

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



Μεταπτυχιακή Εργασία

Αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας

(Πολιτισμική επαγρύπνηση – Πολιτισμική γνώση)

των νοσηλευτών σε δύο επαρχιακά νοσοκομεία της

Κεντρικής Ελλάδας

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Τσαπαρίδου Καλλιόπη

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Επιβλέπων Καθηγητής: Παραλίκας Θεοδόσιος Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Κος Τσάρας Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Κα Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επ. Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Λάρισα 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| Περίληψη | 4 |
| Abstract | 6 |
| Εισαγωγή | 8 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΡΩΝ..... | 10 |
| 1.1 Πολιτισμός – Πολιτισμική ταυτότητα | 10 |
| 1.2. Πολιτισμικές ιδιομορφίες | 11 |
| 1.3. Διαπολιτισμικότητα | 11 |
| 1.4. Επαγρύπνηση και Επάρκεια | 12 |
| 1.5. Νοσηλευτική Επαγρύπνηση και Επάρκεια..... | 13 |
| 1.6. Πολιτισμός και υγεία | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ | 17 |
| 2.1. Ορισμός και αναγκαιότητα της έννοιας..... | 17 |
| 2.2. Απαιτούμενες γνώσεις, ικανότητες και χαρακτηριστικά για την απόκτηση πολιτιστικής επάρκειας | 18 |
| 2.3. Η καλλιέργεια της διαπολιτισμικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού..... | 19 |
| 2.4. Τα βασικά θεωρητικά μοντέλα για την ανάπτυξη της πολιτιστικής επάρκειας των νοσηλευτών..... | 23 |
| 2.4.1. Η θεωρία της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής της Leininger (1997) | 24 |
| 2.4.2. Η θεωρητική προσέγγιση των Papadopoulos et al. (1998) για τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική | 25 |
| 2.4.3. Η αξιολόγηση της πολιτισμικής καταλληλότητας των Purnel & Paulanka (1998) | 26 |
| 2.4.4. Η θεωρία της πολιτισμικής επάρκειας της Campinha – Bacote (1998)..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.5. Η θεωρητική προσέγγιση της Πολιτισμικής Ασφάλειας της Ramsden (1996)..... | 28 |
| 2.4.6. Το μοντέλο της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere(1996) | 28 |
| 2.4.7. Η θεωρία της διαπολιτισμικής αξιολόγησης των Giger & Davidhizar (1990)..... | 29 |
| 2.4.8. Διαπολιτισμικά μοντέλα της νοσηλευτικής που εφαρμόζονται και σε άλλες επιστήμες | 29 |
| 2.4.9. Αναπτυξιακό Μοντέλο Διαπολιτισμικής Ευαισθησίας του Bennett (1993)..... | 31 |
| 2.5. Αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας και των ικανοτήτων των επαγγελματιών νοσηλευτών | 33 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ..... | 36 |
| 3.1. Ιστορικό πλαίσιο | 37 |
| 3.2. Μετανάστευση και διαπολιτισμική νοσηλευτική | 39 |
| 3.3. Ανάγκες εκπαίδευσης των νοσηλευτών στα πλαίσια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής..... | 41 |
| 3.4. Σκοπός της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας | 43 |
| 3.5. Προτάσεις για την αναδιοργάνωση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης | 44 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ | 48 |
| 4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα | 48 |
| 4.2 Εργαλείο και διαδικασία μέτρησης..... | 48 |
| 4.2.1 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής επαγρύπνησης..... | 49 |
| 4.2.2 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής γνώσης | 49 |
| 4.2.3 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής ευαισθησίας | 50 |
| 4.2.4 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής πρακτικής..... | 50 |
| 4.3 Στατιστική ανάλυση και περιγραφή αποτελεσμάτων | 51 |
| 4.3.1 Ανάλυση δεδομένων | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3.2 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά | 53 |
| 4.3.3 Εκτίμηση στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση..... | 56 |
| 4.3.4 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική γνώση | 58 |
| 4.3.5 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική εμπειρία..... | 60 |
| 4.3.6 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική πρακτική..... | 62 |
| 4.3.7 Εκτίμηση μέτρων θέσης για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου... | 64 |
| 4.4 Επαγωγική στατιστική | 65 |
| 4.4.1 Ανάλυση κανονικότητας..... | 65 |
| 4.4.2 Συσχετίσεις ερωτηματολογίων | 66 |
| 4.4.3 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική επαγρύπνηση | 68 |
| 4.4.4 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική γνώση | 70 |
| 4.4.5 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική εμπειρία.... | 72 |
| 4.4.6 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική πρακτική... | 74 |
| 4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα | 75 |
| 4.6 Πλεονεκτήματα, περιορισμοί και μελλοντικές προτάσεις..... | 79 |
| 4.6.1 Οφέλη και περιορισμοί | 79 |
| 4.6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 80 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 82 |

Περίληψη

Εισαγωγή: Βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους αποτελεί η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους και η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας. Για να μπορέσει το νοσηλευτικό/ιατρικό προσωπικό να προσεγγίσει με επιτυχία τους ασθενείς, πρέπει να τους αντιμετωπίζει ως μεμονωμένες περιπτώσεις που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και μέριμνας. Με δεδομένο τον πολυπολιτισμικό χαρακτήρα που έχουν αποκτήσει σήμερα οι κοινωνίες, καθοριστικό ρόλο στην παροχή υψηλού επιπέδου περίθαλψης διαδραματίζει η γνώση και η κατανόηση της ιδιαίτερης πολιτιστικής φυσιογνωμίας της κάθε πληθυσμιακής ομάδας. Οι αξίες, η θρησκεία, ο τρόπος ζωής, τα ήθη, τα έθιμα, η κουλτούρα είναι παράμετροι που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων και πρέπει να προσεγγίζονται με διακριτικότητα και σεβασμό προς το διαφορετικό.

Σκοπός: Σκοπός του συγκεκριμένου πονήματος είναι να διερευνηθούν δεδομένα και να προκύψουν συμπεράσματα για την πολιτισμική γνώση, επαγρύπνηση και επάρκεια των επαγγελματιών υγείας που θα βοηθήσουν στην προαγωγή της νοσηλευτικής και στην υιοθέτηση γνώσεων και πρακτικών που συνιστούν την πολιτισμικά αρμόζουσα νοσηλευτική φροντίδα προς πληθυσμούς διαφορετικούς ως προς τον τρόπο ζωής, τη γλώσσα, τη θρησκεία, την κουλτούρα.

Μέθοδοι: Το δείγμα του πληθυσμού που επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε επαρχιακά νοσοκομεία της Λάρισας. Για τη συλλογή του εμπειρικού υλικού και την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Cultural Competence Assessment (CCA) TOOL. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις οι οποίες αναφέρονται σε 4 υποκλίμακες : α) Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης β) Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης γ) Αξιολόγηση της πολιτισμικής ευαισθησίας δ) Αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής. Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης της πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών. Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, και ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των υπό μελέτη πληθυσμού.

Αποτελέσματα: Συσχετίζοντας τη βαθμολογία των τεσσάρων ερωτηματολογίων με στόχο να απαντηθεί το κύριο ερώτημα της μελέτης, φαίνεται ότι προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της κλίμακας πολιτισμικής γνώσης και πολιτισμικής πρακτικής, καθώς όσο αυξάνεται η βαθμολογία της πρώτης τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία των άλλων δύο κλιμάκων. Θετικά σχετίζονται οι στάσεις ως προς την κλίμακα πολιτισμικής γνώσης με την επαγρύπνηση, την γνώση και την πρακτική, καθώς όσο αυξάνεται η βαθμολογία της πολιτισμικής γνώσης, αυξάνεται και η βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων τα άλλων τριών κλιμάκων. Επίσης, θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της κλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας με αυτή της πολιτισμικής γνώσης και πρακτικών, καθώς όσο αυξάνεται η εμπειρία αυξάνεται η γνώση και οι πρακτικές. Τονίζεται τέλος, πως στη μελέτη αποτυπώθηκαν τρεις σημαντικές θετικές συσχετίσεις, όσον αφορά την πολιτισμική πρακτική και τις άλλες τρεις υποκλίμακες, καθώς η αύξηση της βαθμολογίας της πρώτης συνεπάγεται αντίστοιχη αύξηση και στη βαθμολογία των άλλων τριών.

Λέξεις – κλειδιά: Πολιτισμική επάρκεια, πολιτισμική γνώση, πολιτισμική επαγρύπνηση, διαπολιτισμική νοσηλευτική, πολυπολιτισμικότητα

Abstract

Introduction: A key condition for developing trusting relationships between health professionals and their patients is effective collaboration between them and quality in healthcare services. In order for nursing / medical staff to be able to successfully approach patients, they need to be treated as individual cases that need special attention and care. Given the multicultural character that societies have acquired today, the crucial role in providing a high level of care is played by the knowledge and understanding of the particular cultural physiognomy of each population group. Values, religion, lifestyle, morals, customs, culture are parameters that affect people's behavior and should be approached with discretion and respect for the different.

Purpose: The purpose of this dissertation is to investigate data and draw conclusions about the cultural knowledge, vigilance and competence of health professionals that will help promote nursing and the adoption of knowledge and practices that constitute culturally different ways of culturally appropriate nursing care. life, language, religion, culture.

Methods: The sample of the population selected for this research is the nursing staff working in provincial hospitals of Larissa. The TOOL Cultural Competence Assessment (CCA) scale was used to collect empirical material and evaluate the cultural competence of nurses. It consists of 40 findings which refer to 4 subscales: a) Evaluation of cultural vigilance b) Evaluation of cultural knowledge c) Evaluation of cultural sensitivity d) Evaluation of cultural practice. In addition to the export index for each subscale, a general indicator of the cultural competence of nurses is obtained. A questionnaire of socio-demographic characteristics of the study population was also used.

Results:Correlating the score of the four questionnaires to answer the main question of the study, it seems that there is a positive correlation between cultural vigilance, the level of cultural knowledge and cultural practice, as the higher the score of the first two, the higher the score. . Attitudes are positively related to the scale of cultural knowledge with vigilance, knowledge and practice, as as the score of cultural knowledge increases, so does the rating of attitudes of the other three levels. Also, there is a positive correlation between the scale of cultural experience and that of cultural knowledge and practices, as as experience increases knowledge and practices

increase. Finally, it is emphasized that the study captured three important positive correlations in terms of cultural practice and the other three subscales, as the increase in the score of the first implies a corresponding increase in the score of the other three.

Keywords: Cultural competence, cultural knowledge, cultural vigilance, intercultural nursing, multiculturalism

Εισαγωγή

Μία σύγχρονη, προηγμένη, δημοκρατική και πλουραλιστική κοινωνία θεωρεί επιβεβλημένη την ισότιμη αντιμετώπιση όλων των πληθυσμιακών ομάδων που συμμετέχουν στη σύνθεσή της, με σεβασμό και ανεκτικότητα στη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες του καθενός. Ειδικά στις μέρες μας, που παρατηρούνται έντονες δημογραφικές ανακατατάξεις και μεταναστεύσεις πληθυσμών καθίσταται ακόμα πιο αδήριτη η ανάγκη για πολιτισμική προσέγγιση των λαών και διαμόρφωση οικουμενικής συνείδησης. Ως μετανάστευση ορίζεται, τόσο από το διεθνές δίκαιο αλλά και από τις κοινωνικές επιστήμες, η μετακίνηση των ανθρώπων σε μια χώρα της οποίας δεν έχουν ιθαγένεια προκειμένου να εγκατασταθούν εκεί. Το βασικό κίνητρο που ωθεί τα άτομα στη μετανάστευση είναι η επιθυμία για καλύτερες κοινωνικές συνθήκες και ποιότητα ζωής, δηλαδή, περισσότερες ευκαιρίες για απασχόληση, καλύτερη εκπαίδευση και υπηρεσίες υγείας κ.ο.κ., τις οποίες στερούνται στη χώρα προέλευσης (Solé-Auró, Crimmins, 2008).

Εστιάζοντας στη χώρα μας, η Ελλάδα υπήρξε πάντοτε πόλος έλξης ανθρώπων με διαφορετική κουλτούρα που συχνά καλούνται να συνυπάρξουν ομαλά για να επιτευχθεί η κοινωνική ισορροπία και να διασφαλιστεί η ταυτότητα του καθενός. Σήμερα, η ελληνική κοινωνία έχει αποκτήσει πολυπολιτισμικό χαρακτήρα (ΕΛΣΤΑΤ, 2017) φιλοξενώντας ανθρώπους από διαφορετικούς κόσμους. Η κατάσταση γίνεται λίγο πιο περίπλοκη, όταν υπάρξει ανάγκη παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε άτομα διαφορετικής κουλτούρας, που είναι φορείς αξιών, ηθών και εθίμων που δεν είναι συμβατά με τα αντίστοιχα της ελληνικής κοινωνίας. Για να προσφερθούν υπηρεσίες φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η γνώση και η κατανόηση της ιδιαίτερης πολιτισμικής φυσιογνωμίας της κάθε πληθυσμιακής ομάδας (Paez et al., 2008).

Η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, λοιπόν, θα πρέπει να συμβαδίζει με τα κοινώς αποδεκτά οικουμενικά πρότυπα και, ταυτόχρονα, να επιδεικνύει διακριτικότητα απέναντι στα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κάθε μικρότερης ή μεγαλύτερης πληθυσμιακής ομάδας (Κουράκος & Καυκιά, 2007). Στη χώρα μας η αναγκαιότητα της πολιτισμικής προσέγγισης των υγειονομικών προβλημάτων αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας του μεγάλου κύματος μεταναστών και προσφύγων που συρρέουν το τελευταίο διάστημα και που προέρχονται από χώρες

διαφορετικών τρόπων σκέψης και ζωής. Ήδη από το 2000 ο ΟΗΕ έχει διεξαγάγει έρευνα σύμφωνα με την οποία μέχρι το 2025 η Ευρώπη θα αποτελέσει τελικό προορισμό για περίπου 16 εκατομμύρια μετανάστες από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Καρυπίδης, 2001).

Με αυτά τα δεδομένα το υγειονομικό προσωπικό καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς ετερόκλητων πληθυσμιακών ομάδων, μέσα στα πλαίσια της πολυπολιτισμικής ελληνικής κοινωνίας. Το νοσηλευτικό δυναμικό είναι απαραίτητο να συνδυάσει γνώσεις, δεξιότητες, αξίες και συμπεριφορές διαφορετικών πολιτισμών που θα το καταστήσουν ικανό να ανταποκριθεί στον απαιτητικό ρόλο της περίθαλψης ατόμων που δεν είναι εξοικειωμένα με τις ηθικές και πολιτιστικές παραδόσεις της χώρας και αντιμετωπίζουν ίσως με επιφύλαξη το νέο – γι' αυτούς – υγειονομικό σύστημα (Γερογιάννη, Πλεξίδα, 2008).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας κλάδος που ασχολείται με την προετοιμασία του προσωπικού, με στόχο να αποκτήσουν πολιτισμικές ικανότητες και να παρέχουν επαρκή περίθαλψη με διακριτικό τρόπο, ώστε να επιτυγχάνουν την καλύτερη διαπροσωπική αλληλεπίδραση με ασθενείς άλλης εθνικότητας (Roscigno, 2014). Θεωρείται, δηλαδή, απαραίτητο οι πάροχοι φροντίδας υγείας να διαθέτουν πολιτισμικό υπόβαθρο, κατάρτιση πολιτισμικής ποικιλομορφίας και δεξιότητες που θα τους καταστήσουν ικανούς να φέρουν σε πέρας την αποστολή τους σχετικά με την προαγωγή της δημόσιας υγείας (Murcia & Lopez, 2016).

Η συγκεκριμένη εργασία, λοιπόν, θα προσπαθήσει να διερευνήσει την πολιτισμική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων της Ελλάδας, ώστε να αξιολογηθούν οι πολιτισμικές τους γνώσεις, η ευαισθησία τους και η προσέγγιση από την πλευρά τους ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον. Αρχικά, θα γίνει προσπάθεια να διευκρινιστούν κάποιοι όροι σχετικά με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική και την πολιτιστική επάρκεια, γνώση και επαγρύπνηση των νοσηλευτών, ενώ στη συνέχεια θα διερευνηθούν όλες οι παράμετροι που αφορούν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε άτομα διαφορετικής πολιτιστικής προέλευσης, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα που θα βοηθήσουν στην προαγωγή της νοσηλευτικής και στην υιοθέτηση γνώσεων και πρακτικών που συνιστούν την αρμόζουσα νοσηλευτική φροντίδα προς πληθυσμούς διαφορετικούς ως προς τον τρόπο ζωής, τη γλώσσα, τη θρησκεία, την κουλτούρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΡΩΝ

1.1 Πολιτισμός – Πολιτισμική ταυτότητα

Ο όρος πολιτισμός είναι πολυδιάστατος. Μπορεί να προσλάβει διάφορες σημασίες, όλες όμως συγκλίνουν στην ύπαρξη κοινών στοιχείων, υλικών και πνευματικών αξιών, επιτευγμάτων, αναφορών και βιωμάτων που συνθέτουν μια κοινή πορεία για ένα σύνολο ατόμων (Μπιτσάνη, 2004). Συχνά, η έννοια του πολιτισμού ταυτίζεται με το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας που χαρακτηρίζει ένα λαό (Sealey, 2003), ενώ άλλες φορές ο όρος παραπέμπει σε εξευγενισμένα ήθη και σε εκλεπτυσμένους τρόπους συμπεριφοράς που διέπουν ένα κοινωνικό σύνολο (Μπαμπινιώτης, 2006). Ως έννοια συνώνυμη του πολιτισμού χρησιμοποιείται συχνά ο όρος κουλτούρα που αποδίδει τα στοιχεία της κοινωνικής κληρονομιάς που κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά μέσω κοινωνικών διαδικασιών και που συνθέτουν την πνευματική καλλιέργεια, το ιδεολογικό υπόβαθρο, τις πεποιθήσεις και τους αξιακούς κώδικες ενός λαού (Παντελίδου – Μαλούτα, 2015).

Παρόλο που ο πολιτισμός αποτελεί ένα μωσαϊκό στοιχείων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις, τις αξίες και τις συνήθειες ενός συνόλου, η σημασία του δεν είναι η ίδια για όλα τα μέλη του συνόλου αυτού. Αυτό συμβαίνει, καθώς όσο πιο πολυσύνθετο είναι αυτό το σύνολο, τόσο διαφορετικές είναι και οι πολιτιστικές καταβολές που αποτελούνται από διαφοροποιημένα μεταξύ τους στοιχεία. Η κάθε κοινωνία συμπεριλαμβάνει ετερόκλητα στοιχεία, ομάδες διαφορετικής προέλευσης και βιοθεωρίας που, στην ουσία, συνιστούν υποσύνολά της με ιδιαιτερότητες και συγκεκριμένες ανάγκες, και που διαμορφώνουν τη δική τους υποκουλτούρα. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι ο εκάστοτε πολιτισμός αποτελεί μια ενιαία βάση, κοινή για όλους, αλλά ότι προσαρμόζεται στην οπτική και εξυπηρετεί τις διαφορετικές ανάγκες των ατόμων που συναπαρτίζουν την κάθε κοινωνία (Κωνσταντινίδου, 1998).

