λύση, δεδομένου ότι ορισμένοι μετανάστες -ιδιαίτερα εκείνοι που είναι μεγαλύτεροι και έχουν λιγότερο τυπική εκπαίδευση- έχουν περιορισμένο αλφαριθμητισμό και στις μητρικές τους γλώσσες.

Ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό όσον αφορά τις Η.Π.Α. είναι ότι σύμφωνα με την έρευνα των Derose et al. (2007) υπάρχουν ενδείξεις ότι οι περισσότεροι μετανάστες, τουλάχιστον όσοι είναι νέοι και έρχονται στις Ηνωμένες Πολιτείες κυρίως για εργασία, είναι σχετικά υγιείς και συχνά παρουσιάζουν καλύτερα δεδομένα όσον αφορά την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλότερης θνησιμότητας, από τους ομολόγους τους που έχουν γεννηθεί στα Η.Π.Α. Ωστόσο, η υγεία των μεταναστών φαίνεται να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου στις Ηνωμένες Πολιτείες και οι δείκτες υγείας τους προσεγγίζουν εκείνους του γενικού πληθυσμού. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό είναι αρκετοί, συμπεριλαμβανομένης της υιοθέτησης ανθυγιεινών συνηθειών και της διαβίωσης τους σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Ωστόσο, η έλλειψη πρόσβασης στην περίθαλψη είναι πιθανό να αποτελέσει έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου. Αυτό περιλαμβάνει τη μειωμένη πρόσβαση τόσο στις ιατρικές υπηρεσίες όσο και στις υπηρεσίες και προγράμματα δημόσιας υγείας (για παράδειγμα τους εμβολιασμούς).

Συνεχίζοντας, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ορισμένες ασθένειες διαδίδονται περισσότερο λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η έλλειψη ή περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, στην πρόληψη και στην θεραπεία ασθενειών (Almeida & Thomas, 1996). Άλλες μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι οι νεοεισερχόμενοι και οι παράνομοι μετανάστες τείνουν να αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας, ενισχύοντας τον κύκλο της φτώχειας και του αποκλεισμού. Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι μετανάστες έχουν υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων από τους μόνιμους κάτοικους μιας χώρας και σε ορισμένες περιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων όπως η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και τα πολιτιστικά εμπόδια, μεταξύ άλλων (Padilla & Miguel, 2009).

Λόγω των διαφορετικών χαρακτηριστικών και αναγκών, η αποτελεσματική κάλυψη και παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να παρέχεται με έναν πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο ο οποίος λαμβάνει υπόψη τουλάχιστον απλές πτυχές όπως η γλώσσα και ο πολιτισμός. Για

παράδειγμα, η υγεία των γυναικών και των παιδιών ενδέχεται να διακυβεύεται εάν δεν ληφθούν υπόψη οι πολιτιστικές πτυχές.

Μια άλλη σημαντική πτυχή της αντιμετώπισης της προσβασιμότητας είναι η καταπολέμηση των διακρίσεων. Όταν οι πολιτικές ή οι υπηρεσίες δημιουργούν διακρίσεις όσον αφορά την προέλευση, το φύλο, τη θρησκεία ή την ηλικία, οι ήδη ευάλωτοι πληθυσμοί αποκλείονται περαιτέρω. Δεδομένου ότι οι μετανάστες υπόκεινται σε πολλές μορφές διακρίσεων, μια άλλη πρόκληση είναι να προωθηθεί η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην εξάλειψη διακρίσεων όπως το φύλο, η εθνοτική καταγωγή κ.α.

Τόσο η μη διάκριση όσο και η πολιτισμική ευαισθησία όπως ήδη αναφέρθηκε απαιτούν μια διαδικασία κατάλληλης μάθησης και εκπαίδευσης ειδικά για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρέπει να είναι ευρεία και ολοκληρωμένη και πρέπει να περιλαμβάνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική περίθαλψη. Η προαγωγή της υγείας θα πρέπει να προσανατολίζεται προς ειδικές στοχοθετημένες παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης για την υγεία, η οποία φτάνει στον πληθυσμό που έχει ανάγκη. Η πρόληψη ασθενειών περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υγείας και συγκεκριμένες αναλύσεις για τον πληθυσμό-στόχο είτε στη χώρα προέλευσης είτε στον προορισμό. Επιπλέον, η πρόληψη των ασθενειών πρέπει να προσφέρει την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε εκείνους που μπορεί να χρειαστούν. Όσον αφορά τη θεραπεία, μια ευρεία προσέγγιση όσον αφορά τη στόχευση της πρόσβασης σε όλους φαίνεται να είναι η καλύτερη προσέγγιση. Επίσης λόγω του δεδομένα χαμηλού ποσοστού ασφάλισης υγείας μεταξύ των μη νόμιμων και νόμιμων μεταναστών, απαιτούνται πολιτικές για την επέκταση της πρόσβασης στην ασφάλιση ασθενείας και στους χώρους παροχής υγειονομικής φροντίδας.

3.2 Θρησκευτικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και νοσηλευόμενων

Στην έρευνα των Sidumo et al (2010) σχετικά με τους μη μουσουλμάνοι νοσηλευτές που εργάζονται σε μαιευτικές μονάδες της Σαουδικής Αραβίας, έγινε αξιολόγηση της πολιτιστικής γνώσης των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες ενός νοσοκομείου στη Σαουδική Αραβία. Σκοπός της μελέτης ήταν:

- Να αξιολογήσει τις γνώσεις των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών σχετικά με τις πολιτιστικές πρακτικές που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό των γυναικών στη Σαουδική Αραβία
- Να διερευνήσει τις γνώσεις των μη μουσουλμάνων νοσηλευτών σχετικά με τα πολιτιστικά ταμπού, τις τελετουργίες και τις πεποιθήσεις υγείας, όπως εφαρμόζονται από τις γυναίκες της Σαουδικής Αραβίας.



Εικόνα 3 « Φροντίδα σε Μουσουλμάνους ασθενείς»,³

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 50 μη μουσουλμάνες νοσοκόμες που εργάζονταν στο συμμετέχον νοσοκομείο και παρείχαν φροντίδα στις γυναίκες της μαιευτικής μονάδας του νοσοκομείου. Από τους 50 ερωτηθέντες το 94% ήταν χριστιανοί με την πλειονότητα των ερωτηθέντων (88%) να έχουν σημαντική εμπειρία (88%) στην εν λόγω κλινική. Ξεκινώντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων οι συγγραφείς αναφέρουν ότι όταν οι νοσηλευτές κατά την είσοδο των κυοφορούντων γυναικών στο νοσοκομείο τους ζήτησαν να αναγράψουν τα βότανα που χρησιμοποίησαν σαν φυτικές θεραπείες, η πλειονότητα (86%) δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοια ονόματα βοτάνων. Το στοιχείο αυτό φανερώνει ότι υπάρχει κενό στην κατανόηση κάποιων πτυχών της εργασίας τους και μάλιστα το κενό αυτό οφείλεται σε

³ Πηγή: https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0026/157418/islamgde2ed-s1.pdf

πολιτιστικά δεδομένα. Επιπλέον, από τους ερωτηθέντες το 60% περιελάμβανε πάντοτε πολιτιστικές πτυχές στα σχέδιά τους για νοσηλευτική φροντίδα, ενώ το 18% δήλωσαν ότι το έκαναν περιστασιακά και το 16% ποτέ. Οι μουσουλμανικές πολιτισμικές πρακτικές που συνδέονται με τον πλακούντα και τον ομφάλιο λώρο ορίζουν ότι ο πλακούντας πρέπει να παραδοθεί στην οικογένεια για να στείλει σπίτι για ταφή καθώς οι μουσουλμανικές οικογένειες πιστεύουν ότι είναι μια συμβολική επιστροφή του πλακούντα στον δημιουργό του (Αλλάχ). Από τους ερωτηθέντες, το 54% έδειξε ότι δεν γνώριζαν τι συμβαίνει στον πλακούντα, ενώ μόλις το 22% δήλωσε ότι οι μουσουλμάνοι θα έπαιρναν τον πλακούντα σπίτι για ταφή ενώ αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν όσον αφορά τις συνήθειες των γυναικών για τον ομφάλιο λώρο.