Με βάση την έννοια του πολιτισμού καθορίζεται και η πολιτισμική ταυτότητα του κάθε λαού. Ωστόσο, επηρεάζεται και από τις δημογραφικές ανακατατάξεις που λαμβάνουν χώρα, καθώς άνθρωποι κάθε εθνικότητας μετακινούνται αναζητώντας καλύτερες συνθήκες ζωής. Οι λαοί αναμιγνύονται, υπάρχουν, όμως, κάποια αντικειμενικά κριτήρια που συνδέουν μεταξύ τους τα άτομα που ανήκουν στον ίδιο λαό: η κοινή γλώσσα, η κοινή καταγωγή, η κοινή θρησκεία, οι δεσμοί με έναν τόπο

είναι καθοριστικά στοιχεία που αφορούν τη σχέση των ατόμων με τις ρίζες τους (Γλυκατζή – Αρβελέρ, 2007).

1.2. Πολιτισμικές ιδιομορφίες

Οι ιδιαιτερότητες του κάθε πολιτισμού έχουν επανειλημμένα αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και συζητήσεων, ειδικά το τελευταίο διάστημα που ο χαρακτήρας των κοινωνιών έχει αποκτήσει πολυπολιτισμικά γνωρίσματα. Με αυτά τα δεδομένα καταρτίστηκε από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων που αναγνωρίζει την πνευματική και ηθική κληρονομιά των λαών, στηρίζεται στις αναφαίρετες και οικουμενικές αξίες της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της ισότητας και της αλληλεγγύης, ενώ προάγει τις αρχές της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου. Ως εκ τούτου, αποδίδεται ο απαιτούμενος σεβασμός στην πολυμορφία και τις παραδόσεις των λαών της Ευρώπης καθώς και στην εθνική ταυτότητα των κρατών – μελών της. Η Ευρωπαϊκή Ένωση επιδιώκει να διασφαλίσει την ισόρροπη ανάπτυξη των πολιτισμών και να εγγυηθεί την ελεύθερη πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες, αγαθά και δράσεις (Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2000).

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια οι όποιες πολιτισμικές διαφορές μπορούν να διευθετηθούν με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ελευθερίες των ατόμων. Η διαφορετικότητα στις μέρες μας έχει αναχθεί σε μείζον ζήτημα, καθώς συμβαίνουν καταγιστικές αλλαγές στους πολιτισμούς και τις κουλτούρες που απορρέουν από τις αλλαγές στην τεχνολογία, τις οικονομικές συνθήκες, το βιοτικό επίπεδο κ.λπ. Η ουσία της φιλελεύθερης σκέψης βρίσκεται στον πλουραλισμό και την ανεκτικότητα και κάθε κοινωνία είναι σε θέση να καθιερώσει έναν κώδικα αξιών που να είναι κοινά αποδεκτός και να μπορεί να τηρηθεί και από άτομα που ανήκουν σε διαφορετικούς πολιτισμούς, οπότε και έχουν διαφορετικό τρόπο σκέψης και αντιλήψεις (Εργαλειοθήκη του Συμβουλίου της Ευρώπης, 2016).

1.3. Διαπολιτισμικότητα

Η διαπολιτισμικότητα σχετίζεται με την αλληλεπίδραση και τη διαδραστική σχέση ανάμεσα σε άτομα διαφορετικών εθνικοτήτων. Αφορά τις διεπαφές σε όλα τα επίπεδα ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς οι οποίοι θεωρούνται ίσοι μεταξύ

τους. Η διαπολιτισμικότητα αναδεικνύει τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ ετερογενών πολιτισμικών συστημάτων με την προϋπόθεση ότι θεωρούνται αυτονόητες η αμοιβαιότητα, η αλληλεγγύη και η κοινωνική ισότητα ανάμεσα σε άτομα που διαθέτουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Αντωνοπούλου και συν., 2015). Ο όρος δεν πρέπει να συγχέεται με την πολυπολιτισμικότητα. Η πολυπολιτισμικότητα αφορά τη συνύπαρξη πολλών ετερογενών και ξεκάθαρα οριοθετημένων πολιτισμών μέσα στα πλαίσια μιας κοινωνίας, χωρίς απαραίτητα να υφίστανται πολιτισμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των συστημάτων. Στην έννοια της πολυπολιτισμικότητας ο όρος διαπολιτισμικότητα λειτουργεί συμπληρωματικά, καθώς προϋποθέτει την ύπαρξη αμοιβαίας κατανόησης και διαλόγου. Η πολυπολιτισμικότητα μπορεί να είναι λόγος να αποξενωθούν τα μέλη μιας κοινωνίας και να χαλαρώσουν οι δεσμοί ανάμεσα σε διάφορα κοινωνικά δίκτυα, σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που πριν μερικά χρόνια ήταν εθνικά ομοιογενές. Η διαπολιτισμικότητα δίνει την ευκαιρία να γεφυρωθούν οι διαφορές και να υπάρξει προσέγγιση των διαφορετικών πολιτισμικά υποκειμένων, να δημιουργηθεί κλίμα επικοινωνίας, συνεργασίας, ανοχής και σεβασμού των ιδιαιτεροτήτων και να καταβληθεί προσπάθεια για ίσες ευκαιρίες στην κοινωνική, πολιτισμική και οικονομική ζωή. Η διαπολιτισμικότητα προϋποθέτει την πολυπολιτισμικότητα, ενώ πολυπολιτισμικότητα δεν έχει απαραίτητα ως αποτέλεσμα την διαπολιτισμικότητα (Κωνσταντοπούλου και συν., 2015).

1.4. Επαγρύπνηση και Επάρκεια

Ο όρος επαγρύπνηση αφορά την ετοιμότητα που χαρακτηρίζει τα άτομα, ώστε να αντιδρούν σε ερεθίσματα του περιβάλλοντός τους. Η επαγρύπνηση προϋποθέτει γνώσεις των περιστάσεων και των συνθηκών μιας κατάστασης, προκειμένου τα άτομα να είναι σε θέση να διαχειριστούν κατάλληλα τις δυσκολίες που προκύπτουν (Smith, Bond, 2011). Από την άλλη, ο όρος επάρκεια αρχικά παραπέμπει στην ικανοποιητική πρόσβαση σε υλικά αγαθά, στην κάλυψη των βασικών αναγκών μέσα από τη χρήση της απαραίτητης ποσότητας των απαιτούμενων αγαθών. Σε δεύτερο επίπεδο, ο όρος αφορά την κατοχή των απαραίτητων επιστημονικών ή επαγγελματικών γνώσεων που εξασφαλίζουν στα άτομα την δυνατότητα να προσεγγίσουν ή να αναπτύξουν συγκεκριμένες δεξιότητες σε κάποιους μεμονωμένους τομείς. Με αυτό τον τρόπο, οι επαγγελματίες αναπτύσσουν μια ιδιαίτερη δυναμική

που τους βοηθά να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του κλάδου, στον οποίο εξειδικεύονται (Γεωργογιάννης, 2009).

1.5. Νοσηλευτική Επαγρύπνηση και Επάρκεια

Η ολοκλήρωση των σπουδών και η απόκτηση πτυχίου από έναν νοσηλευτή πιστοποιούν την εκπαιδευτική του επάρκεια. Τυπικά ο νοσηλευτής είναι σε θέση να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την ιδιότητά του. Οι γνώσεις και η κατάρτιση που έλαβε κατά τη διάρκεια της φοίτησής του συνιστούν τον απαραίτητο εξοπλισμό για να διεκπεραιώσει τα επαγγελματικά του καθήκοντα. Επομένως, η νοσηλευτική επάρκεια καθορίζεται από την επίσημη πολιτεία με τον επαγγελματικό τίτλο σπουδών που παρέχεται, αφορά την επιστημονική, θεωρητική και ερευνητική κατάρτιση και βεβαιώνει την ικανότητα άσκησης του νοσηλευτικού έργου (Αποστολαρά, 2013).

Ο ρόλος του νοσηλευτή καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς από τον ίδιο εξαρτάται η υλοποίηση της νοσηλευτικής πολιτικής. Ο νοσηλευτής ενεργοποιώντας την ετοιμότητά του πρέπει να μπορεί να αντιληφθεί εγκαίρως τα ερεθίσματα που δέχεται, να τα επεξεργάζεται, να τα αποκωδικοποιεί και να αναλαμβάνει τις κατάλληλες πρωτοβουλίες. Το φάσμα της νοσηλευτικής ετοιμότητας εκτός από τις νοσηλευτικές πρακτικές περιλαμβάνει και επαγρύπνηση σε θέματα που αφορούν το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις σχέσεις με τους ασθενείς, το συναδελφικό προσωπικό, καθώς και με τα όργανα του νοσοκομείου (Γεωργιάνη & Πλεξίδα, 2008).

Τα Εθνικά Ινστιτούτα υγείας (NIH) στην Αμερική και η Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής (AACN) επισημαίνουν ότι η επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευτών απαιτείται να εστιάζει, ανάμεσα σε άλλα, και στην καλλιέργεια υψηλού επιπέδου πολιτιστικής ικανότητας (Institute of Medicine, 2011). Σύμφωνα με τις αντίστοιχες μελέτες, η κατάκτηση της πολιτισμικής ικανότητας αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία που σχετίζεται με το φάσμα της εσωτερικής αντανάκλασης και συνειδητοποίησης. Οι τομείς της ευαισθητοποίησης, των δεξιοτήτων και της γνώσης είναι βασικά εφόδια που πρέπει να κατέχουν οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας και, ειδικά, οι νοσηλευτές. Παρόλο που υφίστανται δυσκολίες στην παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας, η επαρκής καλλιέργεια των πολιτιστικών ικανοτήτων είναι αναγκαίο να τεθεί σαν στόχος για την ανάπτυξη ρεαλιστικών τεχνικών εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες θα έχουν ως επακόλουθο την

ποιοτική επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική απέναντι σε ποικίλους πολιτισμικά πληθυσμούς (Shepherd al.,2019).

Άλλες ερευνητικές μελέτες αξιολογούν την πολιτισμική επάρκεια καθώς και την επαγρύπνηση και γνώση των επαγγελματιών υγείας με βάση τη γνώμη των ασθενών. Πολλές φορές οι θετικές εμπειρίες των ασθενών σχετίζονται με ορισμένες σχεσιακές και τεχνικές δεξιότητες που διαθέτουν κάποιοι νοσηλευτές, καθώς και με τη διάθεση ορισμένων για προσέγγιση, παροχή φροντίδας και επικοινωνία με τους ασθενείς. Οι αρνητικές εμπειρίες, από την άλλη, αποδίδονται στην αγωγή, την έλλειψη σεβασμού, την πίεση που οφείλεται σε χρονικούς περιορισμούς και την αίσθηση εγκατάλειψης λόγω γλωσσικών εμποδίων, διακρίσεων, διαφορετικών αξιών και επιρροών (Rocque & Leanza, 2015).

1.6. Πολιτισμός και υγεία

Ο πολιτισμός που, όπως προαναφέρθηκε, στην ουσία αντικατοπτρίζει τον τρόπο ζωής των εθνότητων, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που οι λαοί προσεγγίζουν τα θέματα της υγείας. Μάλιστα, η επίδραση που ασκούν οι πολιτισμικοί παράγοντες στην αντίληψη των ανθρώπων για την υγειονομική φροντίδα είναι σχεδόν ίδια με αυτή που ασκούν οι βιολογικοί ή οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Με αυτό το σκεπτικό κρίνεται απαραίτητη η γνώση των πολιτιστικών χαρακτηριστικών και παραμέτρων μιας κοινωνίας προκειμένου να γίνουν αποδεκτές οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Douglas et al., 2009).

Η προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας, λοιπόν, επιβάλλει γνώσεις και κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Κάτω από τέτοιες συνθήκες απαιτείται νοσηλευτική προσέγγιση με ιδιαίτερη ευαισθησία, η οποία να βασίζεται στη διερεύνηση των αξιών υγείας στη φιλοσοφία του κάθε λαού. Συχνά, οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας δέχονται ελλείψεις υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ενώ παρατηρείται να έχουν μειωμένη πρόσβαση στις υγειονομικές δομές (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011). Τα διαφορετικά πολιτισμικά στοιχεία που τους χαρακτηρίζουν συχνά λειτουργούν ανασταλτικά στην προσπάθειά τους να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης. Βασικό εμπόδιο συνιστά η άγνοια της γλώσσας ή οι ιδιαίτερες επικοινωνιακές τους πρακτικές που τους αποκόπτουν από την προσπάθεια αναζήτησης θεραπείας (Τερζούδης, Μπογιατζίδης, Κωσταγιόλας, 2017).

Η κάθε κοινωνική ομάδα προσπαθώντας να διατηρήσει αμετάβλητα τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της προσαρμόζει ανάλογα και τις αντιλήψεις της για την υγεία. Η διατροφή, οι συνήθειες ένδυσης, στέγασης, ύπνου, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι τρόποι αντιμετώπισης των ασθενειών ακόμα και η αντιμετώπιση των νεκρών είναι χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία και ποικίλουν ανάλογα με το εκάστοτε πολιτισμικό σύστημα. Ακόμα και η διάγνωση μιας νόσου ή ο καθορισμός των συμπτωμάτων της διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό και καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης από τα αντίστοιχα υγειονομικά συστήματα (Yeager & Bauer – Wu, 2013).

Διάφοροι αστάθμητοι παράγοντες, ωστόσο, όπως πόλεμοι, αυταρχικά καθεστώτα, κοινωνικές ή οικονομικές κρίσεις, περιβαλλοντικά προβλήματα συχνά ωθούν πληθυσμιακές μάζες να εγκαταλείψουν τις εστίες τους και να αναζητήσουν καταφύγιο σε άλλες χώρες ως μετανάστες ή πρόσφυγες. Αυτό έχει ως επακόλουθο τη δημιουργία πολυπολιτισμικών κοινωνιών που αποτελούνται από άτομα – φορείς διαφορετικής κουλτούρας και ετερογενών πολιτισμικών αντιλήψεων. Σε αυτή την περίπτωση το σύστημα υγείας της κάθε κοινωνίας επιβάλλεται να λάβει υπόψη τις ιδιαιτερότητες αυτών των ομάδων και να προσεγγίσει με κατανόηση και διακριτικότητα την διαφορετικότητά τους διαμορφώνοντας κατάλληλη συμπεριφορά υγείας και φροντίδας που να ανταποκρίνεται με επάρκεια στις απαιτήσεις των νέων συνθηκών (Albarran et al., 2011).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετική κουλτούρα και που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών. Αν έπρεπε να απαριθμηθούν κάποιοι, θα μπορούσαν να αναφερθούν οι εξής (Napier et al., 2016):

- Η γλώσσα και η δυνατότητα επικοινωνίας
- Κοινωνική και οικονομική κατάσταση
- Οικογενειακή κατάσταση
- Οι υποχρεώσεις του κάθε φύλου στην εκάστοτε κοινωνική πραγματικότητα
- Η προσωπική υγιεινή
- Η διατροφή
- Η ένδυση
- Η θρησκεία

- Οι συνθήκες διαμονής
- Το επάγγελμα
- Οι πρακτικές για την πρόληψη ή τη θεραπεία των ασθενειών, για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό
- Οι συνήθειες
- Το άγχος που προκαλείται από την ενσωμάτωση σε μια νέα πολιτισμική πραγματικότητα.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πολιτισμικές πεποιθήσεις καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνία του υγειονομικού προσωπικού με τους ασθενείς, τη συμμόρφωσή τους στις ιατρικές οδηγίες και τις θεραπευτικές πρακτικές και, γενικά, την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των διαφοροποιημένων πολιτισμικά ατόμων. Σε κάθε περίπτωση, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διακρίνεται από πολιτισμική ευαισθησία (Προδρόμου και συν., 2018). Με αυτό τον τρόπο, θα δημιουργηθούν ισχυροί δεσμοί εμπιστοσύνης ανάμεσα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Η πολιτισμική ευαισθησία ενισχύεται από τις αξίες του σεβασμού, της αξιοπρέπειας, της διακριτικότητας. Εξασφαλίζει στους νοσηλευτές τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας στα άτομα που νοσούν. Κατανοώντας τα ήθη, τα έθιμα, τις παραδόσεις, τις αξίες και τις πρακτικές των αλλοεθνών μπορούν να τους στηρίξουν και να γεφυρώσουν το χάσμα επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Η ενσυναίσθηση και η εξατομικευμένη φροντίδα των ατόμων όλων των εθνικοτήτων καλλιεργούν κλίμα εμπιστοσύνης και διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού (Μπουτσιούκα και συν., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1. Ορισμός και αναγκαιότητα της έννοιας

Κατά καιρούς έχουν γίνει προσπάθειες να διευκρινιστεί η έννοια της πολιτισμικής επάρκειας. Οι περισσότεροι ορισμοί συγκλίνουν στο ότι πρόκειται για μια συνισταμένη ενεργειών, συμπεριφορών, στάσεων και στρατηγικών που ακολουθούνται από ένα σύστημα, μια υπηρεσία ή κάποιους επαγγελματίες, ώστε να μπορέσουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης (Saldana, 2001). Η πολιτισμική επάρκεια συμβαδίζει με την κατανόηση, την αποδοχή και το σεβασμό της ετερότητας, τη διαρκή αξιολόγηση των πρακτικών που ακολουθούνται μέσα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο, τη διαρκή διεύρυνση των πολιτισμικών γνώσεων και, τελικά, την ικανοποίηση των αναγκών των πληθυσμιακών μειονοτήτων (Cross et al., 1989). Στην περίπτωση της πολιτισμικής επάρκειας στο χώρο της υγείας οι Papadopoulos et al. (2011) προσπάθησαν να ορίσουν την έννοια κάνοντας λόγο για τη χρήση γνώσεων, πληροφοριών και δεδομένων με τέτοιο τρόπο, ώστε να μετασχηματίζονται σε δεξιότητες, στάσεις, τεχνικές και κλινικά πρότυπα που συμβαδίζουν με την κουλτούρα των ατόμων και βελτιώνουν την ποιότητα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και την έκβαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η πολιτισμική επάρκεια, συγκεκριμένα, αφορά συμπεριφορές, συνήθειες, ήθη, έθιμα, παραδόσεις, τυπικά και άτυπα δίκτυα μιας ομάδας που είναι απαραίτητο να προσεγγίζονται από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να αναπτύσσουν τις κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της φροντίδας των μειονοτικών πληθυσμιακών ομάδων (Saldana, 2001).

Η αναγκαιότητα της πολιτισμικής επάρκειας, λοιπόν, γίνεται εμφανής στις περιπτώσεις που πληθυσμοί που έχουν διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές αναζητούν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η πολιτισμική ευαισθησία από την πλευρά των λειτουργών υγείας μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση πρακτικών που θα βοηθήσουν τους μειονοτικούς πληθυσμούς να ξεπεράσουν τις αναστολές και τα επιφυλάξεις τους. Η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών οικοδομεί σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους, προκειμένου τα άτομα που χρήζουν ιατρικής βοήθειας να επενδύουν στη διαδικασία και να ανταποκρίνονται πρόθυμα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ειδικά η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα που η σύσταση του πληθυσμού της αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς αποκτώντας, έτσι, εθνική

ποικιλομορφία. Ως εκ τούτου, κρίνεται επιβεβλημένη η υιοθέτηση νέων πρακτικών και προσεγγίσεων στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών (Saldana, 2001).

2.2. Απαιτούμενες γνώσεις, ικανότητες και χαρακτηριστικά για την απόκτηση πολιτιστικής επάρκειας

Η φροντίδα για την περίθαλψη και την αποκατάσταση της υγείας των πολιτισμικά ετερογενών ατόμων συνιστά μια διαδικασία που εγείρει σημαντική ευθύνη για τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, υπάρχει ένα σύνολο γνώσεων, ικανοτήτων και χαρακτηριστικών που πρέπει να συνδυάζει το υγειονομικό προσωπικό για να φανεί αντάξιο των απαιτήσεων του λειτουργήματος που ασκεί.

Όσον αφορά τις γνώσεις, απαιτείται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να είναι σε θέση να προσεγγίσει την κουλτούρα των εξυπηρετούμενων (ιστορία, ήθη, έθιμα, παραδόσεις, αξιακοί κώδικες, θεσμοί και συστήματα). Ο ρατσισμός και η φτώχεια ασκούν επίδραση στη συμπεριφορά και τις στάσεις των μειονοτικών ομάδων και το προσωπικό οφείλει να αναγνωρίζει αυτές τις δυσκολίες που καθιστούν τους εξυπηρετούμενους επιφυλακτικούς απέναντι στην παροχή βοήθειας. Εξάλλου, οι νοσηλευτές θεωρείται απαραίτητο να είναι εξοικειωμένοι με τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας από την πλευρά των ατόμων διαφορετικής εθνοπολιτισμικής προέλευσης, για να μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματικά τις υπηρεσίες τους. Σημαντική θεωρείται, επίσης, η γνώση του ρόλου της γλώσσας και των επικοινωνιακών τρόπων έκφρασης που χαρακτηρίζουν τις διαφορετικές κοινότητες. Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμη η αναφορά ης κεφαλαιώδους σημασίας που κατέχει η δια βίου εκπαίδευση για τη νοσηλευτική επιστήμη και την εφαρμογή των κατάλληλων, πολιτισμικά ευαίσθητων πρακτικών, ώστε να παρέχεται ολοκληρωμένη φροντίδα σε όσους το έχουν ανάγκη (Πεταλωτή, 2011).

Ασφαλώς, το γνωστικό υπόβαθρο του υγειονομικού προσωπικού θα πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένες ικανότητες που θα το καταστήσουν επαρκές για την προσφορά βοήθειας στους αλλοεθνείς ασθενείς. Συγκεκριμένα, η επικοινωνία με άτομα διαφορετικής προέλευσης απαιτεί ικανότητα προσέγγισης των ατόμων αυτών, αξιολόγησης της σημασίας που δίνει ο ασθενής στην εθνικότητά του και μετάδοσης πληροφοριών με ακρίβεια, ώστε να αισθανθούν ασφάλεια και εμπιστοσύνη και να αποβάλουν το άγχος που μπορεί να δημιουργεί η λειτουργία των άγνωστων, γι'

αυτούς, κοινωνικών δομών. Μέσα από τις κατάλληλες τεχνικές συνέντευξης μπορούν να γίνουν κατανοητά τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του καθενός, όποτε και να προσαρμοστεί κατάλληλα, στην κουλτούρα του καθενός, η λεκτική επικοινωνία μαζί τους. Με αυτό τον τρόπο θα είναι εφικτό να καταπολεμηθούν μύθοι, προκαταλήψεις και φυλετικά στερεότυπα που λειτουργούν εις βάρος τους. Οι τεχνικές ενθάρρυνσης και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών διαφορετικής προέλευσης εντάσσονται στις ικανότητες που πλαισιώνουν το αποτελεσματικό νοσηλευτικό προσωπικό (Marengo, Hart, 2014).

Σε κάθε περίπτωση, η κατάκτηση των γνώσεων και η καλλιέργεια των αντίστοιχων ικανοτήτων από την πλευρά των νοσηλευτών προϋποθέτουν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα, με χαρακτηριστικά τέτοια που να διασφαλίζουν τη σταθερότητα στην άσκηση των καθηκόντων τους απέναντι στις ευαίσθητες ομάδες. Έτσι, η ενσυναίσθηση, η αυθεντικότητα, η προθυμία για εξυπηρέτηση πολιτισμικά διαφορετικών ατόμων είναι ιδιότητες που χαρακτηρίζουν υπεύθυνους επαγγελματίες, με επίγνωση της αποστολής τους. Η απαλλαγή από δογματικές αντιλήψεις και στερεοτυπικές στάσεις και η αποδοχή της πολιτισμικής ετερότητας των ατόμων βοηθούν τους επαγγελματίες να ανταποκριθούν με επιτυχία και επάρκεια στο ρόλο τους (McClimens, Brewster, Lewis, 2014).

2.3. Η καλλιέργεια της διαπολιτισμικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού

Από το σύνολο του υγειονομικού προσωπικού οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που έρχονται περισσότερο σε επαφή με τους ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο το νοσηλευτικό δυναμικό έχει χρέος να τηρεί τον ηθικό κώδικα δεοντολογίας, ειδικά όταν πρέπει να περιθάλψει άτομο διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας. Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή, η αποδοχή των πεποιθήσεων και επιλογών του, η ισότιμη μεταχείρισή του αποτελούν αρχές που όλοι οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών οφείλουν να τηρούν (Λεμονίδου και συν., 2003). Ειδικά για τις αρχές της νοσηλευτικής δεοντολογίας το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 216/25-7-2001 προβλέπει δύο άρθρα που σχετίζονται με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική και υπογραμμίζουν τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ένας νοσηλευτής απέναντι σε έναν ετερογενή πολιτισμικά ασθενή:

Άρθρο 6: *Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.*

Άρθρο 23: *Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής*
Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινωνικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας (ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001).

Το Ελληνικό Σύνταγμα αναγνωρίζει ότι όλοι ανεξαιρέτως οι ασθενείς δικαιούνται να προστατεύουν «*την υγεία και τη γενετική τους ταυτότητα*» (άρθρο 5, παράγραφος 5). Ειδικότερα, αναγνωρίζεται στους ασθενείς η ελευθερία να συναινούν ή να αρνούνται οποιαδήποτε ιατρική πράξη ή θεραπευτική πρακτική, να ενημερώνονται για την πορεία της υγείας τους, να διατηρούν τις πολιτισμικές τους αντιλήψεις και αρχές και να υποβάλλουν ενστάσεις διεκδικώντας τα δικαιώματά τους. Αυτές οι αρχές κατοχυρώθηκαν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης με τη Σύμβαση του Οβιέδο (1997) με την οποία συμφωνήθηκε ότι : «*Τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής*»(Φ.Ε.Κ., ν. 2619/1998, Κεφάλαιο 1, Γενικές Διατάξεις, Άρθρο 1).

Είναι καθήκον, λοιπόν, των νοσηλευτών να γνωρίζουν τον κώδικα δεοντολογίας κοινωνικής νοσηλευτικής και να μπορούν να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους προσφέροντας υπηρεσίες φροντίδας υψηλών προδιαγραφών, με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Η τήρηση του κώδικα αυτού αποκτά ιδιαίτερη επικαιρότητα στις μέρες μας που τα μεταναστευτικά ρεύματα των τελευταίων ετών έχουν μετατρέψει την ελληνική κοινωνία σε ένα πολυπολιτισμικό μωσαϊκό πληθυσμών με ιδιαιτερότητες και διαφορετική κουλτούρα. Ως εκ τούτου, η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών, η γνώση, δηλαδή, των ιδιαίτερων πολιτισμικών αναγκών των ασθενών τους καθίσταται αδήριτη ανάγκη. Ιδανικά, οι νοσηλευτές θα έπρεπε να μπορούν να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν την κουλτούρα του κάθε ασθενή, την εθνικότητα και τη φυλή του και να τα

ενσωματώνουν στην καθημερινή πρακτική. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να εξατομικεύσουν τη φροντίδα του κάθε ασθενή με βάση τις πεποιθήσεις του και θα καταφέρουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του προσαρμόζοντας ανάλογα τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (Καλαφάτη, Παϊκοπούλου, 2011).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική, επομένως, και η πολιτισμική επάρκεια, επαγρύπνηση και γνώση των επαγγελματιών υγείας δε συνιστούν πολυτέλεια αλλά αδήριτη ανάγκη για την ιατροφαρμακευτική υποστήριξη των ευάλωτων πληθυσμών, όπως είναι οι μετανάστες. Με δεδομένες τις συνεχείς δημογραφικές ανακατατάξεις και μετακινήσεις πληθυσμών στις μέρες μας, πολλές χώρες έχουν καθιερώσει διαπολιτισμικές πρακτικές τόσο κατά τη διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης των παρόχων υγειονομικής φροντίδας, όσο και κατά τη διάρκεια της δια βίου κατάρτισής τους. Μόνο έτσι θα μπορούν να χαρακτηρίζονται οι υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης από πολιτισμική επάρκεια (Creach et al., 2017). Γνώσεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του οικογενειακού θεσμού, τις συνήθειες του τρόπου ζωής τους, τις θεραπευτικές πρακτικές που ακολουθούν, την κατανόηση της γλώσσας του σώματος, τις διατροφικές επιλογές τους, τις αντιλήψεις τους για τη θρησκεία, τις ασθένειες, το θάνατο αποτελούν χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση των καταστάσεων και την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Οι νοσηλευτές που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια κατανοούν το υπόβαθρο των ασθενών και είναι σε θέση να τους βοηθήσουν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους και των οικογενειών τους στην υγεία (Ζυγά, 2010).

Πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί συγκλίνουν στο γεγονός ότι η απόκτηση πολιτιστικής επάρκειας από τους νοσηλευτές σχετίζεται με την εκπαίδευσή τους και την καλλιέργεια της πολιτισμικής τους ικανότητας. Ο Kokko (2011) αναφέρει ότι οι σπουδές σε χώρες του εξωτερικού αποτελούν χρήσιμη τακτική για να εμπλουτιστεί η πολιτιστική εμπειρία των νοσηλευτών και να αποκτηθούν γνώσεις σχετικές με τις διαφορετικές πεποιθήσεις των λαών. Οι Gower et al. (2016) επισημαίνουν, επίσης, ότι η καθιέρωση αντικειμένων διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών νοσηλευτικής και μαιευτικής στην Αυστραλία οδήγησε στη βελτίωση των ικανοτήτων και της επάρκειάς τους, όσον αφορά την αντιμετώπιση ετερογενών πληθυσμών.

Οι Lim et al. (2004) υπογράμμισαν ότι είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση περαιτέρω θεωρητικής αλλά και κλινικής πρακτικής εκπαίδευσης των φοιτητών νοσηλευτικής πάνω στην παροχή υπηρεσιών διαπολιτισμικής φροντίδας, ενώ και οι

Assemi et al. (2004) που ασχολήθηκαν με την αναγκαιότητα παρακολούθησης μαθημάτων διαπολιτισμικής εκπαίδευσης από φοιτητές φαρμακευτικής, οδηγήθηκαν στη διαπίστωση ότι η διδασκαλία της κουλτούρας άλλων πολιτισμών βελτίωσε τις δεξιότητές τους και την ικανότητά τους να επικοινωνούν και να φροντίζουν άτομα που διαθέτουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Σε παρόμοιο συμπέρασμα σχετικά με την καλλιέργεια επάρκειας και γνώσεων σε φοιτητές μέσω της διδασκαλίας διαπολιτισμικών μαθημάτων κατέληξαν και οι Sargent et al. (2005) που διαπίστωσαν ότι υπήρχαν σοβαρές ελλείψεις στο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών, ενώ οι Krainovich – Miller et al. (2008) χρησιμοποιώντας μια κλίμακα πολιτιστικής επαγρύπνησης (Cultural Awareness Scale – CAS) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι δεξιότητες των φοιτητών αυξάνονται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και σχετίζονται με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται (προπτυχιακό, μεταπτυχιακό, διδακτορικό), ενώ οι ίδιοι εκδήλωσαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εμπλουτίσουν περαιτέρω τις γνώσεις τους πάνω στην κουλτούρα άλλων λαών.

Αντίστοιχα, οι Jirwe et al. (2010) διερευνώντας την αλληλεπίδραση που είχαν οι φοιτητές νοσηλευτικής με ασθενείς που διέθεταν διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές επισήμαναν τις δυσκολίες επικοινωνίας που παρουσιάστηκαν, ειδικά όταν δεν υπήρχε κοινό γλωσσικό όργανο. Η αδυναμία προσέγγισης νοσηλευτή – ασθενή οδηγούσε σε μία ψυχρή και τυπική στάση από την πλευρά των φοιτητών, που προσέφεραν απρόσωπα τις υπηρεσίες τους, χωρίς να μπορούν να αναπτύξουν πιο στενή διαπροσωπική σχέση. Ακόμα κι όταν επιχειρήθηκε να διευκολυνθεί η επικοινωνία με την παρουσία διερμηνέα, ήταν εμφανής η δυσκολία ουσιαστικής επικοινωνίας. Μετά από αυτές τις διαπιστώσεις θεωρήθηκε απαραίτητο τα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών να τους προετοιμάζουν κατάλληλα με γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν τις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες σε αλλοεθνείς.

Τέλος, οι Henderson et al. (2016) επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι να γίνει αντιληπτή η αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης από τη νοσηλευτική κοινότητα, ώστε να σχεδιάζονται κατάλληλα προγράμματα κατάρτισης και διαπολιτισμικής επιμόρφωσης, προκειμένου οι νοσηλευτές να καλλιεργούν τις γνώσεις τους, να βρίσκονται σε επαγρύπνηση και να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις του νέου πολυπολιτισμικού σκηνικού.

Και στην Ελλάδα, όμως, που στη σύγχρονη εποχή έχει μετατραπεί σε πολυπολιτισμική κοινωνία κρίνεται απαραίτητη η εξοικείωση των σπουδαστών

νοσηλευτικής με διαπολιτισμικά αντικείμενα. Με αυτό τον τρόπο θα υποστηριχθεί η ισότιμη μεταχείριση των πληθυσμών, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους στην υγεία, η ελεύθερη έκφραση πεποιθήσεων και αξιών χωρίς διαχωρισμούς και διακρίσεις (Παλαιολόγου, Ευαγγέλου, 2003). Ωστόσο, στη χώρα μας κρίνοντας από βιβλιογραφικές έρευνες διαπιστώνεται ότι υπάρχουν ελλείψεις στην κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας. Συχνά, παρατηρείται έλλειψη κατάλληλης προετοιμασίας από την κρατική μηχανή και τα εκπαιδευτικά συστήματα όσον αφορά την υποδοχή και την αποδοχή της ετερότητας, αλλά και περιορισμένο γνωστικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας (Αργυριάδης, Μυλωνά-Μπέλλου, 2016). Το αποτέλεσμα είναι να παρέχονται χαμηλής ποιότητας φροντίδες υγείας στις μειονοτικές ομάδες και να απουσιάζει η σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Οι Πουρνάρας και συν. (2004) επεσήμαναν μετά από έρευνα σε φοιτητές νοσηλευτικής ότι η συμπεριφορά τους απέναντι σε άτομα με διαφορετική κουλτούρα επηρεαζόταν κυρίως από την προσωπική τους στάση και θεώρηση παρά από τις εκπαιδευτικές αρχές που είχαν λάβει.

Σε κάθε περίπτωση, αυτό που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι ότι, όπως είναι φυσικό, οι άνθρωποι παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, οπότε και η πολιτισμική επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων αποτελεί εργαλείο ολιστικής φροντίδας για όλους τους πολίτες, ενώ επιτυγχάνει την αποδοχή της ετερογένειας που είναι ένδειξη κοινωνικής υγείας (Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Κούτα 2011).

2.4. Τα βασικά θεωρητικά μοντέλα για την ανάπτυξη της πολιτιστικής επάρκειας των νοσηλευτών

Με δεδομένο, λοιπόν, το γεγονός της πολιτισμικής πολλαπλότητας που αναπτύσσεται εντός των τειχών μιας υποτιθέμενης ομοιογενούς κοινωνίας, έχουν καταγραφεί κάποιες βασικές θεωρητικές τάσεις που μπορεί να εφαρμόσει ο νοσηλευτής, ώστε να πετύχει το στόχο της προσέγγισης των πληθυσμών που διαφέρουν πολιτισμικά από τον ίδιο και να παρέμβει αποτελεσματικά σε ανθρώπους που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης.

2.4.1. Η θεωρία της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής της Leininger (1997)

Το θεωρητικό μοντέλο της Leininger, γνωστό και ως «Θεωρία της Πολιτισμικής Ποικιλομορφίας και Καθολικότητας της Φροντίδας», βασίζεται σε μία πρακτική που από την ίδια ονομάστηκε “Sunrise model” και έχει στόχο να διευρύνει τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών, ώστε να παρέχουν ομοιογενή υγειονομική φροντίδα ανεξάρτητα αν τα άτομα είναι ίδιας ή διαφορετικής εθνοπολιτισμικής προέλευσης. Με βάση την ίδια (Leininger, 1997) το πρότυπό της παραλληλίζεται με την ανατολή του ηλίου που στόχο έχει να φωτίσει την ανακάλυψη νέων γνώσεων στη νοσηλευτική. Οι βασικοί πυλώνες πάνω στους οποίους στηρίζεται το μοντέλο της Leininger είναι:

α) Όλοι οι πολιτισμοί παρουσιάζουν μεταξύ του όχι μόνο διαφορές, αλλά και κοινά σημεία

β) Υπάρχουν παράμετροι που καθορίζουν τον τρόπο άσκησης των υγειονομικών υπηρεσιών σε κάθε χώρα, όπως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η οικονομική κατάσταση, οι εκπαιδευτικές πρακτικές, η πολιτική πραγματικότητα, οι κοινωνικές συνθήκες κ.λπ.

γ) Για να διαχειριστεί ένας νοσηλευτής τις περιπτώσεις που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας οφείλει να μπορεί να συνδυάσει τις παραδοσιακές πρακτικές και τον επαγγελματικό τρόπο προσέγγισης των ασθενών με την κατάλληλη διαπολιτισμική διάσταση που πρέπει να διαθέτουν οι υπηρεσίες του (Melo, 1997).

Η συγκεκριμένη θεωρία αναφέρεται και σε μια σειρά παραγόντων που επιβάλλεται να λαμβάνονται υπόψη προκειμένου οι νοσηλευτές να σχηματίζουν σφαιρική εικόνα για τους ασθενείς τους, να αξιολογούν την κατάστασή τους και να είναι σε θέση να τους προσφέρουν ολιστική φροντίδα. Έτσι, παράγοντες, όπως:

- (α) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πολιτισμού,
- (β) οι αντιλήψεις και οι συνήθειες του τρόπου ζωής,
- (γ) το εθνικό δίκαιο,
- (δ) οι οικονομικές συνθήκες,
- (ε) οι θρησκευτικές πεποιθήσεις,
- (στ) το επίπεδο εκπαίδευσης,
- (ζ) η τεχνολογική εξέλιξη,

προσφέρουν γνώσεις πάνω στις οποίες στηρίζονται οι εκφάνσεις της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ανθρώπους αυτούς (Leininger, 1997).