Όσον αφορά τις πολιτιστικές πεποιθήσεις μουσουλμάνων γυναικών σχετικά με το θηλασμό το 28% ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν ποιες ήταν οι στάσεις των μουσουλμάνων γυναικών σε σχέση με το θηλασμό ενώ σε αντίθεση με αυτό το αποτέλεσμα, το 28% ανέφερε ότι οι γνώριζαν τη σημασία του θηλασμού για τις Μουσουλμάνες γυναίκες και ήταν υπερήφανοι που οι μητέρες προτιμούσαν να θηλάσουν. Σύμφωνα με τον Roberts (2003) οι ανησυχίες σχετικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής θα μπορούσαν να εμποδίσουν τη Μουσουλμάνη μητέρα να θηλάσει παρουσία άλλων ανθρώπων. Όσον αφορά τα τελετουργικά που ακολουθούνται από τον Μουσουλμάνο πατέρα μετά τη γέννηση, το 22% ανέφερε ότι δεν γνώριζε τι τελετουργίες εκτελεί ο πατέρας στο νεογέννητο μωρό. Συνεχίζοντας με τα ταμπού των Μουσουλμάνων σχετικά με τα φάρμακα και τα τρόφιμα, το 56% ανέφερε ότι δεν γνώριζε ποια ταμπού σχετίζονται με τη χρήση φαρμάκων στους μουσουλμάνους. Στην συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους σχετικά με τη γλώσσα, τον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές της υγειονομικής περίθαλψης της Σαουδικής Αραβίας. Οι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι είχαν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές της υγειονομικής περίθαλψης της Σαουδικής Αραβίας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το 74% ανέφερε ότι είχε λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση πολιτιστικής ευαισθητοποίησης από τους πράκτορες πρόσληψης πριν εγκαταλείψουν τις χώρες τους για τη Σαουδική Αραβία, ενώ το 86% των συμμετεχόντων επιθυμούν να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχετικά με τον πολιτισμό της Σαουδικής Αραβίας, ειδικά θέματα που σχετίζονται με την προγεννητική φροντίδα, τις ακολουθούμενες πρακτικές καθώς και τις θηλαστικές πρακτικές.

Το συνολικό συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα δεν είχαν κατάλληλες πολιτισμικές γνώσεις σχετικά με τη χρήση βοτάνων από

γυναίκες της Σαουδικής Αραβίας όπως και τις ασθένειες που αφορούν ειδικά τον πληθυσμό της Σαουδικής Αραβίας, τις πολιτιστικές πρακτικές κατά την περίοδο μετά τον τοκετό και τον θηλασμό, τις πρακτικές που αφορούν την διάθεση του πλακούντα και του ομφάλιου λώρου και τα ταμπού για τα φάρμακα και τα τρόφιμα. Τέλος το 60% δεν είχαν την κατάλληλη πολιτιστική γνώση για τις επικρατούσες αντιλήψεις στη Σαουδική Αραβία, ενώ 86% δήλωσε ότι ενδιαφέρονται για εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχετικά με τον πολιτισμό της Σαουδικής Αραβίας.

3.3 Αφροαμερικανές γυναίκες

Οι Αφροαμερικανές γυναίκες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τις αντίστοιχες γυναίκες στην Ευρώπη. Όπως αναφέρουν οι Shambley-Ebron & Boyle (2004), ακόμη και τώρα, στον 21ο αιώνα, οι Αφροαμερικανές γυναίκες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ένα άνισο μερίδιο χρόνιων ασθενειών χωρίς να υπάρχουν σημάδια ύφεσης ενώ επίσης συμπληρώνουν ότι η νοσηλευτική έχει ζωτικό ρόλο στην αντιστροφή αυτής της τάσης. Η πολιτισμική γνώση θα πρέπει να περιλαμβάνει τον εντοπισμό των πολιτιστικών αξιών και των σχετικών πρακτικών που προάγουν την υγεία για τις Αφροαμερικανές γυναίκες. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές, εκτεταμένα συστήματα υποστήριξης των οικογενειακών δικτύων, τα οποία μπορούν να χρησιμεύσουν για την προώθηση και τη διατήρηση της υγείας των γυναικών αυτών.



Εικόνα 4 «Αφροαμερικανίδα δέχεται νοσηλευτικές υπηρεσίες»⁴

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενσωματώνουν, όταν ενδείκνυται, τις πολιτιστικά κατάλληλες πρακτικές στο σχέδιο περίθαλψης. Τις περισσότερες φορές, η νοσηλευτική γνώση και η πρακτική προέρχονται από το «Ευρωκεντρικό» πεδίο (Shambley-Ebron & Boyle, 2004). Οι θεωρίες περίθαλψης δημιουργήθηκαν και κατασκευάστηκαν κατά κύριο λόγο από Ευρωπαϊκές γυναίκες στις Η.Π.Α., των οποίων το υπόβαθρο και οι εμπειρίες διαφέρουν πολύ από εκείνες των Αφροαμερικανών γυναικών. Αν και τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αντιληπτή η ανάγκη να κατανοηθούν οι διαφορετικές κοσμοθεωρίες όταν παρέχεται φροντίδα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών δυστυχώς λόγω του ότι η Αφροαμερικανική κουλτούρα συνυπήρχε για πολύ καιρό με τον Αμερικάνικο πολιτισμό των λευκών, γίνεται εύκολο να υποθέσουμε ότι η αφομοίωση έχει διαγράψει αιώνες ιστορίας και πολιτιστικές αξίες και παραδόσεις που έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην υγεία των Αφροαμερικανών. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι παραδείγματα όπως αυτά των Αφροαμερικανών γυναικών επιτρέπουν στους νοσηλευτές να εξετάσουν τα πολιτισμικά πρότυπα, στερεότυπα και προκαταλήψεις που σχετίζονται με αυτή τη φυλή.

⁴Πηγή: <https://consumer.healthday.com/cancer-information-5/mis-cancer-news-102/despite-gains-black-americans-still-have-highest-cancer-death-rate-742671.html>

3.4 Διερεύνηση της διαπολιτισμικής νοσηλευτική στην Τανζανία

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν οι εμπειρίες σε πρακτικό επίπεδο από την εφαρμογή ενός διαπολιτισμικό σεμιναρίου νοσηλευτικής που έλαβε χώρα το 2010 στην Τανζανία όπως αναφέρονται από τη Owens (2012). Το πλαίσιο στο οποίο κινήθηκε το εν λόγω σεμινάριο είναι οι Αρχές Ανάπτυξης Πολιτιστικών Ικανοτήτων της Leininger. Σκοπός του σεμιναρίου ήταν να δώσει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να μάθουν για τις πεποιθήσεις των Τανζανών σχετικά με την κουλτούρα, την υγεία και τις ασθένειες αλλά και τις ακολουθούμενες πρακτικές. Επίσης σκοπός ήταν να αποτυπωθούν οι διαφορές και οι ομοιότητες μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Τανζανία σε σύγκριση με τις Ηνωμένες Πολιτείες.