2.4.2. Η θεωρητική προσέγγιση των Papadopoulos et al. (1998) για τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική

Οι Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998) προσπάθησαν να διαμορφώσουν ένα πρότυπο διαπολιτισμικής νοσηλευτικής που να στοχεύει στην καλλιέργεια πολιτιστικών ικανοτήτων. Σύμφωνα με την άποψή τους, η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων επιτυγχάνεται μέσα από τέσσερα στάδια:

- (α) καλλιέργεια πολιτιστικής συνείδησης
- (β) απόκτηση πολιτιστικής γνώσης
- (γ) επίτευξη πολιτιστικής ευαισθησίας
- (δ) απόκτηση πολιτιστικής ικανότητας (Vasiliou, Kouta, Raftopoulos, 2013).

Όσον αφορά το πρώτο στάδιο της πολιτιστικής συνείδησης αυτό που προτείνεται είναι ο νοσηλευτής να αποκτήσει πρωτίστως επίγνωση του δικού του πολιτισμικού υπόβαθρου. Γνωρίζοντας την αξία της εκάστοτε πολιτισμικής κληρονομιάς, μπορεί κανείς να εκτιμήσει και τον πολιτισμό άλλων λαών αποφεύγοντας εθνοκεντρικές τάσεις. Με αυτή τη λογική ο νοσηλευτής μπορεί να αντιληφθεί την ξεχωριστή σημασία του κάθε πολιτισμού, να εμβαθύνει στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και να μπορέσει, έτσι, να εξατομικεύσει τις φροντίδες υγείας που παρέχει, ανάλογα με τις ανάγκες και τις αξίες του κάθε ασθενή (Papadopoulos, Pezzella, 2015).

Η πολιτιστική γνώση του δεύτερου σταδίου αφορά την προσέγγιση αλλοεθνών πληθυσμιακών ομάδων και την εκμάθηση στοιχείων σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές τους, τον τρόπο σκέψης και ζωής τους, ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα η συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντί τους (Papadopoulos et al., 2016).

Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη πολιτιστικής ευαισθησίας (τρίτο στάδιο) αποτελεί η αντιμετώπιση των ασθενών, από την πλευρά των νοσηλευτών, ως ισότιμων μελών με τους οποίους πρέπει να συνεργαστούν με στόχο μια ουσιαστική επικοινωνία που να βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την αποδοχή. Με αυτά τα εφόδια θα επιτευχθεί πιο εύκολα η διαχείριση των προβλημάτων υγείας των

ετερογενών πληθυσμών, καθώς θα αναπτυχθεί κλίμα ειλικρίνειας και εκτίμησης (Taylor et al., 2011).

Το τέταρτο στάδιο που αφορά την απόκτηση πολιτιστικής ικανότητας είναι, στην ουσία, η συνισταμένη της συνείδησης, της γνώσης και της ευαισθησίας που έχουν αποκτηθεί και που συνεχίζουν να εμπλουτίζονται διαρκώς σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής του υγειονομικού προσωπικού. Συνδέεται με την ενσυναίσθηση, την καλλιέργεια διαπολιτισμικών διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνιακών δεξιοτήτων και την επιλογή των κοινά αποδεκτών πρακτικών που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη ρατσιστικών αντιλήψεων σε θέματα πολιτιστικής ετερότητας (Taylor et al., 2013).

Το συγκεκριμένο μοντέλο διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι διαδεδομένο σε χώρες της Ευρώπης για την καλλιέργεια της πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών. Οι ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας και υγείας συμβάλλουν στην εδραίωση κλίματος εμπιστοσύνης και σεβασμού και δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την ομαλή λειτουργία των σύγχρονων πολυπολιτισμικών κοινωνιών.

2.4.3. Η αξιολόγηση της πολιτισμικής καταλληλότητας των Purnel & Paulanka (1998)

Οι Purnel & Paulanka (1998) συνέταξαν έναν κατάλογο με 12 τομείς που αφορούν όλους τους πολιτισμούς και αποτελούν ένα συνοπτικό πλαίσιο αναφοράς για τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικών με την κουλτούρα του κάθε ασθενούς, που θεωρείται χρήσιμο να χρησιμοποιούνται για να διευκολύνεται η επικοινωνία. Οι τομείς αυτοί αφορούν τα εξής:

- (α) Χαρακτηριστικά του τόπου προέλευσης
- (β) Τρόποι επικοινωνίας
- (γ) Οργάνωση οικογένειας / Οικογενειακοί ρόλοι
- (δ) Επαγγελματικές ιδιότητες
- (ε) Βιοπολιτισμική οικολογία
- (στ) Συμπεριφορές που θέτουν την υγεία σε κίνδυνο
- (ζ) Διατροφικές συνήθειες
- (η) Εγκυμοσύνη / τοκετός / αρχές διαπαιδαγώγησης παιδιών
- (θ) Τελετουργικό τυπικό θανάτου
- (ι) Θρησκευτικά ήθη

(ια) Πρακτικές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών

(ιβ) Υγειονομικό προσωπικό

Μέσω αυτών των πληροφοριών μπορεί να αξιολογηθεί ο κάθε πολιτισμός και να επιλεγούν οι κατάλληλοι τρόποι επικοινωνίας, λεκτικοί και μη λεκτικοί, που θα βοηθήσουν να οικοδομηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους ασθενείς και τους νοσηλευτές (Purnel & Paulanka, 1998).

2.4.4. Η θεωρία της πολιτισμικής επάρκειας της Campinha – Bacote (1998)

Το μοντέλο της Campinha – Bacote (1998) είναι γνωστό ως η θεωρία της «Πολιτισμικής Ικανότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας» και επικεντρώνεται στην ανάπτυξη από την πλευρά του επαγγελματία υγείας της διάθεσης για διαρκή διεύρυνση των γνώσεών του. Με αυτό τον τρόπο είναι προετοιμασμένος να διαχειριστεί οποιαδήποτε κατάσταση παρουσιαστεί. Για να επιτευχθεί αυτό, η Campinha – Bacote (1998) κάνει λόγο για συγκεκριμένες ικανότητες που βοηθούν να συλλέγονται πληροφορίες για τον κάθε ασθενή και να αξιολογείται η κατάστασή του:

1. πολιτισμική συνειδητοποίηση: Αυτό αφορά την ικανότητα από την πλευρά των νοσηλευτών διερεύνησης των ετερογενών πολιτισμικών πεποιθήσεων χωρίς να επηρεάζονται από τις δικές τους πεποιθήσεις (Perng & Watson, 2012).

2. πολιτισμική γνώση: Οι γνώσεις που απαιτούνται σχετίζονται κυρίως με τις αντιλήψεις των αλλοεθνών για τις νόσους, τις θεραπείες, τις πρακτικές που εφαρμόζονται για την προαγωγή της υγείας (Campinha – Bacote, 1998).

3. πολιτισμική δεξιότητα: Οι δεξιότητες αφορούν τη διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών που θα βοηθήσουν να αντιμετωπιστούν οι ασθενείς με πολιτισμικά ευαίσθητο και διακριτικό τρόπο (Hoverman, 2012).

4. πολιτισμικές συναντήσεις

5. πολιτισμική επιθυμία: Το ιδανικό είναι οι επαγγελματίες υγείας να επιθυμούν και να επιδιώκουν ευκαιρίες συνάντησης και συναναστροφής με φορείς άλλων πολιτισμικών ιδεών (Campinha – Bacote, 1998).

Μέσα από την καλλιέργεια αυτών των ικανοτήτων οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εμβαθύνουν στην πολιτισμική κουλτούρα ενός λαού και να κατανοήσουν τις ιδιομορφίες της. Έτσι, θα αποβεί αποτελεσματική η αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών, χωρίς να δημιουργούνται εμπόδια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία.

2.4.5. Η θεωρητική προσέγγιση της Πολιτισμικής Ασφάλειας της Ramsden (1996)

Το μοντέλο της Ramsden (1996) αποτελεί ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο που σχετίζεται με την ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους νοσηλευόμενους. Η θεωρία της σχετικά με την πολιτισμική ασφάλεια επισημαίνει ότι ο νοσηλευτής στην περίπτωση των πολιτισμικά διαφορετικών πληθυσμών βρίσκεται σε θέση ισχύος σχετικά με τον ασθενή. Η πολιτισμική ασφάλεια δίνει βαρύτητα στην ενθάρρυνση του ασθενή και τονίζει ότι για να υπάρξει αρμονική συνεργασία, ουσιαστική επικοινωνία και αποτελεσματική περίθαλψη είναι αναγκαίο να γίνονται συμβιβασμοί, υποχωρήσεις και αποδοχή του διαφορετικού (Ellison – Loshmann, 2003). Όσο για τους νοσηλευτές θεωρείται απαραίτητο:

- Να αναθεωρούν τις προσωπικές τους αξίες και ιδέες
- Να διαθέτουν προοδευτική σκέψη και να επιδεικνύουν ευελιξία στην προσέγγιση των ετερογενών ατόμων
- Να μην επιρρίπτουν ευθύνη στους ασθενείς για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Αργυριάδης, Μυλωνά – Μπέλλου, 2016).

2.4.6. Το μοντέλο της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere(1996)

Σύμφωνα με τη θεωρητική αυτή προσέγγιση αναδεικνύεται η σημασία του σεβασμού απέναντι στους αλλοεθνείς και την κουλτούρα τους. Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να κατανοήσουν και να συμπεριφερθούν με την απαιτούμενη διακριτικότητα απέναντι στους ασθενείς τους πρέπει να διαθέτουν το κατάλληλο γνωστικό υπόβαθρο σχετικά με τους διάφορους πολιτισμούς, όπως και να κινούνται με βάση τις πεποιθήσεις και την ιδεολογία των ασθενών ενσωματώνοντάς τα στις καθημερινές πρακτικές τους. Έτσι, σύμφωνα με την αρχή της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere ο νοσηλευτής οφείλει:

- Να επανελέγχει τον κώδικα αρχών και αξιών του λαμβάνοντας υπόψη τις θέσεις των ασθενών του για πολιτισμικά θέματα
- Να καλλιεργεί τις επικοινωνιακές του δεξιότητες ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να εκφράζουν την άποψή τους

- Να ασκεί κριτική σε πρακτικές που σχετίζονται με την περίθαλψη και την υγειονομική φροντίδα των μειονοτικών ομάδων

- Να αξιοποιούν τις εμπειρίες τους και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους σχετικά με την αντιμετώπιση των πολιτισμικά διαφοροποιημένων καταστάσεων (Αργυριάδης, Μυλωνά – Μπέλλου, 2016).

2.4.7. Η θεωρία της διαπολιτισμικής αξιολόγησης των Giger & Davidhizar (1990)

Σύμφωνα με το μοντέλο των Giger & Davidhizar (1990) οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν να φροντίσουν ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης κρίνεται απαραίτητο να προσεγγίζουν με τον κατάλληλο τρόπο θέματα σχετικά με :

- την επικοινωνία (η κατανόηση του γλωσσικού οργάνου, αλλά και της γλώσσας του σώματος αποτελούν βασικό στοιχείο προσέγγισης)

- τη διάσταση του χώρου (καλό είναι να τηρούνται οι αποστάσεις που επιτάσσουν οι πολιτιστικές συνήθειες των ατόμων)

- τη δομή της κοινωνίας (οι αντιλήψεις που επικρατούν σε κάθε κουλτούρα σχετικά με την οργάνωση των οικογενειών τους και τους ρόλους που αναλαμβάνουν τα μέλη)

- τον έλεγχο του περιβάλλοντος (οι απόψεις των ατόμων όσον αφορά τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους)

- τις βιολογικές παραλλαγές (τη γενετική βιολογική προδιάθεση και ποικιλομορφία που παρατηρείται στις επιμέρους πληθυσμιακές ομάδες) (Giger & Davidhizar, 2002).

Σύμφωνα με τους Giger & Davidhizar (2002), μπορεί οι διάφοροι πολιτισμοί να διαφέρουν μεταξύ τους, διαθέτουν ωστόσο, κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως και τα άτομα που ανήκουν στην ίδια πληθυσμιακή ομάδα δεν είναι απαραίτητο να συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο. Ως εκ τούτου, με βάση αυτή τη θεωρητική προσέγγιση το κάθε άτομο θα πρέπει να θεωρείται μία ξεχωριστή, ιδιάζουσα περίπτωση και να προσεγγίζεται εξατομικευμένα.

2.4.8. Διαπολιτισμικά μοντέλα της νοσηλευτικής που εφαρμόζονται και σε άλλες επιστήμες

Στην προσπάθεια να υπάρξει διαπολιτισμική θεώρηση της υγειονομικής φροντίδας των αλλοεθνών πληθυσμών υιοθετήθηκε συμπληρωματικά με τις βασικές

θεωρητικές τάσεις μια σειρά από μοντέλα που προϋποθέτουν σε κάθε περίπτωση διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών και για διαφορετικό σκοπό (Γεωργογιάννης, 2009, Αργυριάδης, Μυλωνά – Μπέλλου, 2016):

- Το αφομοιωτικό μοντέλο: Κυριάρχησε στα μέσα της δεκαετίας του 1960 και πρέσβευε την αφομοίωση των πληθυσμών διαφορετικής πολιτιστικής προέλευσης από το γηγενή πληθυσμό με στόχο να συμμετέχει ισότιμα στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας.

- Το μοντέλο της ενσωμάτωσης: Αποτελεί μετεξέλιξη του αφομοιωτικού μοντέλου και αναδεικνύει ότι ανάμεσα σε ανομοιογενείς πολιτισμικά πληθυσμούς δεν υφίσταται μόνο η διαφορά της γλώσσας, αλλά υπάρχουν και άλλα στοιχεία που διαχωρίζουν τις κουλτούρες των λαών, όπως ο τρόπος ζωής, ο τρόπος σκέψης, ο τρόπος προσέγγισης της πραγματικότητας, οι αξιακοί κώδικες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η πολιτιστική διαφορετικότητα καθίσταται αποδεκτή εφόσον δεν διακυβεύονται οι πολιτισμικές αρχές της ντόπιας κοινωνίας, ενώ αναγνωρίζεται το δικαίωμα στη διαφορά. Ωστόσο, τελικά δεν απέχει από το αφομοιωτικό μοντέλο, καθώς οι αλλοεθνείς για να μπορέσουν να θεωρηθούν ισότιμα μέλη της κοινωνίας και να απολαύσουν τις παροχές της πρέπει να υιοθετήσουν πολιτικές και κοινωνικές αξίες των ντόπιων, ώστε να συμβάλουν στην ανάπτυξη του συνόλου.

- Το πολυπολιτισμικό μοντέλο: Εμφανίστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και επικεντρώθηκε στο ζήτημα του σεβασμού απέναντι στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μειονοτικών πληθυσμιακών ομάδων, κάτι που παρέπεμπε σε ευρύτερα κοινωνικοπολιτικά ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι η κατηγοριοποίηση των ατόμων με βάση την εθνικότητά τους διαιωνιζόταν χωρίς να μπορούν τα μοντέλα αφομοίωσης και ενσωμάτωσης να εξαλείψουν τα προβλήματα που παρουσιάζονταν. Παρατηρήθηκε ότι εξακολουθούσε να υφίσταται έλλειψη δικαιωμάτων των μειονοτήτων και αναπαραγωγή της καταπίεσης, της εκμετάλλευσης και της περιθωριοποίησής τους. Έτσι, θεωρήθηκε ότι για να επιτευχθεί κοινωνική συνοχή έπρεπε να γίνουν αποδεκτά τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των μειονοτήτων και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο κοινωνικών αρχών που θα βοηθούσαν στη συνύπαρξη των πολιτισμών και στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας.

- Το αντιρατσιστικό μοντέλο: Κυριάρχησε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, κυρίως στην Αγγλία και την Αμερική, με στόχο να καταπολεμηθούν οι επιθετικές συμπεριφορές και η απόρριψη εις βάρος των μειονοτικών πληθυσμών. Οι θιασώτες αυτού του μοντέλου αποδοκιμάζουν το αντίστοιχο πολυπολιτισμικό

θεωρώντας ότι δεν δίνει προτεραιότητα στην κοινωνική δυναμική αλλά στις ατομικές στάσεις. Το αντιρατσιστικό μοντέλο επικεντρώνεται στη διερεύνηση του νομοθετικού πλαισίου του κράτους που στηρίζει το θεσμικό ρατσισμό, ο οποίος παρεμποδίζει τις επιλογές και την αξιοποίηση των ευκαιριών από τις μειονοτικές ομάδες.

• Το διαπολιτισμικό μοντέλο: Το συγκεκριμένο μοντέλο έκανε την εμφάνισή του επίσης στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 στον Ευρωπαϊκό χώρο. Σε αυτή την περίπτωση δόθηκε προτεραιότητα στις σχέσεις αλληλεπίδρασης και αμοιβαίας συνεργασίας ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας και στοχεύει στη διαμόρφωση κοινωνιών χωρίς περιοριστικούς όρους, που να βασίζονται στη συναδέλφωση, την προσέγγιση και την αλληλοκατανόηση.

2.4.9. Αναπτυξιακό Μοντέλο Διαπολιτισμικής Ευαισθησίας του Bennett (1993)

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Bennett (1993), ο οποίος ασχολήθηκε για χρόνια με τη διαπολιτισμική επικοινωνία μελετώντας για μεγάλο διάστημα τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι διαχειρίζονται διαπολιτισμικές καταστάσεις, ανέπτυξε ένα πλαίσιο αρχών προσπαθώντας να κατανοήσει το στάδιο της πολιτισμικής ευαισθησίας ενός ατόμου και θέλοντας να διερευνήσει τους λόγους που σε κάποιες περιπτώσεις συνυπήρχαν αρμονικά άτομα διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας, ενώ σε άλλες δε γινόταν αποδεκτή η πολιτισμική ετερότητα (Bennett, 2004).

Το Developmental Model of Intercultural Sensitivity (DMIS) καθιερώθηκε ως ένα μοντέλο γνωστικής ανάπτυξης που βασισμένο σε εννοιολογικούς όρους αποκωδικοποιεί τις αντιδράσεις των ατόμων απέναντι στη διαφορετική πολιτισμική συμπεριφορά. Με βάση αυτή τη θεωρητική προσέγγιση καταβάλλεται προσπάθεια να περιγραφούν με συντομία οι φάσεις που διέρχεται το άτομο μέχρι να προσεγγίσει την πολιτισμική συνειδητοποίηση, κατανόηση και αποδοχή των νέων δεδομένων που δημιουργεί η πολυπολιτισμική πραγματικότητα, έως ότου αποκτήσει διαπολιτισμική ευαισθησία, επομένως και διαπολιτισμική ικανότητα (Bennett, 2004).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Bennett (1993) η διαδικασία για να μπορέσει να αποκτήσει το άτομο διαπολιτισμική κατανόηση και αποδοχή του διαφορετικού διέρχεται από έξι στάδια:

- Στο πρώτο στάδιο της άρνησης (denial) τα άτομα δε δέχονται ότι υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές, γι' αυτό και δεν μπορούν να τις αντιληφθούν.

- Στο δεύτερο στάδιο της άμυνας (defense) τα άτομα αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τις πολιτισμικές διαφορές και προσπαθούν να υποστηρίξουν τις δικές τους απόψεις διαβλέποντας στην ετερότητα μία υποτιθέμενη απειλή.

- Στο τρίτο στάδιο της ελαχιστοποίησης (minimization) τα άτομα υποστηρίζουν τις απόψεις τους θεωρώντας ότι πέρα από τις πολιτισμικές διαφορές υπάρχουν και ομοιότητες. Υποτιμούν, δηλαδή, τη σημασία των πολιτισμικών διαφορών υποστηρίζοντας ότι ο δικός τους πολιτισμός είναι η βασική εκδοχή για να κριθούν και οι άλλοι πολιτισμοί.

Τα τρία πρώτα στάδια που αναδεικνύουν μία εθνοκεντρική προσέγγιση της πολιτισμικής ετερότητας δυσχεραίνουν τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Έτσι, καθίσταται απαραίτητο να ακολουθήσουν τα τρία επόμενα εθνοσχετικά στάδια που θα βοηθήσουν τα άτομα να αναπτύξουν την διαπολιτισμική τους ικανότητα (Bennett, 2004):

- Στο τέταρτο στάδιο της αποδοχής (acceptance) τα άτομα είναι σε θέση να διερευνήσουν τις διαφορές ανάμεσα στους πολιτισμούς και τις κουλτούρες και να φανούν ανεκτικοί απέναντι στο διαφορετικό.

- Στο πέμπτο στάδιο της προσαρμογής (adaption) τα άτομα μπορούν να λειτουργήσουν πέρα από το δικό τους πολιτισμικό πλαίσιο. Αποκτούν ευαίσθητες δεξιότητες και προετοιμάζονται να ενταχθούν σε μία «διαπολιτισμική» ή «πολυπολιτισμική» πραγματικότητα, όπου μπορούν να συνυπάρξουν αρμονικά με διαφορετικούς πολιτισμικούς τρόπους ζωής.

- Στο έκτο στάδιο της ολοκλήρωσης / ενσωμάτωσης (integration) το άτομο κατανοεί τις πολιτισμικές διαφορές και διαμορφώνει μία ευρεία οπτική που το βοηθά να κινείται ευέλικτα ανάμεσα στα διάφορα πολιτισμικά πλαίσια.

Το θεωρητικό μοντέλο που πρότεινε ο Bennett (1993) ανέδειξε ότι η πορεία προς την πολιτισμική ευαισθησία είναι μία κατάσταση που εξελίσσεται και που βοηθά το άτομο να μεταβάλει τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς αναπτύσσοντας έναν κοινωνικό προσανατολισμό που του επιτρέπει να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των άλλων.

2.5. Αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας και των ικανοτήτων των επαγγελματιών νοσηλευτών

Η ραγδαία αύξηση των μεταναστευτικών ροών στην Ελλάδα αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός. Η εγκατάστασή τους στη χώρα μας έχει καταστήσει κατανοητό ότι δεν πρόκειται για μια προσωρινή κατάσταση, αλλά για μια πραγματικότητα με μακρύ χρονικό ορίζοντα. Οι μειονοτικές ομάδες των μεταναστών συχνά αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη βιώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό, κάτι που έχει αντίκτυπο και στην πρόσβασή τους στις δημόσιες δομές υγείας (Γερογιάννη, Πλεξίδα, 2008). Οι αλλαγές στη σύσταση των πληθυσμών από τις δημογραφικές ανακατατάξεις αποτελεί ένα νέο δεδομένο, κάτι που ανάγκασε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να κάνει λόγο για επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας εστιάζοντας στην επαγγελματική επιμόρφωση των λειτουργών υγείας, η οποία θα πρέπει να στοχεύει στην προσαρμογή της συμπεριφοράς τους στα νέα δεδομένα αλλά και στην αντίστοιχη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να παρέχεται πολιτισμικά αποδεκτή φροντίδα (WHO, 2016).

Για να προσαρμοστούν οι πάροχοι των υγειονομικών υπηρεσιών στο νέο πολυπολιτισμικό περιβάλλον απαιτείται να καλλιεργήσουν την πολιτισμική τους επάρκεια διευρύνοντας το γνωστικό τους υπόβαθρο για τους άλλους πολιτισμούς και ακολουθώντας μια σειρά από αρχές που θα τους επιτρέψουν να προσεγγίσουν τους ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας (Παλτόγλου, Τράντα, 2009):

- Οφείλουν να σέβονται τη διαφορετική γλώσσα, τα ήθη και τα έθιμα κάθε μειονοτικής ομάδας.
- Είναι απαραίτητο να έχουν εξοικειωθεί με τα βασικά σημαία του πολιτισμικού πλαισίου του κάθε ασθενή για να μπορούν να διερευνήσουν τις αντιλήψεις και τις αναστολές του.
- Κρίνεται επιβεβλημένο να ενσωματώνουν στις καθημερινές πρακτικές φροντίδας υγείας την κουλτούρα του κάθε ασθενή προσπαθώντας να προσαρμόσουν αντίστοιχα τη θεραπευτική παρέμβαση.
- Η εξατομικευμένη υγειονομική προσέγγιση θεωρείται σκόπιμη για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ετερογενών πολιτισμικά πληθυσμών.
- Αποτελούν αναγκαιότητα αρετές, όπως η υπομονή, η έλλειψη εγωισμού, ο αλτρουισμός, ο σεβασμός, η προθυμία για μάθηση και προσφορά.

Αποτελεί, ωστόσο, πραγματικότητα ότι σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν από το πανεπιστήμιο Αθηνών και το Διεθνές Οργανισμό Μετανάστευσης σχετικά με τις διακρίσεις και τις ανισότητες που μπορεί να ισχύουν στο επίπεδο της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, υπάρχει μεγάλος αριθμός ασθενών που ανήκουν σε κατηγορίες μειονοτικών πληθυσμών και που δεν έχουν δεχτεί ισότιμη μεταχείριση στο θέμα της φροντίδας της υγείας τους εξαιτίας των διαφορετικών πολιτισμικών πεποιθήσεών τους (Σαρίδη, 2016).

Άλλες, πάλι, έρευνες δείχνουν ότι στην Ελλάδα παρόλο που το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έρχεται συχνά αντιμέτωπο με πρόσφυγες και μετανάστες και δείχνει να κατανοεί και να αποδέχεται την πολιτισμική ετερότητα και τη διαφορετική τους προσέγγιση στα θέματα υγείας, δε θεωρεί απαραίτητο να ακολουθούνται ιδιαίτερες πρακτικές στην περίθαλψή τους ανάλογα με τις πολιτισμικές τους πεποιθήσεις (Τερζούδης, Μπογιατζίδης, Κωσταγιόλας, 2009).

Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις ερευνών (Manomenidis, 2009) όπου αποδεικνύεται ότι καταβάλλεται αξιόλογη προσπάθεια σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που στόχο έχουν την προσφορά υγειονομικής φροντίδας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές που ερωτήθηκαν ισχυρίστηκαν ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητές τους είναι επαρκείς, ώστε να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ετερογενή πολιτισμικά άτομα, ενώ δήλωσαν ότι κατανοούν και σέβονται τις ιδιαιτερότητες των πληθυσμών και προσπαθούν να ενεργούν λαμβάνοντας υπόψη το υπόβαθρο του κάθε ασθενή.

Σε κάθε περίπτωση, αποτελεί κοινό τόπο ότι υπάρχουν δυσχέρειες από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την επαρκή ανταπόκρισή τους στις ανάγκες των ασθενών με διαφορετικές πεποιθήσεις και κουλτούρα. Αναδεικνύεται, επομένως, η ανάγκη για επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να καθίσταται ευέλικτο στη διαχείριση των διαπολιτισμικών ασθενών. Οι νοσηλευτές που διαθέτουν κοινές γλωσσικές και πολιτισμικές καταβολές με τους ασθενείς αποδεικνύουν πόσο σημαντική είναι η πολιτισμική επάρκεια στην παροχή φροντίδας. Δομές υγειονομικής περίθαλψης με πολυπολιτισμικό εργατικό δυναμικό, που εξυπηρετούν υγειονομικά μειονοτικές ομάδες ασθενών είναι απαραίτητο να παρέχουν πολιτισμικά εκπαιδευτικά προγράμματα με στόχο την επαρκέστερη κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε όποια περίπτωση έχει ληφθεί υπόψη το προσωπικό πλαίσιο του κάθε ασθενή για την κατάρτιση των σχεδίων θεραπείας και φροντίδας, έχει παρατηρηθεί μεγάλο όφελος για τον ασθενή. Με αυτό το δεδομένο η

αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων και η επιδεξιότητα των εργαζομένων στις υγειονομικές δομές εξαρτώνται από τα κατάλληλα προγράμματα επιμόρφωσης που ενσωματώνουν πολιτισμικές συνιστώσες. (Truong, Paradies, Priest, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πριν από μερικές δεκαετίες η κάθε κοινωνία διέθετε πληθυσμιακή ομοιομορφία και η κουλτούρα που επικρατούσε αφορούσε τις κοινές αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις των μελών της κοινωνίας και καθόριζε το πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούσαν και αλληλεπιδρούσαν τα άτομα. Ο πολυπολιτισμικός χαρακτήρας των κοινωνιών ήταν άγνωστος και οι παραδόσεις που κληροδοτούνταν από γενιά σε γενιά ήταν συγκεκριμένες (Taylor et al., 2002). Σήμερα, ωστόσο, η διάσταση των κοινωνιών έχει λάβει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Η εισροή και η εγκατάσταση διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων σε κάθε χώρα έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει πληθώρα πεποιθήσεων, αντιλήψεων, ηθών και εθίμων, που αντιπροσωπεύουν την κάθε κοινωνική ομάδα, και να διαφοροποιούνται οι ανάγκες στις οποίες πρέπει να ανταποκριθεί το κάθε κοινωνικό σύνολο. Ειδικά όσον αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών η πολιτισμική ποικιλομορφία αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας που απαιτείται να βρουν μια αξιοπρεπή απάντηση στην ευάλωτη κατάσταση ανθρώπων με εντελώς διαφορετική θεώρηση σε όλα τα επίπεδα (Degrie et al., 2017).

Η πολιτισμική ανομοιογένεια είναι πλέον μια πραγματικότητα. Οι ιδιαιτερότητες της κάθε μειονότητας πάνω σε θέματα αντιλήψεων και πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία μπορεί να αποτελέσουν σοβαρό εμπόδιο για τους παρόχους νοσηλευτικών υπηρεσιών αλλά και για τους ασθενείς. Η ολιστική φροντίδα υγείας, ιδίως όταν απευθύνεται σε ετερόκλητους πληθυσμούς, απαιτεί επίδειξη ευαισθησίας και πολιτισμικής επάρκειας από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Ως εκ τούτου, είναι απολύτως απαραίτητο να είναι ενήμεροι και να διαθέτουν γνώσεις που θα διασφαλίσουν τη διατήρηση της ποιότητας της υγείας των πασχόντων. Η απουσία των κατάλληλων γνώσεων μπορεί να αποτελέσει απειλή για την παροχή της κατάλληλης νοσηλευτικής βοήθειας και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας των πολιτισμικά διαφορετικών ατόμων (Murphy, 2006).

Λόγω των διαστάσεων που έχει λάβει η πολιτισμική ποικιλομορφία των κοινωνιών γίνεται προσπάθεια να αναδειχθεί παγκοσμίως η ανάγκη για κατάλληλη ενημέρωση του προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ώστε να διαθέτουν επάρκεια γνώσεων για αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας. Με αυτό το σκεπτικό, πολλοί οργανισμοί και εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας λαμβάνουν

υπόψη τα νέα δεδομένα που έχουν διαμορφωθεί και προσπαθούν να εξοπλίσουν κατάλληλα το υγειονομικό προσωπικό με γνώσεις και δεξιότητες, αλλά και να εξασφαλίσουν τους κατάλληλους πόρους για την παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης και ικανής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο θα διαμορφωθούν επαγγελματίες που θα εκτιμούν και θα σέβονται τις ιδιαιτερότητες των ατόμων ανεξάρτητα από τις μεμονωμένες διαφορές τους σε θρησκευτικές, εθνικές, κοινωνικές πεποιθήσεις (Liu et al., 2018).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες διαμορφώθηκε η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική με στόχο να προάγει την πολιτισμική γνώση, επάρκεια και επαγρύπνηση των νοσηλευτών, την πολιτισμική ευαισθησία και φροντίδα με σεβασμό απέναντι σε ανθρώπους που διαφέρουν, αλλά που δικαιούνται να αντιμετωπιστούν ως μεμονωμένες περιπτώσεις. Η απόκτηση γνώσεων είναι το ερέθισμα για τη βελτίωση των υπηρεσιών που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας των ανθρώπων διαφορετικής προέλευσης. Η καλλιέργεια του σεβασμού στη διαφορετικότητα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη σύναψη ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων που θα βασίζονται στην εμπιστοσύνη και θα βοηθήσουν στην ενσωμάτωση της φροντίδας υγείας σε ένα πολυπολιτισμικό πλαίσιο (Kraft et al., 2017).

3.1. Ιστορικό πλαίσιο

Το θεωρητικό πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είχε δημιουργηθεί προτού καθιερωθούν οι έννοιες της πολυπολιτισμικότητας και της πολιτισμικής ικανότητας. Ως αφετηρία είχε την προσπάθεια του ανθρώπου να κατανοήσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης. Η πρώτη που ενδιαφέρθηκε για την πολιτισμική προσέγγιση στο χώρο της υγείας και της ασθένειας τη δεκαετία του '70 ήταν η Madeleine Leininger. Υπήρξε νοσηλεύτρια, ερευνήτρια στο χώρο της ανθρωπολογίας και θεωρείται ιδρύτρια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής (Busher Betancourt, 2016). Η Leininger υποστήριζε ότι η πολιτισμική φροντίδα απαιτεί από το νοσηλευτή να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα μέσα, ώστε να προωθήσει την υγεία και την ευημερία των ατόμων. Η ίδια τόνιζε ότι, προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής, ώστε να αναρρώσει από τα προβλήματα υγείας ή να ανακουφιστεί από τις συνθήκες που δυσχεραίνουν τη διαβίωσή του, είναι επιβεβλημένο να του παρασχεθούν νοσηλευτικές φροντίδες, οι οποίες δεν θα έπρεπε να διαχωρίζονται ανάλογα με την κουλτούρα του κάθε ατόμου (Murphy, 2006). Με αυτό το σκεπτικό όρισε και τη

Διαπολιτισμική Νοσηλευτική ως «μια τυπική περιοχή μελέτης και πρακτικής, επικεντρωμένη σε μια συγκεκριμένη ανάλυση της διαφορετικής κουλτούρας και υποκουλτούρας παγκοσμίως, με σεβασμό στην ποιοτική φροντίδα, στις πεποιθήσεις της υγείας και της νόσου, στις αξίες και στις πρακτικές εφαρμογές, έχοντας ως στόχο την χρήση της γνώσης αυτής, για την παροχή πολιτισμικά εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας» (Leininger, 1999).

Η Leininger επεσήμανε ότι ο κλάδος της ανθρωπολογίας, στον οποίο επιδιδόταν, θα μπορούσε να συνεισφέρει στην προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης βοηθώντας στη συνειδητοποίηση πως η υγεία και η ασθένεια συχνά επηρεάζονται από τον πολιτισμό. Διαπίστωσε πως η απουσία γνώσεων σχετικά με το πολιτισμικό υπόβαθρο του κάθε ασθενή αποτελούσε βασική αιτία για την αδυναμία των νοσηλευτών να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες των πασχόντων και να τους βοηθήσουν κατάλληλα. Γνώση των ιδιαιτεροτήτων προσέδιδε στις υπηρεσίες υγείας ποιότητα και αποτελεσματικότητα (Leininger & McFarland, 2002).

Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική στοχεύει στη διαμόρφωση ενός επιστημονικού και ανθρωπιστικού πλαισίου γνώσεων που θα στηρίξουν την παροχή ειδικής και ανεξάρτητης πολιτισμικά φροντίδας υγείας. Η ειδική φροντίδα αφορά τις ιδιαίτερες αξίες, αντιλήψεις, πεποιθήσεις που χαρακτηρίζουν μια πληθυσμιακή ομάδα και που την καθιστούν ξεχωριστή σε σχέση με τα μέλη άλλων πολιτισμών. Η ανεξάρτητη πολιτισμικά φροντίδα σχετίζεται με τρόπους συμπεριφοράς και πρακτικές που είναι κοινώς αποδεκτές και που διευκολύνουν την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς (Leininger, 1988).

Ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από φροντίδα για να επιβιώσουν, να αναπτυχθούν, να ανακουφιστούν. Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική υπερβαίνει τα γεωγραφικά και εθνικά όρια και αναζητά την ουσία της υγειονομικής φροντίδας. Από την πλευρά των νοσηλευτών είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση του κάθε ασθενή ως μεμονωμένης περίπτωσης αι η προσέγγιση των προσωπικών του απόψεων σχετικά με την περίθαλψη. Έχουν χρέος να στηρίζουν τους ασθενείς και να τους βοηθούν να διατηρούν την ευημερία τους, να βελτιώνουν την ζωή τους και να ξεπερνούν τις δυσκολίες που σχετίζονται με την υγεία τους (Leininger, 1991).

3.2. Μετανάστευση και διαπολιτισμική νοσηλευτική

Οι αυξημένες μεταναστευτικές ροές προς τον ελλαδικό και, γενικότερα, τον ευρωπαϊκό χώρο τις τελευταίες δύο τουλάχιστον δεκαετίες είχε ως επακόλουθο μεταβολές στην πληθυσμιακή σύσταση του κοινωνικού συνόλου, με αποτέλεσμα να προκύπτουν νέα δεδομένα και να δημιουργούνται νέες ανάγκες που αφορούν, ανάμεσα σε άλλα, και τις παρεχόμενες, προς τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, υπηρεσίες υγείας. Ως εκ τούτου, η νέα πραγματικότητα επέβαλλε να παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους που χαρακτηρίζονται από ποικίλες διαφορές σε σχέση με το κύριο σώμα των κατοίκων της χώρας. Η ύπαρξη σημαντικού αριθμού μεταναστών σε μία χώρα, οι οποίοι προέρχονται από ετερόκλητα εθνικά, θρησκευτικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα συνιστά αναγκαία παράμετρο όχι μόνο για τη διαπολιτισμική προσέγγιση της ασθένειας, αλλά και για την παροχή διαπολιτισμικής ιατρικής, διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και ευρύτερα διαπολιτισμικών υπηρεσιών υγείας. Αναμφίβολα, στην περίπτωση των παρόχων ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να υπερβούν φραγμούς εθνικότητας, φυλής, θρησκευάματος, χρώματος, ηλικίας, φύλου, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων, προκειμένου να φέρουν εις πέρας το επαγγελματικό τους καθήκον (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008).