Εικόνα 5 «Εσωτερικό ενός νοσοκομείου στην Αφρική»⁵

Σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι φοιτητές που συμμετείχαν στο εν λόγω σεμινάριο είχαν περάσει ένα εξάμηνο μαθαίνοντας για τις γλώσσες, την κουλτούρα, τη θρησκεία, την υγεία και τις πεποιθήσεις και τις αξίες των Τανζανών όπως και τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης της Τανζανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Η συγγραφέας αναφέρει ότι ήδη από την άφιξη των ατόμων στο αεροδρόμιο έγιναν αντιληπτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κουλτούρας των Τανζανών. Συγκεκριμένα, οι χαιρετισμοί είναι πολύ σημαντικοί και χαιρετίζουν ο ένας τον άλλον με μια σωστή χειραγγία κρατώντας το χέρι του άλλου για τουλάχιστον ένα λεπτό.

⁵ Πηγή: <https://www.imt.ie/features-opinion/building-a-college-without-walls-23-07-2011/>

Η ομάδα παρακολουθώντας τις πολιτισμικές διαφορές παρατήρησε ότι οι Τανζανοί δίνουν αξία στην ευγένεια. Χαιρετίζονται στη γλώσσα Σουαχίλι ("Karibu" και "Asante Sana") με εκτεταμένη χειραψία, ενώ ρωτά ο ένας τον άλλον για την ευημερία της οικογένειάς τους. Όπως αναφέρει η συγγραφέας είναι σημαντικό κάποιος να προβεί στον αντίστοιχο χαιρετισμό πριν ξεκινήσει κάποια συζήτηση. Οι Τανζανοί επίσης όπως αναφέρεται ζουν κυρίως με τα προϊόντα που παράγουν οι ίδιοι ενώ η οικονομία τους κατατάσσεται ανάμεσα στις φτωχότερες του κόσμου. Η τήρηση αυστηρού χρονοδιαγράμματος και η έγκαιρη προσέλευση σε κάποιο ραντεβού δεν θεωρούνται αναγκαιότητα από τους περισσότερους Τανζανούς. Η γεωργία απασχολεί περίπου τα 2/3 των εργαζόμενων Τανζανών ενώ ο τουρισμός είναι επίσης σημαντικός για την οικονομία. Μια ευρεία οικογένεια που ζουν μαζί σε ένα σπίτι είναι πολύ κοινό φαινόμενο στην χώρα αυτή. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στα νοσοκομεία της χώρας το επίπεδο της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας είναι ιδιαίτερα χαμηλό ενώ σε ποσοστό 90% οι νοσηλευόμενοι είναι ασθενείς του AIDS σε τελικό στάδιο.

Το συμπέρασμα του άρθρου είναι ότι οι φοιτητές ζώντας εκ των έσω το νοσηλευτικό σύστημα της χώρας αυτής, εξέφρασαν την ανάγκη αποδοχής πολιτιστικών διαφορών, των πεποιθήσεων για την υγεία, των ασθενειών και των πρακτικών που ακολουθούνται για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Επίσης η αντιμετώπιση μιας τόσο ειδικής κατάστασης όπως αυτή στη Τανζανία όπου το 90% των νοσηλευόμενων είναι ασθενείς του AIDS οδηγεί στην ανάγκη διατήρησης μιας ευρείας, αντικειμενικής και ανοικτής στάσης απέναντι στα άτομα και τους πολιτισμούς τους (Alligood & Tomey, 2009). Επιπλέον, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναπτύσσουν πολιτιστικές ικανότητες με διάφορους τρόπους, αλλά τα βασικά στοιχεία είναι η εμπειρία με άτομα άλλων πολιτισμών, η συνειδητοποίηση αυτής της εμπειρίας αλλά και η προώθηση του αμοιβαίου σεβασμού.

3.5 Εμπειρίες Σουηδών σπουδαστών νοσηλευτικής σε νοσοκομείο της Τανζανίας

Στην μελέτη αυτή οι Sandin et al. (2004) περιγράφουν τις εμπειρίες μιας ομάδας νοσηλευτών από τη Σουηδία σε ένα νοσοκομείο στην Τανζανία η οποία ως κύριο σκοπό είχε την κατανόηση της αξίας και των διαφορών στις συμπεριφορές που αντιμετώπισαν σε σχέση με το πολιτιστικό πλαίσιο αναφοράς τους. Αυτό το έργο αντανάκλυνε τη σημασία της εργασίας μέσω της εμπειρίας των μαθητών, εάν η γνώση και η κατανόηση του εαυτού και των άλλων πρέπει να ενισχυθούν ή να αναπτυχθούν.. Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι

παρόλο που οι σπουδαστές αντιμετώπισαν αισθήματα αναστάτωσης και απογοήτευσης λόγω των διαφορετικών συνθηκών που αντιμετώπισαν, εντούτοις διδάχτηκαν πολύτιμα μαθήματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό έργο μπορεί να διεξαχθεί υπό συνθήκες εντελώς διαφορετικές από εκείνες που τους είναι γνωστές.



Εικόνα 6 «A world with no operating rooms»⁶

Οι σπουδαστές περιέγραψαν ότι βίωσαν «ένα πολιτιστικό σοκ» καθώς από τις πρώτες στιγμές υπήρξε σύγκρουση με τον αφρικανικό πολιτισμό και τις συνήθειες της χώρας αυτής. Επίσης δήλωσαν ότι «η προηγούμενη εμπειρία μου ήταν άχρηστη» φανερώνοντας έτσι ότι δεν ήταν δυνατόν να λειτουργήσουν σύμφωνα με τα πλαίσια αναφοράς που είχαν συνηθίσει έως τότε.

Αντίθετα, οι φοιτητές που είχαν ξαναπάει σε χώρα της Αφρικής αισθάνθηκαν πιο οικεία δήλωσαν πιο χαλαροί και ήταν πιο προετοιμασμένοι για το τι τους περίμενε.

Κάποιοι φοιτητές δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν απροετοίμαστοι και ανεπαρκώς ενημερωμένοι για το τι επίκειται να συναντήσουν. Ένας φοιτητής παραπονέθηκε επιπλέον ότι θα εκτιμούσε μια πιο λεπτομερή περιγραφή του νοσοκομείου πριν φτάσει σε αυτό ενώ συμπληρώνει ότι «είχαμε την εντύπωση ότι ήταν το καλύτερο νοσοκομείο στη χώρα» και ότι «περιμέναμε κάτι διαφορετικό» και ότι «ήταν ακόμα ένα σοκ». Επιπλέον οι σπουδαστές πρότειναν το είδος των πληροφοριών που έπρεπε να παρέχονται και θα ήταν χρήσιμες για τους άλλους σπουδαστές στο μέλλον. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι με βάση τις απαντήσεις που λήφθηκαν «οι προετοιμασίες μπορούν να προκαλέσουν προκαταλήψεις» και συμπληρώνουν

⁶ Πηγή: <https://www.vmware.com/radius/impact/world-no-operating-rooms-mercy-ships/>

ότι «αν ενημερώσετε τους ανθρώπους, μπορείτε να τους τρομάξετε». Ωστόσο αναφέρουν ότι παρόλο που οι φοιτητές έλαβαν κάποια προετοιμασία πριν από το ταξίδι, ήταν δύσκολο να προβλεφθούν όλες οι πληροφορίες που θα χρειαστούν για να προσαρμοστούν στο νέο περιβάλλον καθώς είναι δύσκολο να προετοιμαστούν οι άνθρωποι για μια επαφή με μια ξένη κουλτούρα.

Οι σπουδαστές δήλωσαν επίσης συγκλονισμένοι από τις διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ του νοσοκομείου στην Τανζανία και των νοσοκομείων στη Σουηδία, ενώ χαρακτηριστικά δήλωσαν «οι μυρωδιές ήταν πολύ έντονες στην αρχή», «υπήρχαν μυρωδιές σωματικών υγρών κάτι που μας επηρέασε».