Βασικό όρο προκειμένου να διεκπεραιωθεί με επιτυχία το λειτούργημα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί η ύπαρξη ικανοποιητικής επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή, στους γιατρούς και στους νοσηλευτές, η οποία συντελεί στην ικανοποίηση των ασθενών και επιτυγχάνει ταχύτερη προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και γρηγορότερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Για να είναι ουσιαστική η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας πρέπει να χαρακτηρίζεται από διαπολιτισμικά στοιχεία όπως ο σεβασμός στην πολιτισμική ετερότητα και η ανεκτικότητα στους διαφορετικούς πολιτισμικά τρόπους ζωής. Περαιτέρω, η αποτελεσματική επικοινωνία σχετίζεται άμεσα με δεξιότητες όπως η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία και η γνώση του εθιμοτυπικού πρωτοκόλλου για τις στάσεις και τις συμπεριφορές, καθώς αυτές συχνά διαφέρουν μεταξύ των πληθυσμών, γεγονός που υπάρχει περίπτωση να εγείρει σοβαρά εμπόδια στην επικοινωνία. Ειδικότερα, η καλή χρήση της γλώσσας διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία ασθενών και επαγγελματιών υγείας, καθώς περιορίζει τις παρερμηνείες και απομακρύνει την πιθανότητα έλλειψης κατανόησης. Σε περίπτωση που η δυσκολία επικοινωνίας αφορά

τις γλωσσικές διαφορές που υφίστανται ανάμεσα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών, αυτή η δυσκολία είναι δυνατόν να αμβλυνθεί ή να εξαλειφθεί, εφόσον χρησιμοποιηθούν ως μεταφραστές είτε επαγγελματίες, είτε συγγενείς και φίλοι των ασθενών, καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό με όμοιο πολιτισμικό υπόβαθρο (Αποστολαρά, 2013).

Ειδικά η διαπολιτισμική νοσηλευτική έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης, καθώς η επαφή, σωματική και ψυχική, των νοσηλευτών με τους ασθενείς είναι πολύ μεγαλύτερη χρονικά και στενότερη συναισθηματικά σε σχέση με αυτή των ιατρών και των υπόλοιπων εργαζόμενων στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η διαπολιτισμική νοσηλευτική επικεντρώνεται στην ολιστική πολιτισμική φροντίδα και υγεία, αλλά και σε τρόπους διαχείρισης των ασθενειών που πλήττουν τα άτομα που βρίσκονται σε μια δύσκολη συγκυρία της ζωής τους. Χαρακτηρίζεται από την αποδοχή των διαφορών που σχετίζονται με τις πολιτισμικές αξίες, τις προσωπικές αντιλήψεις και τον τρόπο ζωής στοχεύοντας στην προσφορά πολιτισμικά επαρκούς, σταθερής και συμπονετικής φροντίδας (Leininger, 1997). Ως επιτυχής άσκηση του λειτουργήματος του νοσηλευτή θεωρείται η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με πολυπολιτισμικά χαρακτηριστικά, η οποία συνιστά μια αδιαπραγμάτευτη πραγματικότητα στις σύγχρονες κοινωνίες (Smith, 2018).

Τις τελευταίες δεκαετίες στον ελλαδικό και ευρωπαϊκό χώρο οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε μια σημαντική πρόκληση που καθιστά επιβεβλημένη την αποτελεσματική άσκηση των επαγγελματιών τους καθηκόντων σε κοινωνικά σύνολα, των οποίων ο πληθυσμός χαρακτηρίζεται από την πολιτισμική, γλωσσική και θρησκευτική ετερότητα και ανομοιογένεια. Με δεδομένο ότι τα κοινωνικά σύνολα στη σημερινή εποχή της παγκοσμιοποίησης είναι αναμενόμενο να αποτελούνται από ανθρώπους με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο, δημιουργείται η ανάγκη οι νοσηλευτές / τριες να γνωρίζουν τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ανθρώπων, ημεδαπών και αλλοδαπών, να τις κατανοούν και να συμβάλουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην ικανοποίηση των ιατρικών τους αναγκών (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008). Εξάλλου, η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με τη γνώση και την κατανόηση των εκάστοτε πολιτισμικών χαρακτηριστικών του ασθενή, καθώς και της εθνικής του ταυτότητας (Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011).

Με τις επικρατούσες συνθήκες σε Ελλάδα και Ευρώπη η διαπολιτισμική νοσηλευτική κρίνεται επιβεβλημένη και απαραίτητη συνιστώσα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, γι' αυτό είναι αναγκαίο οι νοσηλευτές / τριες να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πολιτισμική επάρκεια, προκειμένου να είναι σε θέση να διαχειριστούν τις διαπολιτισμικές διαφορές των ασθενών τους και να τους παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα, καθώς και διασφάλιση των δικαιωμάτων τους (Κούτα, 2007, Ζυγά, 2010).

Στο σύστημα υγείας, όπως και ευρύτερα στο κοινωνικό σύνολο, άνθρωποι που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες έρχονται αντιμέτωποι με πολιτισμικά εμπόδια, το ρατσισμό, την προκατάληψη, τη διάκριση, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, μολονότι η πολυπολιτισμικότητα στην κοινωνία αποτελεί πλέον μια αποδεκτή κατάσταση. Παράλληλα, στις πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες οφείλεται η αποκομιδή αρνητικών εμπειριών από την παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία συχνά οδηγεί τον ασθενή στην επιλογή να διακόψει την παρακολούθησή του από το γιατρό ή τη θεραπεία του και εν τέλει να οδηγηθεί στον αποκλεισμό από το σύστημα υγείας (Papadopoulos et al., 2011). Για αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας και όσοι ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας είναι αναγκαίο να λαμβάνουν υπόψη τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις και την κουλτούρα του ασθενή, προκειμένου να του παρέχουν αποτελεσματική και ποιοτική παροχή φροντίδας (Κούτα, 2007).

3.3. Ανάγκες εκπαίδευσης των νοσηλευτών στα πλαίσια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής

Οι ανάγκες για την εκπαίδευση των νοσηλευτών πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας έχουν επισημανθεί επανειλημμένα από διάφορους ερευνητές (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008, Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011). Η κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων και των ξεχωριστών αναγκών ατόμων που είναι φορείς διαφορετικής κουλτούρας σχετίζεται άμεσα με την πολιτισμική ευαισθησία και μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιοτικής περίθαλψης (Αργυριάδης & Μπέλλου – Μυλωνά, 2016). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αναγνωρίζεται πια ως ένας ξεχωριστός κλάδος σπουδών και πρακτικής, ο οποίος εστιάζει στην *«συγκριτική ολιστική κουλτούρα της φροντίδας και της υγείας των ανθρώπων σε σχέση με τις διαφορές και τις ομοιότητες στις*

πολιτιστικές τους αξίες και πεποιθήσεις» (Καλαματιανού, 2019) προκειμένου το υγειονομικό προσωπικό να παρέχει μια επαρκή, πολιτισμική, αποτελεσματική περίθαλψη. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να είναι εκπαιδευμένο, ώστε να παρεμβαίνει θεραπευτικά σε περιπτώσεις ατόμων που εκπροσωπούν διαφορετικό πολιτισμό. Οι πολιτιστικές ανάγκες που ανακύπτουν και κρίνεται σκόπιμο να καλύπτονται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι:

- η ισότητα πρόσβασης στις θεραπευτικές πρακτικές.
- ο σεβασμός των θρησκευτικών, πολιτισμικών και προσωπικών πεποιθήσεων των ατόμων.
- η επικοινωνία (Ζυγά, 2011).

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς θέτουν το ερώτημα αν τελικά οι νοσηλευτές κατέχουν το απαραίτητο γνωστικό υπόβαθρο, ώστε να προσαρμόζουν αποτελεσματικά τη φροντίδα υγείας στα άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται ότι ενώ οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στην περίθαλψη και τη φροντίδα των πληθυσμών με πολιτισμική ετερότητα και επιδεικνύουν σεβασμό απέναντι στις πεποιθήσεις τους, η εκπαίδευσή τους παρουσιάζει ελλείψεις όσον αφορά την προετοιμασία τους σε θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής (Καυκιά, 2003).

Η σημασία της εκπαίδευσης των νοσηλευτών έχει γίνει αντιληπτή, γι' αυτό και ήδη τα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ανώτερων και Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων Νοσηλευτικής εστιάζουν στην παροχή μιας ανθρωπιστικής προσέγγισης εκπαίδευσης που να καλλιεργεί την ανεκτικότητα και το σεβασμό στη διαφορετικότητα. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η απουσία πολιτισμικής εκπαίδευσης από την πλευρά του υγειονομικού προσωπικού μπορεί να προκαλέσει οικονομικές απώλειες ή και να έχει ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Έχουν, δε, αναφερθεί περιπτώσεις στις οποίες ο εθνοκεντρισμός του προσωπικού, η αυστηρή τήρηση των δικών του πολιτισμικών πεποιθήσεων και η επιβολή τους σε άτομα διαφορετικής κουλτούρας, καθώς και η αδυναμία κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων τους έχουν προκαλέσει την ιδρυματοποίηση ατόμων λόγω εσφαλμένης διάγνωσης (Καλοκαιρινού, Κορδέλλα, Τολικά, 2003).

Ο κώδικας δεοντολογίας του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN) έχει επισημάνει την αναγκαιότητα για καθολική νοσηλευτική φροντίδα που θα αναδεικνύει το σεβασμό στη διαφορετικότητα, στην ανθρώπινη ζωή και τα

ανθρώπινα δικαιώματα ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη θρησκεία, τη γλώσσα, το φύλο, την ηλικία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, την κοινωνική θέση. Το Διεθνές Συμβούλιο ορίζει, επίσης, ότι για να διασφαλιστεί η καλλιέργεια της πολιτιστικής ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτείται κατάλληλη κατάρτιση σε όλες τις βαθμίδες της νοσηλευτικής εκπαίδευσης (ICN, 2019).

Οι φοιτητές αλλά και οι επαγγελματίες νοσηλευτικής επιβάλλεται να επιμορφώνονται συνεχώς για τις κουλτούρες που επικρατούν. Τις τελευταίες δεκαετίες στις χώρες που χαρακτηρίζονται από πολυπολιτισμικότητα αντιμετωπίζεται με μεγαλύτερη σοβαρότητα το ζήτημα της πολιτισμικής ευαισθησίας. Έχουν προσαρμοστεί κατάλληλα τα προγράμματα εκπαίδευσης, ώστε να ενσωματώνουν γνώσεις και δεξιότητες που θεωρούνται απαραίτητες για την επαρκή διαπολιτισμική φροντίδα. Οι κανονισμοί που αφορούν τα αναλυτικά προγράμματα των αντίστοιχων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων περιλαμβάνουν τις έννοιες της πολιτισμικής ικανότητας, της ασφάλειας, του σεβασμού και της αποδοχής. Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε να διασφαλιστεί η πολιτισμική επάρκεια των παρόχων υγειονομικής φροντίδας και να καλύπτονται οι ανάγκες των μειονοτικών πληθυσμών (Creech et al., 2017).

3.4. Σκοπός της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας

Ο σκοπός, λοιπόν, της νοσηλευτικής εκπαίδευσης επιβάλλεται να στοχεύει στην επαρκή κατάρτιση των επαγγελματιών φροντίδας, ώστε να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να λειτουργούν αποτελεσματικά απέναντι στους ασθενείς τους. Ήδη τα προγράμματα σπουδών αναπροσαρμόζονται, ώστε να πληρούν τις προϋποθέσεις που απαιτούνται, προκειμένου να παρέχεται ολιστική φροντίδα σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης (Κοτζαμπασάκη, 2004). Ο βασικός άξονας πάνω στον οποίο κινούνται οι γενικές αρχές των εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι αυτός του σεβασμού και της ανεκτικότητας των πεποιθήσεων, ακόμα κι αν διαφοροποιούνται από αυτές των νοσηλευτών. Περαιτέρω, η επιμόρφωση των επαγγελματιών κρίνεται απαραίτητο να συμβαδίζει με τη στρατηγική που ακολουθείται σε όλες τις πολυπολιτισμικές κοινωνίες και η οποία στηρίζεται στους εξής πυλώνες (Zahedi & Larijani, 2009):

- στις αρχές της ελευθερίας και της ισότητας που επιτρέπουν τη διαφορετικότητα

- στο σεβασμό του δικαιώματος της ελεύθερης έκφρασης πολιτισμικών αξιών και πεποιθήσεων

- στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης που αφορά την ισότιμη μεταχείριση των διαφόρων αλλοεθνών πληθυσμιακών ομάδων αλλά και την παροχή ίσων ευκαιριών χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, γλωσσικές, πολιτισμικές διακρίσεις.

Μέσα από το διαπολιτισμικό της προσανατολισμό η νοσηλευτική εκπαίδευση καταφέρνει να ευαισθητοποιήσει τους νοσηλευτές, να τους επιμορφώνει συνεχώς σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα στις κουλτούρες των λαών και να τους προετοιμάζει, ώστε να κατακτήσουν το υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας και ικανότητας, προκειμένου να εφαρμόζουν τις κατάλληλες θεραπευτικές πρακτικές. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική εκμηδενίζει τις αποστάσεις, καταργεί τις διακρίσεις, προάγει την αλληλεγγύη, τη συναδέλφωση, την αλληλοαποδοχή. Υπερβαίνει τους φραγμούς και δίνει νόημα στο ενδιαφέρον για τον άνθρωπο και το κοινωνικό σύνολο σε ευαίσθητα θέματα που αφορούν την υγεία και τη φροντίδα της (Yakar & Alpar, 2018).

3.5. Προτάσεις για την αναδιοργάνωση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Για να είναι σε θέση να αποκτήσουν πολιτισμική επάρκεια οι νοσηλευτές και να παρέχουν ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες στους ασθενείς τους έχουν κατά καιρούς επισημανθεί κάποια βασικά σημεία που καθιστούν εφικτή την προσαρμογή των νοσηλευτικών υπηρεσιών μέσα στο πολυπολιτισμικό πλαίσιο της κάθε κοινωνίας (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008):

- τα αντικείμενα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής θα πρέπει να έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα στα αντίστοιχα εκπαιδευτικά ιδρύματα, ενώ οι φοιτητές της νοσηλευτικής απαιτείται να διδάσκονται και στοιχεία της Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, μιας επιστήμης που διερευνά τις διαφορετικές μορφές της ανθρώπινης ύπαρξης και εμπειρίας σε όλο τους το φάσμα και εντοπίζει τις γενικές και ειδικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζονται οι πολιτισμικές διαφορές και ομοιότητες των ανθρώπων των διάφορων κοινωνιών.

- η διαπολιτισμική νοσηλευτική εκπαίδευση καλό είναι να ανατίθεται σε εξειδικευμένο, κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό για να μεταδίδει με τον κατάλληλο τρόπο τις βασικές αρχές του αντικειμένου και να καλλιεργεί στους μελλοντικούς επαγγελματίες την πολιτισμική ικανότητα και ευαισθησία. Ιδανικά, θα μπορούσε και το εκπαιδευτικό προσωπικό να ανήκει σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες (Καυκιά, 2003) ή οι φοιτητές που είναι φορείς διαφορετικής κουλτούρας να καταθέτουν τις εμπειρίες τους και να παρέχουν πληροφορίες για το πολιτισμικό τους υπόβαθρο.

- τα προγράμματα σπουδών είναι επιβεβλημένο να ενημερώνουν για την πολιτισμική ανομοιογένεια της κάθε κοινωνίας. Καλό είναι να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε μειονοτική ομάδα αλλά και σχετικά με την ταυτότητα των ομάδων αυτών, τις ασθένειες που εκδηλώνονται πιο συχνά στις περιοχές από τις οποίες προέρχονται, τις συνθήκες διαβίωσης που μπορεί να ευνοούν την εμφάνιση ή τη μετάδοση διάφορων νοσημάτων (Πουρναράς και συν., 2004).

- η πρακτική εξάσκηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που εξασφαλίζει εμπειρία στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ήδη από τη φοιτητική τους θητεία η επαφή των νοσηλευτών με άτομα διαφορετικής κουλτούρας, προέλευσης και εθνικότητας μπορεί να τους εφοδιάσει με ανεκτίμητες γνώσεις που θα φανούν χρήσιμες στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Κοτζαμπασάκη, 2004).

- τα προγράμματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής που εφαρμόζονται σε φοιτητές αλλά και επαγγελματίες νοσηλευτές και που προβλέπουν ανταλλαγή προσωπικού ανάμεσα σε χώρες με πολιτισμικές διαφορές μπορούν επίσης να φανούν εξαιρετικά χρήσιμα. Το υγειονομικό προσωπικό με αυτό τον τρόπο μπορεί να γνωρίζει δια ζώσης διαφορετικά ήθη, έθιμα, παραδόσεις, πολιτισμικό υπόβαθρο και να ενσωματώσει στις πρακτικές που ακολουθεί τα κατάλληλα στοιχεία που θα αναβαθμίσουν ποιοτικά τις υπηρεσίες που παρέχει.

- η νοσηλευτική εκπαίδευση κρίνεται απαραίτητο να πριμοδοτεί επιστημονικές μελέτες και ερευνητικά έργα που αφορούν την πολυπολιτισμικότητα και τη διαφοροποίηση ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες που μπορεί να συμβιώνουν σε μία κοινωνία. Με αυτό τον τρόπο θα αναδεικνύονται τα προβλήματα που υφίστανται μέσα από συγκεκριμένα δεδομένα και θα καταβάλλεται προσπάθεια να ανευρίσκονται λύσεις για τις ευαίσθητες ανάγκες των μειονοτήτων (Καυκιά, 2003).

- η οργάνωση επιστημονικών ημερίδων, σεμιναρίων, συνεδρίων και ενημερώσεων σχετικά με την πολιτισμική ετερότητα και τις διαφορετικές ανάγκες των μειονοτικών πληθυσμών θα συμβάλει στη δια βίου επιμόρφωση των νοσηλευτών και στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι ένας τρόπος να ανανεώνονται συνεχώς και να προσαρμόζονται στα εκάστοτε δεδομένα οι γνώσεις που αφορούν την προσφορά ολιστικής φροντίδας υγείας σε άτομα πολιτιστικά ετερογενή (Καυκιά, 2003).

- τέλος, θεωρείται απαραίτητο να εμπλουτιστούν οι βιβλιοθήκες των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και των υγειονομικών δομών με βιβλία και επιστημονικά περιοδικά που αφορούν την προσφορά της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και την αναγκαιότητα της πολιτισμικής επάρκειας από την πλευρά των νοσηλευτών.

Συμπέρασμα θεωρητικού μέρους

Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μια δραματική αύξηση των ποσοστών των πληθυσμιακών μετακινήσεων στις χώρες της Ευρώπης αλλά και στις υπόλοιπες ηπείρους. Το 3,5% του παγκόσμιου πληθυσμού ή 272 εκατομμύρια άνθρωποι είναι μετανάστες σύμφωνα με τον Τομέα Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019). Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) (2019) το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα ανέρχεται στο 10% περίπου του γενικού πληθυσμού.