Ο πολύ μικρός αριθμός προμηθειών που υπήρχαν στο νοσοκομείο εξέπληξε επίσης τους φοιτητές, όπως αντανακλάται σε αυτές τις δηλώσεις: «Στον μικρό μου κόσμο σκέφτηκα ότι θα είχαν περισσότερα υλικά. Δεν πίστευα ότι θα υπήρχαν τόσο λίγα όσο υπήρχαν. Αλλά με κάποιο τρόπο καταφέρνουν να κάνουν τα πάντα με αυτά τα λίγα που έχουν».

Οι αισθητικές εντυπώσεις των σπουδαστών μιλούν για διατήρηση της απόστασης μεταξύ των δυο πολιτισμών παρά την πολιτιστική τους συνάντηση. Μερικοί φοιτητές τείνουν να χρησιμοποιούν τις εθνοκεντρικές τους απόψεις των σουηδικών νοσοκομείων ως πλαίσιο για την ερμηνεία των παρατηρήσεών τους. Αντίθετα, ένας σπουδαστής που ήταν πιο εξοικειωμένος με το νέο περιβάλλον κατάφερε να ερμηνεύσει τις παρατηρήσεις του από το πλαίσιο της νέας αυτής εμπειρίας.

Όσον αφορά τα θέματα συμπεριφοράς εντός του νοσοκομείου, οι φοιτητές εξέφρασαν απογοήτευση με τον βραδύτερο ρυθμό με τον οποίο γίνονται τα πράγματα στο νοσοκομείο. Στην Τανζανία εφαρμόζεται ομαδική ιεραρχία σε αντίθεση με την ατομική αυτονομία που εφαρμόζεται στη Σουηδική κοινωνία. Η αρχή και οι αποφάσεις προέρχονται από την κορυφή προς τα κάτω, και πρέπει να ακολουθούνται από τους υφισταμένους. Ένας φοιτητής σημείωσε ότι «δεν μπορείτε να επηρεάσετε την καθημερινή σας ζωή, όπως στο σπίτι. Δεν μπορείτε απλά να πάτε και να κάνετε πράγματα. Δεν μπορείτε να καθίσετε και να στείλετε e-mail. Θα πρέπει να μιλήσετε με τρεις ή τέσσερις διαφορετικούς ανώτερους για να έχετε πρόσβαση σε αυτό. Τότε κάποιος άλλος υποτίθεται ότι το κάνει και ίσως αυτό το άτομο δεν είναι διαθέσιμο τότε. Έτσι πρέπει να καθίσετε και να περιμένετε», ενώ δήλωσαν απογοητευμένοι από την κατάσταση αυτή. Δύο άλλοι σπουδαστές τόνισαν: «Σχεδιάζετε και σχεδιάζετε, αλλά τα πράγματα δεν αποδίδουν ποτέ τον τρόπο που φανταστήκατε. Ήμασταν έκπληκτοι όταν κάτι συνέβη εγκαίρως». Συνολικά οι διαφορές στις πολιτιστικές αξίες και

τους κανόνες των συμπεριφορών δημιούργησαν αγχωτικές εμπειρίες στους μαθητές σύμφωνα με τους συγγραφείς.

Όσον αφορά την λειτουργία του νοσοκομείου με δεδομένο ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι, οι φοιτητές εντυπωσιάστηκαν από το πόσα πράγματα μπορούν να επιτευχθούν με τόσο λίγους πόρους ενώ χαρακτηριστικά κάποιοι από τους φοιτητές δήλωσαν: «Ξέρουν ότι όταν πάνε στο νοσοκομείο, θα είναι επίπονη εμπειρία». Ένας φοιτητής περιέγραψε τα συναισθήματα του ως απογοήτευση και αδυναμία για το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκεί δεν φροντίζει τους ασθενείς τους. Ένας άλλος αντέδρασε στις διαφορές στη νοσηλευτική φροντίδα: «Οι Τανζανοί ανέφερε «δεν σκέφτονται ότι φροντίδα και φροντίδα των ανθρώπων είναι τόσο σημαντική» ενώ και οι νοσοκόμες χαρακτηρίστηκαν ως σκληρές, κάτι που αποτυπώθηκε ως θετικό «αν πρόκειται να δουλέψεις σε αυτό το μέρος» ενώ είναι αποδεκτή η άποψη ότι κάποιος «πρέπει να είναι σκληρός για να επιβιώσει».

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι παρόλο που οι εθνοκεντρικές παρατηρήσεις και ερμηνείες ήταν προφανείς, ορισμένοι μαθητές παρουσίαζαν κάποιο βαθμό ανοίγματος προς τη νέα κουλτούρα.

Όσον αφορά τις αντιλήψεις της νοσηλευτικής εκπαίδευσης οι φοιτητές χρησιμοποίησαν τις γνώσεις τους από το Σουηδικό εκπαιδευτικό σύστημα για να ερμηνεύσουν την εκπαίδευση των νοσηλευτών της Τανζανίας την οποία έκριναν ως μη ικανοποιητική και μη τακτική σε όρους διδασκαλίας ενώ σημειώνεται ότι «υπάρχει τεράστια διαφορά μεταξύ του κολλεγίου και του νοσοκομείου όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα»

3.6 Εμπειρίες γυναικών μεταναστών από την Αφρική στη Σουηδία

Στην μελέτη των Berggren et al. (2006) σκοπός ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας των εμπειριών των γυναικών από τη Σομαλία, την Ερυθραία και το Σουδάν που ζουν στη Σουηδία και είχαν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω συνεντεύξεων και το κεντρικό συμπέρασμα της μελέτης αυτής είναι ότι οι γυναίκες αυτές αισθάνονταν διαφορετικές και ευάλωτες, συναισθήματα τα οποία είχαν τις πηγές τους στο γεγονός ότι επρόκειτο για άτομα που είχαν εγκαταλειφθεί και είχαν ακρωτηριαστεί. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, οι γυναίκες αυτές αισθάνθηκαν εκτεθειμένες όταν ήρθαν σε επαφή με το Σουηδικό υγειονομικό προσωπικό και προσπάθησαν να προσαρμοστούν στο νέο τους πολιτιστικό πλαίσιο. Σημαντική δυσκολία για την εν λόγω έρευνα ήταν ο κίνδυνος να χαθούν ορισμένες πληροφορίες λόγω της διαδικασίας διερμηνείας και μετάφρασης και του γεγονότος ότι η σουηδική γλώσσα ήταν η δεύτερη γλώσσα για πολλούς από τους

συμμετέχοντες. Όσον αφορά την ανάλυση, οι επαναλαμβανόμενη αναφορά στην ανάγκη για προσαρμογή στο Σουηδικό τρόπο ζωής από μέρους των γυναικών αυτών στις αφηγήσεις τους θεωρήθηκε σημαντική πτυχή που συνέβαλε στη συνολική κατανόηση της ψυχολογίας των γυναικών αυτών.



Όπως ήδη αναφέρθηκε, το γενικό συμπέρασμα, της μελέτης αυτής ήταν ότι οι γυναίκες αυτές αισθάνονταν διαφορετικές και ευάλωτες. Επιπλέον προκύπτει ότι οι γυναίκες αυτές θα αισθάνονταν διαφορετικές και ευάλωτες στις χώρες καταγωγής τους εάν δεν είχαν υποβληθεί σε ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων, ενώ ταυτόχρονα κατά τη συνάντηση με τα στελέχη της Σουηδικής υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης, αισθάνονταν διαφορετικές και ευάλωτες επειδή είχαν υποβληθεί στον ακρωτηριασμό αυτό. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι αυτό το είδος ακρωτηριασμού κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες. Όσον αφορά την επικοινωνία, οι μετανάστριες αισθάνονται ντροπή για το θέμα του ακρωτηριασμού τους θέμα το οποίο μπορεί να επηρεάσει την αμοιβαία επικοινωνία στην προγεννητική φροντίδα.

Σε άλλη μελέτη η οποία αποτελεί επί της ουσίας τον καθρέπτη της μελέτης αυτής, οι Widmark et al. (2002) αναφέρουν ότι οι μετανάστριες αντιλήφθηκαν ότι δεν τους ρωτούσαν

⁷ «Ένα κορίτσι Pokot περπατά προς το μέρος όπου θα ξεκουραστεί αφού έχει υποστεί περιτομή σε ένα χωριό στην κομητεία Baringo της Κένυας. (Siegfried Modola / Reuters)» Πηγή: <https://www.theatlantic.com/international/archive/2015/04/female-genital-mutilation-cutting-anthropologist/389640/>

για το αν είχαν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων ενώ ταυτόχρονα και οι ίδιες αισθάνονταν ντροπή να το δηλώσουν από μόνες τους. Στην ίδια μελέτη, οι μαιές περιγράφουν επίσης ότι αποφεύγουν να ζητούν από τις γυναίκες αν είχαν υποβληθεί σε περιτομή διότι «ήθελαν να αντιμετωπίσουν όλες τις γυναίκες εξίσου με επαγγελματικό και ευαίσθητο τρόπο» και επίσης αναφέρουν ότι «δεν ήθελαν να φαίνεται ότι λογοδοτούν μιλώντας απευθείας σε μια γυναίκα σχετικά με το θέμα αυτό».

Το κεντρικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης είναι ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην προετοιμασία του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης για την κάλυψη τόσο των ψυχολογικών όσο και των πρακτικών αναγκών, ειδικά σε σχέση με τις γυναίκες με προηγούμενο ακρωτηριασμό γεννητικών οργάνων. Ο τρόπος για την κατάλληλη διαχείριση πολιτισμικά ευαίσθητων θεμάτων, όπως αυτό είναι η εισαγωγή κατάλληλων μαθημάτων στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών, των μαιών και των ιατρικών σχολών. Υπάρχει επίσης ανάγκη συνεχούς κατάρτισης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για την κάλυψη ειδικών αναγκών υγείας με περισσότερο σεβασμό.

3.7 Ερωτηματολόγιο διαπολιτισμικής επάρκειας (TSET)

Η απουσία ενός ερωτηματολογίου που να μπορεί να αξιολογεί την αυτο-αντίληψη των επαγγελματιών υγείας, και ιδιαίτερα των νοσηλευτών, για τις διαπολιτισμικές τους ικανότητες κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς διαφορετικών πολιτισμικών προελεύσεων οδήγησε τους Jeffreys και Smodlaka στην ανάπτυξη του Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) – Εργαλείο Αυτοεκτίμησης της Διαπολιτισμικής Επάρκειας (Jeffreys & Smodlaka, 2000). Οι ερωτήσεις αυτού του εργαλείου βασίζονται στην υπάρχουσα επιστημονική βιβλιογραφία σχετικά με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, την αυτο-αποτελεσματικότητα και τη μεθοδολογία ανάπτυξης ερευνητικών εργαλείων, και είναι απαραίτητο να πληρούν δύο βασικά κριτήρια: α) πρέπει να είναι επικεντρωμένες σε ζητήματα διαπολιτισμική νοσηλευτικής ή διαπολιτισμικής φροντίδας, και β) πρέπει να είναι κατάλληλες τόσο για επαγγελματίες νοσηλευτές, όσο και για φοιτητές νοσηλευτικής όλων των βαθμίδων. Το TSET αποσκοπεί όχι μόνο στην αξιολόγηση των ικανοτήτων των νοσηλευτών και των φοιτητών νοσηλευτικής να παρέχουν διαπολιτισμική φροντίδα, αλλά και στην κινητοποίησή τους να ευαισθητοποιηθούν περισσότερο για τα ζητήματα της διαπολιτισμικής φροντίδας, ιδιαίτερα αν πρόκειται για ευάλωτους πληθυσμούς που χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης και προστασίας (Jeffreys & Smodlaka, 2000).

Συνοπτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 83 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε 10-βάθμια κλίμακα Likert, με σκορ για κάθε ερώτηση που κυμαίνονται από 1 (δεν αισθάνομαι καθόλου σίγουρος για τον εαυτό μου) έως το 10 (είμαι απόλυτα σίγουρος για τον εαυτό μου). Αυτές οι 83 ερωτήσεις κατατάσσονται σε μία από τις ακόλουθες τρεις υπο-κλίμακες: τη γνωστική (25 ερωτήσεις), την πρακτική (30 ερωτήσεις), και τη συναισθηματική (28 ερωτήσεις). Η πρώτη υπο-κλίμακα (γνωστική) αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα των ερωτηθέντων ως προς τις γνώσεις των πολιτισμικών στοιχείων που επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα σε πληθυσμούς ασθενών που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα – αν αισθάνονται ότι γνωρίζουν, για παράδειγμα, ποιες είναι οι ιδιαιτερότητες στη θρησκεία του Ισλάμ όσον αφορά στη διατροφικές συνήθειες, τις σχέσεις αντρών και γυναικών ή τη χρήση του αγγίγματος και της βλεμματικής επαφής στις σχέσεις των ανθρώπων μεταξύ τους. Η δεύτερη υπο-κλίμακα (πρακτική) αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα των ερωτηθέντων ως προς το να αλληλεπιδρούν και να απευθύνονται σε ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα σχετικά με τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους. Τα θέματα που μπορούν να συζητούν με αυτούς τους ασθενείς μπορεί να αναφέρονται στις γλωσσικές τους προτιμήσεις, τη θρησκεία τους, τις διακρίσεις που βιώνουν, όπως και τις αντιλήψεις που έχουν για την υγεία και την ασθένεια. Τέλος, με την τρίτη υπο-κλίμακα (συναισθηματική), οι ερωτηθέντες αξιολογούν την αυτο-αποτελεσματικότητά τους ως προς τις δικές τους αξίες, αντιλήψεις και πεποιθήσεις σχετικά με την ανεκτικότητα, την αποδοχή διαφορετικών πολιτισμικών στοιχείων, την αναγνώρισή τους και τη συνηγορία των διαπολιτισμικών ασθενών.

Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Sarafis et al (2014) σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012. Το δείγμα αποτέλεσαν α) 250 εργαζόμενοι νοσηλευτές, οι οποίοι προήλθαν από όλες τις κλινικές δύο γενικών νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας, και β) 150 φοιτητές νοσηλευτικής, οι οποίοι προήλθαν από ένα τμήμα νοσηλευτικής ελληνικού Πανεπιστημίου. Τα κριτήρια ένταξης ήταν τα ακόλουθα:

- Οι επαγγελματίες νοσηλευτές έπρεπε να έχουν τουλάχιστον 1 έτος προϋπηρεσία σε κλινικό χώρο του νοσοκομείου, και έπρεπε να εργάζονται κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας σε κλινική – όχι στη ΜΕΘ ή στο χειρουργείο
- Οι φοιτητές νοσηλευτικής έπρεπε να έχουν ολοκληρώσει το πρώτο έτος των σπουδών τους

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στον χώρο εργασίας ή στις αίθουσες διδασκαλίας, αντίστοιχα. Συνολικά επιστράφηκαν 338 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια: 202 από επαγγελματίες (ποσοστό απόκρισης 80.8%) και 136 από φοιτητές (ποσοστό απόκρισης 90.6%).