Ως μετανάστευση ορίζεται, τόσο από τους κανόνες του διεθνούς δικαίου όσο και από τις αρχές των κοινωνικών επιστημών, η μετακίνηση των ανθρώπων από τις πατρογονικές τους εστίες σε άλλες χώρες προκειμένου να εγκατασταθούν εκεί. Το βασικό κίνητρο που ωθεί τα άτομα στη μετανάστευση είναι η επιθυμία για καλύτερο βιοτικό επίπεδο και ποιότητα στον τρόπο ζωής, δηλαδή, περισσότερες ευκαιρίες για απασχόληση, καλύτερη εκπαίδευση και υπηρεσίες υγείας κ.λπ., τις οποίες στερούνται στη χώρα προέλευσης (Bochner, 2003).

Αυτό που συχνά αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης είναι κατά πόσο οι μετανάστες διαφέρουν από τον εγγενή πληθυσμό και κατά πόσο μπορούν να επηρεάσουν τη ζήτηση για κοινωνική υποστήριξη και υγειονομική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, προκύπτουν νέα δεδομένα στην υγειονομική περίθαλψη, όπου οι επαγγελματίες υγείας και οι εξυπηρετούμενοι διαφέρουν όλο και περισσότερο τόσο στην εθνικότητα όσο και στην κουλτούρα. Οι επαγγελματίες υγείας στην διάρκεια της

επαγγελματικής τους διαδρομής καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς και οικογένειες που προέρχονται από άλλους πολιτισμούς και διαφορετικές κουλτούρες, ειδικά στις μέρες μας που η πλειονότητα των ανθρώπων ζει σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες. Η προσέγγιση αυτών των ασθενών για την παροχή κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας απαιτεί την επαρκή πολιτισμική γνώση, ευαισθησία, επαγρύπνηση και πρακτική από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας υγείας , απαιτεί γνώση και κατανόηση των ιδιαίτερων πολιτισμικών χαρακτηριστικών τους. Προϋποθέτει εξατομικευμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα, βασισμένη στη γνώση των αξιών υγείας και της ασθένειας, στην θρησκεία, στην ιστορία, στην φιλοσοφία του πολιτισμού, στα ήθη και έθιμα, στις πεποιθήσεις και συμπεριφορές , στον τρόπο ζωής μέσα στις διάφορες κουλτούρες. Προϋποθέτει επίσης πολιτισμική ενσυναίσθηση, σωστή σχέση και επικοινωνία, αποδοχή και σεβασμό στην διαφορετικότητα. Η ποιοτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή πραγματοποιείται με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και την αποτελεσματική επικοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ο βαθμός της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της γνώσης, της ευαισθησίας και της πρακτικής, για άτομα που εργάζονται στη Λάρισα και στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας και εν συνεχεία να μελετηθεί η μεταξύ τους σχέση.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα ήταν η εύρεση συσχετίσεων μεταξύ:

- των στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση και των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών τους, ήτοι: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επιμόρφωση στην διαπολιτισμικά θέματα, ξένες γλώσσες και επάγγελμα.
- των στάσεων των ερωτηθέντων για την πολιτισμική γνώση και των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών τους, ήτοι: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επιμόρφωση στην διαπολιτισμικά θέματα, ξένες γλώσσες και επάγγελμα.
- της πολιτισμικής ευαισθησίας των ερωτηθέντων και των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών τους, ήτοι: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επιμόρφωση στην διαπολιτισμικά θέματα, ξένες γλώσσες και επάγγελμα.
- της πολιτισμικής πρακτικής των ερωτηθέντων και των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών τους, ήτοι: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επιμόρφωση στην διαπολιτισμικά θέματα, ξένες γλώσσες και επάγγελμα.
- των τεσσάρων ανωτέρω κλιμάκων, μεταξύ τους.

4.2 Εργαλείο και διαδικασία μέτρησης

Η ερευνήτρια, μοίρασε 102 έντυπα ερωτηματολόγια, στην περιοχή της Λάρισας αλλά και σε άλλες περιοχές της Θεσσαλίας από 15/2/2020 έως και 15/4/2020

χρησιμοποιώντας δείγμα ευκολίας ενώ ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης ήταν κατά προσέγγιση 20 λεπτά. Κάθε ερωτηματολόγιο περιέχει κείμενο συνοδευτικής επιστολής που εξηγεί τα στοιχεία του ερευνητή, τον σκοπό της μελέτης, αλλά και τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από πέντε επιμέρους κομμάτια: α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, β) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης, γ) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της πολιτισμικής γνώσης, δ) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της πολιτισμικής ευαισθησίας και ε) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της πολιτισμικής πρακτικής.

Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

4.2.1 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής επαγρύπνησης

Στην έρευνα αυτή ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε σχετιζόταν με το μέτρο των προτάσεων που αξιολογεί πολιτισμική επαγρύπνηση και αποτελεί ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέσο μέτρησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης.

Το υποεργαλείο αυτό όπως και αυτά που ακολουθούν, αποτελούν μέρος του Cultural Competence Assessment Tool (CCA), που είναι σύντομο και αξιόπιστο εργαλείο που σχεδιάστηκε Gamst, G., Dana, R., Der – Karabetian, A., Aragon, M., Arellano, L., Morrow, G., & Martenson, L. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί στα ελληνικά.

Οι απαντήσεις περιγράφουν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις 1 έως 10 αναφέρονται στη συμφωνία και την διαφωνία των νοσηλευτών. Αναλυτικά, τα αντικείμενα 1 έως 10 αξιολογούν τη συμφωνία, σύμφωνα με την κάτωθι κλίμακα: Συμφωνώ απόλυτα = 1, Συμφωνώ = 2, Διαφωνώ = 3, Διαφωνώ απόλυτα = 4.

4.2.2 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής γνώσης

Στην έρευνα αυτή ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε σχετιζόταν με το μέτρο των προτάσεων που αξιολογεί πολιτισμική γνώση και αποτελεί ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέσο μέτρησης της πολιτισμικής γνώσης.

Οι απαντήσεις περιγράφουν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις 1 έως 10 αναφέρονται στη συμφωνία και την διαφωνία των νοσηλευτών. Αναλυτικά, τα αντικείμενα 1 έως 10 αξιολογούν τη συμφωνία, σύμφωνα με την κάτωθι κλίμακα: Συμφωνώ απόλυτα = 1, Συμφωνώ = 2, Διαφωνώ = 3, Διαφωνώ απόλυτα = 4.

4.2.3 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής ευαισθησίας

Στην έρευνα αυτή ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε σχετιζόταν με το μέτρο των προτάσεων που αξιολογεί πολιτισμική ευαισθησία και αποτελεί ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέσο μέτρησης της πολιτισμικής ευαισθησίας.

Οι απαντήσεις περιγράφουν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις 1 έως 10 αναφέρονται στη συμφωνία και την διαφωνία των νοσηλευτών. Αναλυτικά, τα αντικείμενα 1 έως 10 αξιολογούν τη συμφωνία, σύμφωνα με την κάτωθι κλίμακα: Συμφωνώ απόλυτα = 1, Συμφωνώ = 2, Διαφωνώ = 3, Διαφωνώ απόλυτα = 4.

4.2.4 Ερωτηματολόγιο πολιτισμικής πρακτικής

Στην έρευνα αυτή ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε σχετιζόταν με το μέτρο των προτάσεων που αξιολογεί πολιτισμική πρακτική και αποτελεί ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο μέσο μέτρησης της πολιτισμικής πρακτικής.

Οι απαντήσεις περιγράφουν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις 1 έως 10 αναφέρονται στη συμφωνία και την διαφωνία των νοσηλευτών. Αναλυτικά, τα αντικείμενα 1 έως 10 αξιολογούν τη συμφωνία, σύμφωνα με την κάτωθι κλίμακα: Συμφωνώ απόλυτα = 1, Συμφωνώ = 2, Διαφωνώ = 3, Διαφωνώ απόλυτα = 4.

Σε κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου, υπολογίσαμε το συντελεστή εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha, με το διάστημα 0,7 – 0,79 των τιμών να δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια και το διάστημα 0,8 – 0,89 να δηλώνει καλή εσωτερική συνέπεια για το ερωτηματολόγιο (Γαλάνης, 2013). Για την υποκλίμακα αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης ο Cronbach's alpha ήταν 0,718, για την

υποκλίμακα πολιτισμική γνώσης ήταν 0,773 ενώ η υποκλίμακα πολιτισμικής εμπειρίας ήταν 0,758 και όσον αφορά την υποκλίμακα πολιτισμική πρακτική 0,774.

Πίνακας 1: Αξιοπιστία για τις του ερωτηματολογίου

| Κλίμακα | Cronbach's alpha |
|-------------------------|-------------------------|
| Πολιτισμική επαγρύπνηση | 0,718 |
| Πολιτισμική γνώση | 0,773 |
| Πολιτισμική εμπειρία | 0,758 |
| Πολιτισμική πρακτική | 0,774 |

4.3 Στατιστική ανάλυση και περιγραφή αποτελεσμάτων

4.3.1 Ανάλυση δεδομένων

Για τον υπολογισμό των εξαρτημένων μεταβλητών υπολογίσαμε το άθροισμα των ερωτήσεων για την αξιολόγηση ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση, την πολιτισμική γνώση των νοσηλευτών, της υποκλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας εμπειριών και της υποκλίμακας πολιτισμικής πρακτικής.

Η συνολική βαθμολόγηση αξιολόγησης των απόψεων ως προς την υποκλίμακα πολιτισμικής επαγρύπνησης, προέκυψε από την άθροιση των απαντήσεων για τις ερωτήσεις 1 ως 10 του πρώτου ερωτηματολογίου και παίρνει τιμές 10 έως 40. Η αύξηση στη συνολική βαθμολογία δηλώνει αναλογική μείωση συμφωνίας όσον αφορά τη πολιτισμική επαγρύπνηση.

Η συνολική βαθμολόγηση της υποκλίμακας πολιτισμικής γνώσης υπολογίζεται από την άθροιση των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 ως 10 του δεύτερου ερωτηματολογίου και παίρνει τιμές 10 ως 40. Η αύξηση στη συνολική βαθμολογία δηλώνει μείωση του επιπέδου πολιτισμικής γνώσης.

Η συνολική βαθμολόγηση της υποκλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 ως 10 του τρίτου ερωτηματολογίου και παίρνει τιμές 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας δηλώνει μείωση της πολιτισμικής εμπειρίας.

Η συνολική βαθμολόγηση της υποκλίμακας πολιτισμικής πρακτικής προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 ως 10 του τέταρτου

ερωτηματολογίου και λαμβάνει τιμές 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας δηλώνει μείωση των επιπέδων πολιτισμικής πρακτικής.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και πολιτιστικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Όσον αφορά τις ποιοτικές μεταβλητές η ανάλυση πραγματοποιείται με την παρουσίαση των απόλυτων (n) και σχετικών συχνοτήτων (%), ενώ σε σχέση με τις ποσοτικές μεταβλητές με την χρήση των κατάλληλων μέτρων θέσης και διασποράς, δηλαδή της μέσης τιμής, της τυπικής απόκλισης, της ελάχιστης τιμής και μέγιστης τιμής (Γαλάνης, 2015). Για τον έλεγχο ύπαρξης κανονικής κατανομής στις ποσοτικές μεταβλητές έγινε χρήση του έλεγχου των Kolmogorov – Smirnov.

Για τη διερεύνηση ύπαρξης πιθανών συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε Επαγωγική Ανάλυση. Στις υποκλίμακες που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, ο έλεγχος της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μια ποσοτική μεταβλητή και μια ανεξάρτητη διχοτομική μεταβλητή, υλοποιήθηκε με τη δοκιμή t – test, ενώ για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης ανάμεσα σε μία ποσοτική και μια κατηγορική μεταβλητή με τρεις ή περισσότερες κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση One – Way ANOVA. Σε υποκλίμακες που δεν ακλούθησαν την κανονική κατανομή, ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μια ποσοτική μεταβλητή και μια ποιοτική διχοτομική μεταβλητή έγινε χρήση ο έλεγχος Mann – Whitney, ενώ για τον έλεγχο της ύπαρξης για πιθανή σχέση ανάμεσα σε μία ποσοτική μεταβλητή και μια κατηγορική μεταβλητή με περισσότερες κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal – Wallis. Για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για μεταβλητές που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (παραμετρικός έλεγχος), ενώ για μη παραμετρικό έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Η εσωτερική εγκυρότητα των κλιμάκων της πολιτισμικής επαγρύπνησης και της πολιτισμικής γνώσης, της κλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας και της κλίμακας πολιτισμικής πρακτικής ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's – Alpha .

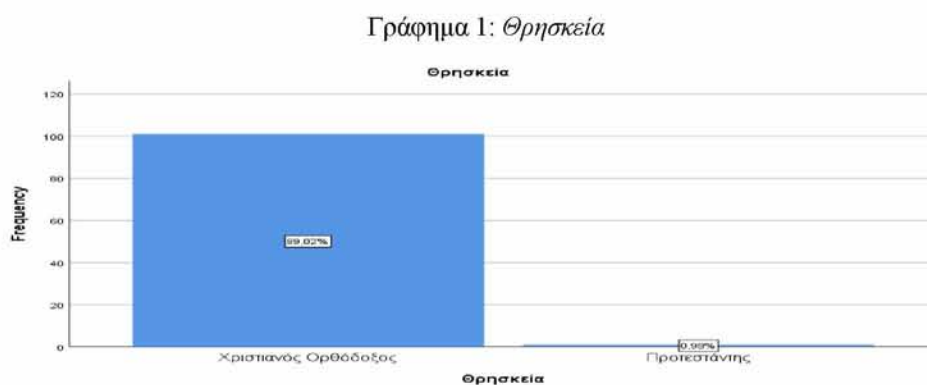
Τέλος, ορίστηκε η στάθμη σημαντικότητας ίση με 5% εκτός αν υπάρχει κάποια άλλη ένδειξη στο κάτω μέρος του πίνακα. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του IBM SPSS Statistics 25.0.

4.3.2 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 102 συμμετέχοντες, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά στοιχεία των οποίων παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Το 17,8% ήταν άνδρες και το 82,2% γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων διαμορφώθηκε σε μέση τιμή 44 έτη με τυπική απόκλιση 10,6 έτη.

Το 15,7% ήταν άγαμοι, το 78,4% έγγαμοι και το 5,9% μονογονεϊκή οικογένεια ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο διαμορφώθηκε ως εξής: το 14,6% ήταν απόφοιτοι Μέσης Εκπαίδευσης, το 7,3% απόφοιτοι Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης, ενώ το 78,1% απόφοιτοι Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι..

Περαιτέρω ανάλυση της σύστασης του δείγματος (Διάγραμμα 1), δείχνει ότι 99,0% των ερωτηθέντων είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι και μόλις το 1% είναι προτεστάντες.



Όσον αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 2), το 2,0% ήταν ιατροί, το 68,7% νοσηλευτές, το 13,1% βοηθοί νοσηλευτών, το 7,1% μαιές και το 1% Φυσικοθεραπευτές. Το υπόλοιπο 8,1% μοιράζεται σε άλλους τομείς (Πίνακας 2.1).

Γράφημα 2: Επάγγελμα



Πίνακας 2: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

| Μεταβλητή | Επιλογές | Συχνότητα (f) | Ποσοστό (%) | |
|------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------|---------|
| Φύλο | Άνδρας | 18 | 17,8 | |
| | Γυναίκα | 83 | 82,2 | |
| Επίπεδο Εκπαίδευσης | Μέση εκπαίδευση | 1 | 0,9 | |
| | Μεταλυκειακή εκπαίδευση | 24 | 22,1 | |
| | Ανώτατη Εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι. – Α.Ε.Ι.) | 70 | 64,2 | |
| Επάγγελμα που ασκείτε | Ιατρός | 2 | 2,0 | |
| | Νοσηλεύτης | 68 | 68,7 | |
| | Βοηθός νοσηλεύτη | 13 | 13,1 | |
| | Μαία | 7 | 7,1 | |
| | Φυσικοθεραπευτής | 1 | 1,0 | |
| | Άλλο | 8 | 8,1 | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 16 | 15,7 | |
| | Έγγαμος/η | 80 | 78,4 | |
| | Μονογονεϊκή οικογένεια | 6 | 5,9 | |
| Θρησκεία | Χριστιανός Ορθόδοξος | 101 | 99,0 | |
| | Προτεστάντης | 1 | 1,0 | |
| Μεταβλητή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Ελάχιστο | Μέγιστο |
| Ηλικία | 44,13 | 10,551 | 20 | 63 |

Το 15,8% έχει παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα και το 84,2% δεν έχει παρακολουθήσει. Όσον αφορά αυτούς που παρακολούθησαν το 55,6% των συμμετεχόντων έχει παρακολουθήσει μαθήματα έως 3 μηνών, το 33,3% έχει παρακολουθήσει μαθήματα 3 έως 6 μηνών και το 11,1% μαθήματα άνω των 6 μηνών στον πίνακα 2.2.

Το 10,0% έχει ζήσει εκτός Ελλάδος και το 90,0% όχι. Όσον αφορά τα χρόνια παραμονής εκτός Ελλάδος των συμμετεχόντων έζησαν, διαμορφώθηκε σε μέση τιμή 10,5 έτη με τυπική απόκλιση 12,9 έτη.

Το 50,0% έχει κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός Ελλάδος ενώ το 50,0% δεν έχει, το 81,2% μιλάει ξένες γλώσσες και το 18,8% χήροι ενώ η κατανομή των ξένων γλωσσών διαμορφώθηκε ως εξής: το 84,2% μιλάνε Αγγλικά, το 5,3% Γερμανικά, το 2,6% Ιταλικά, το 1,3% Ισπανικά ενώ το 6,6% μοιράζεται σε άλλες γλώσσες.

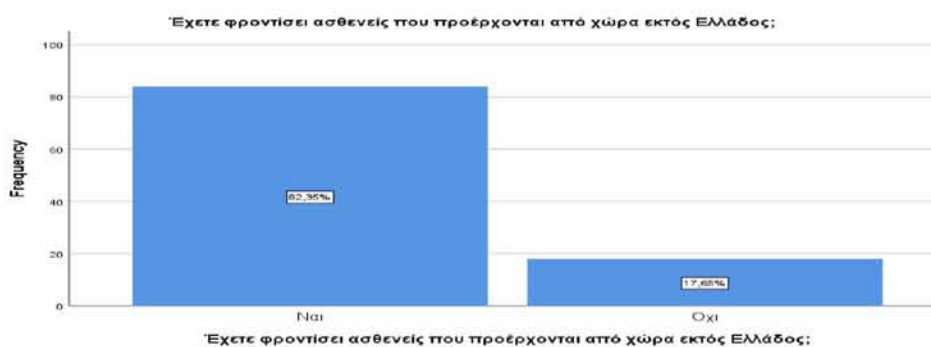
Περαιτέρω ανάλυση της σύστασης του δείγματος (Γράφημα 3), δείχνει ότι 50,5% των ερωτηθέντων ταξιδεύει στο εξωτερικό, το 49,5% με το 89,1% αυτών που ταξιδεύουν, να ταξιδεύει 1 φορά το χρόνο, το 8,7% έχει ταξιδέψει 2 – 3 φορές, 2,2% έχει ταξιδέψει πάνω από 4 φορές το χρόνο.