Ως προς τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, οι χαμηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στη γνωστική υπο-κλίμακα, όπως και σε ορισμένες ερωτήσεις ως προς την αποδοχή και την αναγνώριση διαφορετικών πολιτισμικών στοιχείων. Η μεγαλύτερη διαφορά αναμεσα στους φοιτητές νοσηλευτικής και τους επαγγελματίες νοσηλευτές παρατηρήθηκε στη συναισθηματική υπο-κλίμακα, με τους φοιτητές να καταγράφουν μεγαλύτερες βαθμολογίες. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι αναμενόταν το αντίθετο, καθώς θεωρούσαν ότι οι διαπολιτισμικές αντιλήψεις μεταβάλλονται με τον χρόνο, και ότι η εργασιακή εμπειρία επηρεάζει τη συναισθηματική διάσταση μέσα από τη μεγαλύτερη έκθεσή τους σε διαπολιτισμικές νοσηλευτικές ικανότητες και αντιλήψεις. Παρ' όλα αυτά, φαίνεται ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής, των οποίων τα προγράμματα σπουδών είναι προσαρμοσμένα στις σύγχρονες διαπολιτισμικές ανάγκες, ήταν πιο ικανοί σε αυτά τα ζητήματα από τους επαγγελματίες νοσηλευτές, οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους πριν την ένταξη του αντικειμένου της διαπολιτισμικής φροντιδας στο επίσημο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Επιπλέον, είναι πιθανόν τα άτομα που βρίσκονται ενεργά σε διαδικασία και περιβάλλον μάθησης να αισθάνονται πιο σίγουρα για τις αντιλήψεις τους, κάτι που τους ωθεί να αυτο-αξιολογούνται με θετικότερες βαθμολογίες (Sarafis et al, 2014).

Συνολικά, το ερωτηματολόγιο TSET είναι ένα εργαλείο που μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμο στον ελλαδικό χώρο, τόσο για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, όσο και για την ουσιαστικότερη ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών απέναντι σε διαπολιτισμικά ζητήματα που αφορούν σε ευάλωτους πληθυσμούς.

Συμπεράσματα

Η παγκοσμιοποίηση ενισχύει την παγκόσμια ολοκλήρωση και την αλληλεξάρτηση σε τομείς όπως η οικονομία, η πολιτική, ο πολιτισμός, η τεχνολογία, η οικολογία, η κοινωνική ζωή και η υγεία ενώ οδηγεί με μεγάλη ταχύτητα τα γεγονότα που συμβαίνουν σε ένα συγκεκριμένο μέρος του κόσμου να επηρεάζουν τον υπόλοιπο κόσμο. Αναπόφευκτα, οι άνθρωποι, οι κοινωνικές σχέσεις και οι πολιτισμοί αλληλοσυνδέονται σε παγκόσμια κλίμακα. Μεταξύ άλλων, ο τομέας της υγείας, επηρεάστηκε σημαντικά από τη διαδικασία της παγκοσμιοποίησης καθώς οι νοσηλευτές βρέθηκαν μπροστά στην ανάγκη να υποστηρίξουν ικανότητες οι οποίες έως τότε ήταν ξένες προς την εκπαίδευσή τους ή ακόμα και άσχετες προς το κύριο έργο τους. Η συναναστροφή με ανθρώπους από διαφορετικές κουλτούρες και πολιτισμούς οι οποίοι μπορεί να διαφέρουν ριζικά σε απόψεις και αντιλήψεις ακόμα και ζητήματα που για όλους είναι αυτονόητα μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Το βασικότερο πρόβλημα που συναντάται έγκειται στη δυσκολία επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Η απουσία επίσημων και καταρτισμένων διερμηνέων καθώς και άλλων διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στα νοσοκομεία αλλά και τις υπόλοιπες δομές υγείας της χώρας, μπορεί δημιουργήσει δυσκολίες τόσο στην πρόσβαση σε αυτές τις μονάδες υγείας όσο και στη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή. Αν προστεθεί σε αυτή τη κατάσταση η έλλειψη ικανοτήτων διαπολιτισμικής επικοινωνίας από την πλειοψηφία των νοσηλευτών, καθώς και το γεγονός ότι οι κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις περί υγείας των ανθρώπων ανά τον κόσμο διαφέρουν σημαντικά, είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθούν συγχύσεις οι οποίες μπορούν να βλάψουν τους ασθενείς από την πλευρά της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών καθώς δε θα υπάρχει η απαραίτητη κατανόηση και ανταπόκριση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Αντίθετα, η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται με αναγνώριση και σεβασμό της πολιτιστικής ιδιαιτερότητας, συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση συμβάλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Στην εργασία αυτή έγινε ανασκόπηση της σχετικής με την διαπολιτισμική νοσηλευτική βιβλιογραφίας ενώ η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των ερευνών όσον αφορά την εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε κάποιες ιδιαίτερα ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες κατέδειξε τόσο την πραγματική κατάσταση όσο και την θέση του νοσηλευτή σήμερα στα πλαίσια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής.

Πιο συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες των μεταναστών, των γυναικών σε μια μουσουλμανική χώρα σε σχέση με μη μουσουλμάνους νοσηλευτές, της κατάστασης των νοσηλευτικών υπηρεσιών στην Τανζανία από φοιτητές δυο ανεπτυγμένων χωρών (Η.Π.Α. και Σουηδία) καθώς και την εμπειρία του Σουηδικού νοσηλευτικού προσωπικού από την επαφή του με γυναίκες από Αφρικανικές χώρες, οι οποίες έχουν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων.

Όσον αφορά τους μετανάστες το κύριο συμπέρασμα είναι ότι αποτελούν μεν ευάλωτο πληθυσμό, αλλά υπάρχει ανομοιογένεια στο βαθμό στον οποίο είναι ευάλωτοι σε ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη. Συνολικά προκύπτει ότι οι μετανάστες έχουν χαμηλότερα ποσοστά ασφάλισης υγείας, χρησιμοποιούν λιγότερη υγειονομική περίθαλψη και λαμβάνουν χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας από ότι οι πληθυσμοί των χωρών στις οποίες φιλοξενούνται.

Όσον αφορά την περίπτωση των γυναικών της Σαουδικής Αραβίας και της επαφής τους με μη μουσουλμανικό νοσηλευτικό προσωπικό, τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάστηκαν δείχνουν ότι οι μη μουσουλμάνοι νοσηλευτές δεν γνώριζαν τις μουσουλμανικές πρακτικές σχετικά με τον θηλασμό, των μεθόδων που ακολουθούνται μετά τον τοκετό καθώς και τα ταμπού που αφορούν τα τρόφιμα και τα φάρμακα.

Όσον αφορά τις Αφραμερικανές γυναίκες στις Η.Π.Α., προκύπτει ότι οι γυναίκες αυτές εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τις ομολόγους τους από την Ευρώπη και ότι απαιτείται ενίσχυση και επέκταση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής γνώσης.

Συνεχίζοντας με την περίπτωση της εφαρμογής της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στην Τανζανία, είναι εμφανής η ανακάλυψη σημαντικών διαφορών μεταξύ των πολιτιστικών αξιών της Τανζανίας και της Σουηδίας, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές αναγνώρισαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο πολιτισμών και των συστημάτων νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης. Όπως προβλεπόταν, οι περισσότεροι από τους φοιτητές αντιμετώπιζαν άγχος για την αντιμετώπιση άγνωστων πολιτισμών επειδή δεν είχαν αρκετές γνώσεις για την κατάσταση που θα καλούνταν να αντιμετωπίσουν.

Τέλος, όσον αφορά τις γυναίκες που είχαν καταλήξει στην Σουηδία από διάφορες χώρες της Αφρικής και είχαν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων, οι γυναίκες αυτές γνώρισαν διαφορετικές καταστάσεις στις χώρες από τις οποίες προέρχονταν και υπέφεραν πέραν του ακρωτηριασμού και από τη συνάντηση με το υγειονομικό προσωπικό

αισθανόμενες εκτεθειμένες από την προσπάθειά τους να προσαρμοστούν σε ένα νέο πολιτιστικό πλαίσιο.

Συνολικά τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν την ανάγκη για πιο εξατομικευμένη, πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα και υποστήριξη και την ανάγκη για συστηματική εκπαίδευση σχετικά με την διαπολιτισμική νοσηλευτική ήδη από τα πρώτα χρόνια των νοσηλευτικών σπουδών. Η αποτύπωση και η γνώση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών, έχει ωθήσει σε πολλές χώρες, τις σχολές νοσηλευτικής να επαναξιολογήσουν το μοντέλο σπουδών αλλά και τις αξίες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Στις έρευνες που παρουσιάστηκαν, οι φοιτητές έδειξαν πολλές απόπειρες να είναι πολιτιστικά ευαίσθητοι, και έκαναν προσπάθειες να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για αυτό που θα συναντούσαν αλλά σε κάποιες περιπτώσεις αυτό δεν ήταν αρκετό. Επίσης, η έκθεσή τους και η έντονη παρατήρηση τους οδήγησαν να έχουν κάποιες βασικές πολιτιστικές δεξιότητες στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής επικοινωνίας και ευαισθησίας. Αυτό σημαίνει ότι είναι απαραίτητη πέραν της θεωρητικής εκπαίδευσης κατά την διάρκεια των σπουδών απαιτείται και στη πράξη εμπειρία με την επαφή με ανθρώπους διαφορετικών πολιτισμών.

Συνολικά ο σύγχρονος νοσηλευτής καλείται πέραν των κλινικών δεξιοτήτων του να είναι σε θέση να προσαρμόσει αυτές σε ένα πολιτιστικό πλαίσιο το οποίο διαφέρει μεταξύ των ατόμων που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς, δείχνοντας τον απαραίτητο σεβασμό στην διαφορετικότητα των ατόμων και την ικανότητα να προσαρμόζεται σε αυτές.

Νοσηλευτική Διεργασία (συνοπτική μορφή)

Γυναίκα ασθενής 45 ετών προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου με εξανθήματα στο σώμα της, υψηλό πυρετό και κεφαλαλγία. Τα έγγραφα της ασθενούς αναφέρουν ως χώρα προέλευσης τη Λιβύη, και η ίδια δεν μιλάει άλλη γλώσσα εκτός από τα αραβικά, και δεν συνοδεύεται από συγγενείς ή φίλους. Οι ιατροί που εφημερεύουν στέλνουν τη γυναίκα για νοσηλεία στην Παθολογική Κλινική, σημειώνοντας ότι πρόκειται για εμπύρετο νόσημα αγνώστου αιτιολογίας. Αναμένοντας τις εργαστηριακές εξετάσεις και υπό τον φόβο ύπαρξης λοιμώδους νοσήματος υψηλής μεταδοτικότητας, η ασθενής μεταφέρεται σε απομονωμένο θάλαμο. Η ίδια αντέδρασε σε αυτήν τη μεταφορά και προσπαθούσε να φύγει, πιθανώς επειδή δεν θεωρούσε ότι θα χρειαζόταν να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, τελικά όμως πείστηκε μετά από στοιχειώδη επικοινωνία που είχε με τους ιατρούς. Η νοσηλεύτρια που αναλαμβάνει τη φροντίδα της εισέρχεται στον θάλαμο με όλα τα προβλεπόμενα ατομικά μέτρα προστασίας (μάσκα, γάντια, ποδιά μίας χρήσης) και τηρεί με ακρίβεια τους κανόνες υγιεινής και πρόληψης νοσημάτων. Η ασθενής εμφανίζεται ανήσυχη, επικοινωνεί μαζί της με νοήματα και ελάχιστες λέξεις στα αγγλικά, και της δείχνει το παράθυρο, τον ουρανό και το ρολόι που βρίσκεται στον τοίχο. Η νοσηλεύτρια συμπεραίνει ότι η ασθενής έχει κάτι να κάνει που την απασχολεί, παρά τη σοβαρή κατάστασή της.

Εκτίμηση	Νοσηλευτική Διάγνωση (βάσει NANDA)	Σχεδιασμός
Πυρετός	Αναποτελεσματική θερμορρύθμιση	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του πυρετού αναμένοντας τα αποτελέσματα των εξετάσεων: - ψυχρά επιθέματα - χορήγηση αντιπυρετικού (κατόπιν ιατρικής οδηγίας)
Ανησυχία	Ύπαρξη άγχους	Καθησύχαση: - θεραπευτικό άγγιγμα (με σεβασμό στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες) - διδασκαλία για βαθιές αναπνοές
Διάθεση φυγής, ανησυχία, ελλιπής επικοινωνία	Κίνδυνος μη-συμμόρφωσης	Οδηγίες προς το προσωπικό να ελέγχουν συστηματικά το δωμάτιο και τον διάδρομο – όχι χρήση περιοριστικών μέτρων (πχ κλειδωμένα πόρτα)
Αδυναμία κατανόησης αραβικών	Διαταραχή προφορικής επικοινωνίας	Αναζήτηση ατόμου με γνώσεις αραβικών για να εκτελέσει χρέη διερμηνέα
Έλλειψη συνοδών συγγενών ή φίλων	Κοινωνική απομόνωση	- Διερεύνηση ύπαρξης τηλεφώνων επικοινωνίας στα έγγραφα της γυναίκας, προσπάθεια να ερωτηθεί με νοήματα και στοιχειώδη αγγλικά αν έχει κάποιο άτομο που θα ήθελε να καλέσει στο νοσοκομείο για ενημέρωση - Αναζήτηση υποστήριξης από το προσωπικό που εισέρχεται στον θάλαμο ώστε να μιλάνε στη γυναίκα, παρά τα μέτρα προστασίας και την αδυναμία κατανόησης
Διαφορετική πολιτισμική προέλευση	Κίνδυνος διαταραχής θρησκευτικότητας	Η θρησκεία του Ισλάμ έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Εξασφάλιση των απαιτούμενων ώστε η γυναίκα να εξασκεί τα θρησκευτικά της καθήκοντα τις ώρες που πρέπει

Βιβλιογραφία

1. Abitz, TL., (2016) .Cultural Nursing Practice. *J Infus Nurs.*, 39(2):75-9.
2. Ahn JW., (2017). Structural Equation Modeling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).*, 11(1):65-73.
3. Alligood, M. B. & Tomey, A. M. (2009). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
4. Almeida MD, Thomas JE (1996). Nutritional consequences of migration. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 40: 119-121.
5. Assemi M., Cullander C., Hudmon K.S. (2004) “Implementation and Evaluation of Cultural Competency Training for Pharmacy Students”, *The Annals of Pharmacotherapy*, 38 (5), 781-786.
6. Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A. K. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57.
7. Berk, M. L., Schur, C. L., Chavez, L. R., & Frankel, M. (2000). Health Care Use Among Undocumented Latino Immigrants: Is free health care the main reason why Latinos come to the United States? A unique look at the facts. *Health Affairs*, 19(4), 51-64.
8. Bussey-Jones J., Genao I., St. George D. M., Corbie-Smith G. (2005) “Knowledge of Cultural Competence among Third-Year Medical Students”, *Journal of the National Medical Association*, 97 (9), 1272-1276.
9. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. (2017). Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* , 19(2):157-162.
10. Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207. 7.
11. Campinha-Bacote, J., Claymore-Cuny, D., Cora-Bramble, D., Gilbert, J., Husbands, R., Like, R., et al. (2005). Transforming the face of health professions through cultural & linguistic competence education: The role of the HRSA centers of excellence
12. Creech, C., Filter, M., Wehbe-Alamah, H., McFarland, M. R., Andrews, M., & Pryor, G. (2017). An intervention to improve cultural competence in graduate nursing education. *Nursing education perspectives*, 38(6), 333.

13. Crigger, N. J., Brannigan, M., & Baird, M. (2006). Compassionate nursing professionals as good citizens of the world. *Advances in Nursing Science*, 29(1), 15-26.
14. Cruz JP, Alquwez N, Cruz CP, Felicilda-Reynaldo RFD, Vitorino LM, Islam SMS.(2017). Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Int Nurs Rev.*, 64(2):215-223.
15. Derose, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health affairs*, 26(5), 1258-1268.
16. Derri, V., Kellis, I., Vernadakis, N., Albanidis, E., Kioumourtzoglou, E. (2014), The effect of an intercultural Physical Education Program in comparison to the typical one on students' social skills learning, *Journal of Human Sport and Exercise*, 9 (1), pp. 91-102
17. Dimitriadou, C., Tamtelen, E., Tsakou, E. (2011) Multimodal texts as instructional tools for intercultural education: A case study, *Intercultural Education*, 22 (2), pp.223-228
18. Doodoo, F. N. A. (1997). Assimilation differences among Africans in America. *Social Forces*, 76(2), 527-546.
19. Douglas M. K., Pierce J. U., Rosenkoetter M., Callister L. C., Hattar-Pollara M., Lauderdale J., Miller J., Milstead J., Nardi D. A., Pacquiao D. (2009) "Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: A Request for Comments", *Journal of Transcultural Nursing*, 20(3): 257-269
20. Esposito CL. (2013). Provision of culturally competent health care: an interim status review and report. *J N Y State Nurses Assoc.* , 43(2):4-10.
21. Gallagher, R. W., & Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 333-340.
22. Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment & intervention* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
23. Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 185-188.
24. Gower, S., van den Akker, J., Jones, M., Dantas, J. A., & Duggan, R. (2016). Australian nursing and midwifery educators delivering evidence-based education in Tanzania: a qualitative study. *Nurse education in practice*, 18, 16-22.

25. Henderson S, Barker M, Mak A. (2016). Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse EducPract.*, 16(1):71-8.
26. Henderson, S., Kendall, E., & See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health & social care in the community*, 19(3), 225-249.
27. Hewlett, B. L., & Hewlett, B. S. (2005). Providing care and facing death: nursing during Ebola outbreaks in central Africa. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 289-297.
28. Jeffreys, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: A synthesis of finding. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), 127–136.
29. Jirwe M., Gerrish K., Emami A. (2010) “Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 436-444.
30. Kalayjian, A., Marrone, S. R., & Vance, C. (2010). Chapter 11: Professional roles and attributes of the transcultural nurse. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4_suppl), 406S-417S.
31. Knipper M.(2010). Beyond the indigenous: health and interculturality at the global level. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 27(1):94-101.
32. Kofou, I., Anastasiadou, S. (2013) Language and communication needs analysis in intercultural education, *International Journal of Diversity in Education*, 12 (2), pp. 15 - 65
33. Kokko, R. (2011). Future nurses’ cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 673-682.
34. Krainovich-Miller B., Yost J. M., Norman R. G., Auerhahn C., Dobal M., Rosedale M., Lowry M., Moffa C. (2008) “Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency”, *Journal of Transcultural Nursing*, 19 (3), 250-258.
35. LaTonya, R., Gagan J., Sherman J., Evans E., Lawrence L. (2008) Assessment of third year pharmacy students’ attitudes toward cultural competency before and after an educational intervention. *American College of Clinical Pharmacy 2008 Spring*

Practice and Research Forum/ Updates in Therapeutics: The Pharmacotherapy Preparatory Course, Phoenix-Arizona

36. Leininger, M (1997) Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 341-348.
37. Leininger, M. M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
38. Li J, He Z, Luo Y, Zhang R.(2016). Perceived Transcultural Self-Efficacy of Nurses in General Hospitals in Guangzhou, Chin, *Nurs Res.*, 65(5):371-9.
39. Lipson J., Desantis L. (2007) “Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education”, *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (1), 10S-20S.
40. Logan S, Steel Z, Hunt C. (2017). Ethnic status and engagement with health services: Attitudes toward help-seeking and intercultural willingness to interact among South East Asian students in Australia., *Transcult Psychiatry.*, 54(2):192-210.
41. Maier-Lorentz, M. M. (2008), *Transcultural nursing: its importance in nursing practice. Journal of Cultural Diversity*, 15 (1), pp 37-43.
42. Monteiro, AP.,(2010).Multicultural experiences in nursing: from the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. academia.edu, p 12.
43. Nussbaum M (1997) *Cultivating Humanity*, Harvard University Press: London.
44. Owens, R. (2012). Transcultural nursing course in Tanzania, Africa. *Home Healthcare Now*, 30(6), 347-353.
45. Padilla, B., & Miguel, J. P. (2009). Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, (1^a), 15-22.
46. Papadopoulos et al (2004) Papadopoulos I, Tilki M & Lees S (2004) Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care* 1 (2) 107– 115.
47. Papadopoulos I, Tilki M & Lees S (1998) *Transcultural Care: A guide for health care professionals*. Dinton: Quay Publications.
48. Poirier T., Butler L., Devraj R., Gupchup G., Santanello C., Lynch. C. (2009) “Cultural Competency Course for Pharmacy Students”, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73 (5), 1- 6.
49. Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F. A. Davis.

50. Roberts, K. S. (2003). Providing culturally sensitive care to the childbearing Islamic family: Part II. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 3(5), 250-255.
51. Sandin, I., Grahn, K., & Kronvall, E. (2004). Outcomes of Swedish nursing students' field experiences in a hospital in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(3), 225-230.
52. Sarafis P, Igoumenidis M, Tzavara C, Malliarou M. Reliability and Validity of the Transcultural Self-Efficacy Tool Questionnaire – Greek Version (TSET-GR). *Journal of Nursing Measurement* Volume 22, Number 2, 2014, pp. 41E-51E(11)
53. Sargent S., Sedlak C., Martsolf D. (2005) “Cultural competence among nursing students and faculty”, *Nurse Education Today*, 25 (3), 214-221.
54. Schartner, A. (2016) The effect of study abroad on intercultural competence: a longitudinal case study of international postgraduate students at a British university, *Multilingual and Multicultural Development*, 37 (4), pp. 402-418
55. Shambley-Ebron, D. Z., & Boyle, J. S. (2004). New paradigms for transcultural nursing: Frameworks for studying African American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 11-17.
56. Sidumo, E. M., Ehlers, V. J., & Hattingh, S. P. (2010). Cultural knowledge of non-Muslim nurses working in Saudi Arabian obstetric units. *Curationis*, 33(3), 48-55.
57. Theodorou, E. (2011) I'll race you to the top: Othering from within - attitudes among pontian children in Cyprus towards other immigrant classmates, *Childhood*, 18 (2), pp. 242-260
58. White-Means S., Dong Z., Hufstader M., L. Brown (2009) “Cultural Competency, Race, and Skin Tone Bias Among Pharmacy, Nursing, and Medical Students: Implications for Addressing Health Disparities”, *Medical Care Research and Review*, 66 (4), 436-455.
59. Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2), 113-125.
60. Γεωργογιάννης, Π.,(2007) Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα, Πάτρα : Typocenter
61. Καλαφάτη, Μ., & Παϊκοπούλου, Δ. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 50(1), 49-62.

62. Λάμπρη Θ., (2017), «Απόψεις –Στάσεις Νοσηλευτών για τις ιδιαιτερότητες στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε μετανάστες και Ρομά», Πανεπιστήμιο Πατρών
63. Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2003). Διαπολιτισμική εκπαίδευση .Αθήνα: Άτραπος.
64. Πουρναράς Ν., Τσόμπανου Μ., Σουρτζή Π. (2004) «Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας», *Νοσηλευτική*, 43 (2), 185-194.