Γράφημα 3: Πόσο συχνά ταξιδεύετε στο εξωτερικό;



Όσον αφορά την φροντίδα ασθενών που προέρχονται από χώρα εκτός Ελλάδος (Γράφημα 4), το 82,4% έχει φροντίσει τέτοιου είδους ασθενή, το 17,6% δεν έχει (Πίνακας 3).

Γράφημα 4: Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρα εκτός Ελλάδος;



Πίνακας 3: Πολιτισμικά χαρακτηριστικά

| Μεταβλητή | Επιλογές | Συχνότητα (f) | Ποσοστό (%) | |
|--|--------------------------------|-----------------|-------------|---------|
| Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα; | Ναι | 16 | 15,8 | |
| | Όχι | 85 | 84,2 | |
| Αν Ναι | Μαθήματα διάρκειας έως 3 μήνες | 5 | 55,6 | |
| | Μαθήματα από 3 έως 6 μήνες | 3 | 33,3 | |
| | Μαθήματα πάνω από 6 μήνες | 1 | 11,1 | |
| Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδος; | Ναι | 10 | 10,0 | |
| | Όχι | 90 | 90,0 | |
| Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός Ελλάδος; | Ναι | 50 | 50,0 | |
| | Όχι | 50 | 50,0 | |
| Μιλάτε ξένες γλώσσες; | Ναι | 82 | 81,2 | |
| | Όχι | 19 | 18,2 | |
| Αν Ναι ποιες; | Αγγλικά | 64 | 84,2 | |
| | Γερμανικά | 4 | 5,3 | |
| | Ιταλικά | 2 | 2,6 | |
| | Ισπανικά | 1 | 1,3 | |
| | Άλλη | 5 | 6,6 | |
| Ταξιδεύετε στο εξωτερικό; | Ναι | 51 | 50,5 | |
| | Όχι | 50 | 49,5 | |
| Αν Ναι πόσο συχνά; | 1 φορά τον χρόνο | 41 | 89,1 | |
| | 2 – 3 φορές τον χρόνο | 4 | 8,7 | |
| | Πάνω από 4 φορές το χρόνο | 1 | 2,2 | |
| Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρες εκτός Ελλάδος; | Ναι | 84 | 82,4 | |
| | Όχι | 18 | 17,7 | |
| Μεταβλητή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Ελάχιστο | Μέγιστο |
| Αν Ναι, πόσα χρόνια ζήσατε εκτός Ελλάδος; | 10,57 | 12,993 | 2 | 35 |

4.3.3 Εκτίμηση στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης. Αναλυτικά, το 49,0% παραδέχεται ότι η πολιτισμική ανατροφή επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουν τους ανθρώπους, το 47,1% διαφωνούν ότι οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες με τους ντόπιους. Το 58,8% θεωρεί υπάρχουν διαφορετικές αξίες και πιστεύω μεταξύ των ατόμων της ίδιας εθνικής ομάδας.

Το 65,3% συμφωνεί πως το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά με την εθνότητα και την διαμόρφωση ταυτότητας. Το 59,4% του δείγματος αναφέρει πως η αλλαγή εθνικής ταυτότητας επέρχεται τόσο με την πάροδο του χρόνου όσο με την επίδραση κοινωνικών παραγόντων. Το 68,0% του πληθυσμού θεωρεί ότι μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες και 78,8% ανέφερε πως οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση επιλέγουν την αντίστοιχη πτυχή της κουλτούρας.

Περίπου το 74,0% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικών ομάδων μπορεί να έχουν ίδιες ανάγκες αλλά τις εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο. Μόλις 20,6% του συνόλου, διαφωνούν με την άποψη ότι αν δεν θέλουν να επιβάλλουν τις δικές τους αξίες πρέπει να γνωρίζουν αυτές του πελάτη που εξυπηρετούν. Τέλος, μέτριο ποσοστό, της τάξης του 69,6% κρίνει πως η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Πίνακας 4: Απαντήσεις σχετικά με την πολιτισμική επαγρύπνηση

| | Συμφωνώ απόλυτα | | Συμφωνώ | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | |
|---|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Η πολιτισμική ανατροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους. | 44 | 43,2% | 50 | 49,0% | 8 | 7,8% | 0 | 0,0% |
| 2. Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεποιθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας. | 8 | 7,8% | 38 | 37,3% | 48 | 47,1% | 8 | 7,8% |
| 3. Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύω ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας. | 13 | 12,7% | 60 | 58,8% | 29 | 28,5% | 0 | 0,0% |
| 4. Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνότητα, στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου. | 19 | 18,8% | 66 | 65,4% | 16 | 15,8% | 0 | 0,0% |
| 5. Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την επιρροή διαφόρων κοινωνικών παραγόντων. | 16 | 15,8% | 60 | 59,4% | 22 | 21,8% | 3 | 3,0% |
| 6. Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο. | 21 | 21,0% | 68 | 68,0% | 11 | 11,0% | 0 | 0,0% |
| 7. Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση επιλέγουν τις πιο σχετικές πτυχές της κουλτούρας τους. | 10 | 10,1% | 78 | 78,8% | 11 | 11,1% | 0 | 0,0% |
| 8. Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους. | 20 | 19,8% | 74 | 73,2% | 3 | 3,0% | 4 | 4,0% |

| | | | | | | | | |
|--|----|-------|----|-------|----|-------|---|------|
| 9. Για να αποφύγουν την επιβολή δικών τους αξιών σε έναν πελάτη, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις αξίες τους και πεποιθήσεις. | 17 | 16,7% | 64 | 62,7% | 21 | 20,6% | 0 | 0,0% |
| 10. Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. | 16 | 15,7% | 71 | 69,6% | 15 | 14,7% | 0 | 0,0% |

Όσον αφορά τη γνώση της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 7,7, η τυπική απόκλιση ήταν 1,8, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες γνωρίζουν καλά την εθνική και πολιτισμική ταυτότητα τους.

4.3.4 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική γνώση

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης. Αναλυτικά, το 59,4% παραδέχεται η καταγραφή της εθνότητας των πελατών μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη πρόσβαση τους, το 29,7% θεωρεί ότι η αποτελεσματική θεραπεία δεν απαιτεί επαρκή γνώση της κουλτούρας. Το 62,4% δηλώνει δεν είναι εφικτή η επαρκής γνώση της κουλτούρας όλων των ανθρώπων.

Το 61,4% βρίσκει ότι υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουν σε σχέση με τις παραδόσεις του πελάτη,. Το 64,0% του δείγματος καταθέτει πως οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες δυσκολεύονται στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το 58,0% του πληθυσμού αναφέρει πως η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινότητα οδηγεί τον άνθρωπο σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία και 51,0% ανέφερε πως τα ποσοστά θνησιμότητας νηπίων είναι μεγαλύτερα στις μειονότητες από τον εθνικό μέσο όρο.

Περίπου το 66,0% των ερωτηθέντων θεωρεί τα ποσοστά φυματίωσης είναι μεγαλύτερο μεταξύ Ασιατικών εθνικοτήτων. Μόλις 19,8% του συνόλου, δεν θεωρεί πως είναι σημαντική αναγνώριση των πολιτισμικών πιστεύω των διαφόρων ομάδων άλλων εθνικοτήτων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τέλος, υψηλό ποσοστό, της τάξης του 73,3% κρίνει τα ποσοστά του ιού HBV υψηλότερα μεταξύ μεταναστών εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πίνακας 5: Απαντήσεις σχετικά με την πολιτισμική γνώση

| | Συμφωνώ απόλυτα | | Συμφωνώ | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | |
|--|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Η καταγραφή της εθνότητας των πελατών, μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση αποτελεσματικότερης πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών | 22 | 21,8% | 60 | 59,4% | 19 | 18,8% | 0 | 0,0% |
| 2. Η αποτελεσματική φροντίδα απαιτεί επαρκή γνώση της κουλτούρας του πελάτη | 19 | 18,8% | 52 | 51,5% | 30 | 29,7% | 0 | 0,0% |
| 3. Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων | 34 | 33,7% | 63 | 62,4% | 4 | 3,9% | 0 | 0,0% |
| 4. Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις του πελάτη | 11 | 18,8% | 62 | 65,4% | 28 | 15,8% | 0 | 0,0% |
| 5. Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβαση τους σε κοινωνικές υπηρεσίες υγείας | 9 | 9,0% | 64 | 64,0% | 19 | 19,0% | 8 | 8,0% |
| 6. Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορούν να βλάψουν την υγεία | 23 | 23,0% | 58 | 58,0% | 19 | 19,0% | 0 | 0,0% |
| 7. Τα ποσοστά θνησιμότητας νηπίων είναι υψηλότερα για τις εθνικότητες που αποτελούν μειονότητα σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο | 11 | 11,0% | 51 | 51,0% | 36 | 36,0% | 2 | 2,0% |
| 8. Τα ποσοστά φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό | 15 | 15,2% | 65 | 65,7% | 19 | 19,2% | 0 | 0,0% |
| 9. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και πρακτικές των διαφόρων ομάδων άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε | 22 | 21,8% | 59 | 58,4% | 19 | 18,8% | 1 | 1,0% |
| 10. Τα ποσοστά του ιού HBV είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής ένωσης σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό | 13 | 12,9% | 74 | 73,3% | 14 | 13,9% | 0 | 0,0% |

Όσον αφορά την ενημέρωση για την κουλτούρα και την κοινωνική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 5,9, η τυπική απόκλιση ήταν 1,8, η διάμεσος ήταν 6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είναι μέτρια ενημερωμένοι για την κουλτούρα και την κοινωνική κατάσταση των πελατών τους.

4.3.5 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική εμπειρία

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας. Αναλυτικά, το 53,4% αρνείται την άποψη πως είναι αδύνατο να συνεννοηθείς με πελάτη στη μητρική του γλώσσα, 47,5% θεωρεί ότι είναι καλύτερο να χαιρετίζεις την οικογένεια του πελάτη πριν από αυτόν για κάποιες ομάδες. Το 40,6% διαφωνεί πως οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι καχύποπτοι.

Το 52,5% επαγγελματιών υγείας βρίσκει θετική την άποψη να διδαχθεί τη χρήση διερμηνέων και συνηγόρων. Το 72,0% του δείγματος αποθέτει στους διερμηνείς και τους συνηγόρους να εκπαιδευθούν στην αντιπροσώπευση του πελάτη. Το 59,0% του πληθυσμού παραδέχεται πως οι άνθρωποι που προέρχονται από μειονότητες μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στις παροχές υπηρεσιών υγείας και 68,2% ανέφερε ως σημαντικό να συζητούν την επίδραση της εθνότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν πελάτης είναι διαφορετικής εθνότητας από τον ίδιο.

Περίπου το 68,0% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η θρησκεία είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για κάποιους πελάτες. Μόλις 8,0% του συνόλου, διαφωνεί απόλυτα για την ουσιαστική επίδραση της ψυχολογικής υποστήριξης στη μειονότητα. Τέλος, το 47,5% θεωρεί μεγαλύτερο το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων σε εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα.

Πίνακας 6: Απαντήσεις σχετικά με την πολιτισμική εμπειρία

| | Συμφωνώ απόλυτα | | Συμφωνώ | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | |
|--|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με έναν πελάτη του οποίου η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα ελληνικά. | 14 | 13,9% | 30 | 29,7% | 54 | 53,4% | 3 | 3,0% |
| 2. Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν τον πελάτη, μπορεί να είναι κατάλληλο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα | 7 | 7,1% | 47 | 47,5% | 35 | 35,3% | 10 | 10,1% |
| 3. Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι και εσωστρεφείς | 12 | 11,9% | 44 | 43,6% | 41 | 40,6% | 4 | 3,9% |
| 4. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στη χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων | 12 | 12,2% | 52 | 52,5% | 32 | 32,3% | 3 | 3,0% |
| 5. Οι διερμηνείς και οι συνηγόροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη | 22 | 22,0% | 72 | 72,0% | 6 | 6,0% | 0 | 0,0% |
| 6. Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στο τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας | 12 | 12,0% | 59 | 59,0% | 26 | 26,0% | 3 | 3,0% |
| 7. Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν πελάτης και επαγγελματίας υγείας είναι διαφορετικής | 13 | 12,9% | 69 | 68,2% | 15 | 14,9% | 4 | 4,0% |
| 8. Η θρησκεία μπορεί να είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες | 11 | 10,9% | 68 | 67,3% | 21 | 20,8% | 1 | 1,0% |
| 9. Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λίγο όφελος από ψυχολογικές θεραπείες | 2 | 2,0% | 50 | 50,0% | 40 | 40,0% | 8 | 8,0% |
| 10. Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων είναι μεγαλύτερο σε εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ' ότι στην κοινότητα των ντόπιων | 6 | 6,0% | 47 | 47,5% | 36 | 36,4% | 10 | 10,1% |

Όσον αφορά την δυσκολία εργασίας με ανθρώπους των οποίων τα πιστεύω, οι αξίες και οι πρακτικές είναι διαφορετικά από αυτά των συμμετεχόντων, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 6,6, η τυπική απόκλιση ήταν 1,8, η διάμεσος ήταν 7, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είναι άνετοι να εργάζονται με τους ανθρώπους αυτούς.

Όσον αφορά την πίστη στις ικανότητες εμπιστοσύνης, σεβασμού και ενσυναίσθησης τους για ανθρώπους με διαφορετική κουλτούρα, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 7,6, η τυπική απόκλιση ήταν 1,6, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη τιμή ήταν 3 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είναι πιστεύουν πολύ στις ικανότητες αυτές.

4.3.6 Εκτίμηση στάσεων ως προς πολιτισμική πρακτική

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής. Αναλυτικά, το 51,5% παραδέχεται ότι οι υπολανθάνουσες πλάγιες μορφές ρατσισμού είναι εξίσου καταστροφικές με τις προφανείς, 5,9% διαφωνεί πλήρως με την ύπαρξη του θεσμικού ρατσισμού ως απόρροια απερισκεψίας, άγνοιας ή προκατάληψης. Το 69,0% θεωρεί πως η αναγνώριση και η πρόκληση του θεσμικού ρατσισμού εξαρτάται από τους επαγγελματίες υγείας.

Το 75,5% βρίσκει τη συμμετοχή χρηστών σημαντική και το ίδιο και την ενθάρρυνσή της. Το 72,3% του δείγματος συμφωνεί πως επαγγελματίες υγείας και πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στη λήψη αποφάσεων σχετικά με υπηρεσίες υγείας. Το 59,4% του πληθυσμού τονίζει πως η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων και 63,6% ανέφερε ως βασική την εμπειρία του εθελοντικού τομέα στην παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστών πρακτικών.

Περίπου το 61,0% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα. Μόλις 16,2% του συνόλου, δεν θεωρεί πως η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών οφείλει να ενταχθεί στο πλαίσιο της γενικής αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, υψηλό ποσοστό, της τάξης του 69,3%, κρίνει εξαιρετικά σημαντικές τις επιρροές της κουλτούρας και

την επίδραση του πελάτη και της οικογένεια του στις πρωτοβουλίες της δημόσιας υγείας.

Πίνακας 7: Απαντήσεις σχετικά με την πολιτισμική πρακτική

| | Συμφωνώ απόλυτα | | Συμφωνώ | | Διαφωνώ | | Διαφωνώ απόλυτα | |
|--|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Οι υπολανθάνουσες πλάγιες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς μορφές | 31 | 30,7% | 52 | 51,5% | 18 | 17,8% | 0 | 0,0% |
| 2. Ο θεσμικός ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απεισκευσία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας | 24 | 23,8% | 52 | 51,5% | 19 | 18,8% | 6 | 5,9% |
| 3. Η αναγνώριση και πρόκληση του θεσμικού ρατσισμού, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας | 15 | 15,0% | 67 | 67,0% | 18 | 18,0% | 0 | 0,0% |
| 4. Η συμμετοχή χρηστών είναι σημαντικό συστατικό της καλής πρακτικής και πρέπει να ενθαρρύνει σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας | 17 | 17,0% | 77 | 77,0% | 6 | 6,0% | 0 | 0,0% |
| 5. Επαγγελματίες υγείας και πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πως να συμμετέχουν οι χρήστες σε αποφάσεις σχετικά με υπηρεσίες υγείας | 15 | 14,9% | 73 | 72,2% | 11 | 10,9% | 2 | 2,0% |
| 6. Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων | 24 | 23,8% | 60 | 59,4% | 17 | 16,8% | 0 | 0,0% |
| 7. Η εμπειρία του εθελοντικού τομέα των εθνικών ομάδων που αποτελούν μειονότητες, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής | 12 | 12,1% | 63 | 63,6% | 24 | 24,2% | 0 | 4,0% |
| 8. Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα | 2 | 2,0% | 61 | 61,0% | 35 | 35,0% | 2 | 2,0% |
| 9. Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες | 2 | 2,0% | 79 | 79,8% | 16 | 16,2% | 2 | 2,0% |

τους και να μην γίνεται χωριστά

| | | | | | | | | |
|---|----|-------|----|-------|----|-------|---|------|
| 10.Οι πρωτοβουλίες για δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδραση τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα | 11 | 10,9% | 70 | 69,3% | 14 | 13,9% | 6 | 5,9% |
|---|----|-------|----|-------|----|-------|---|------|

Όσον αφορά την ικανότητα να λάβουν υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των πελατών στην φροντίδα και τη θεραπεία, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 6,2, η τυπική απόκλιση ήταν 1,8, η διάμεσος ήταν 6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είναι ικανοί να λάβουν υπόψη τους πολιτισμικές πεποιθήσεις.

Όσον αφορά την ικανότητα αντιμετώπισης της διάκρισης και του ρατσισμού προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό, η μέση βαθμολογία των στάσεων ήταν 6,9, η τυπική απόκλιση ήταν 1,5, η διάμεσος ήταν 7, η ελάχιστη τιμή ήταν 3 και η μέγιστη τιμή 10. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είναι σίγουροι ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν όλα αυτά.

4.3.7 Εκτίμηση μέτρων θέσης για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα βασικότερα μέτρα θέσης για τις συνολικές βαθμολογίες των τεσσάρων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου της έρευνας. Όσον αφορά την υποκλίμακα «Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης» τα στατιστικά μέτρα του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο επαγρύπνησης. Ο αντίστοιχος δείκτης της υποκλιμάκας «Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης» δείχνει, επίσης, ενός μέτριου επιπέδου γνώση. Τέλος, οι τιμές των υποκλιμάκων «Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας» και «Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης» παρουσιάζουν μέτρια κλιμάκωση για την εμπειρία και την πρακτική.

Πίνακας 8: Μέση Τιμή – Τυπική απόκλιση – Διάμεσος για τις 4 υποκλίμακες

| | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Διάμεσος |
|-------------------------|-----------|-----------------|----------|
| Πολιτισμική επαγρύπνηση | 20,1 | 3,2 | 21,0 |
| Πολιτισμική γνώση | 20,4 | 3,6 | 20,0 |
| Πολιτισμική εμπειρία | 22,7 | 3,2 | 23,0 |
| Πολιτισμική πρακτική | 20,5 | 3,5 | 20,0 |

4.4 Επαγωγική στατιστική

4.4.1 Ανάλυση κανονικότητας

Με βάση τον έλεγχο κανονικότητας, όπως αυτός παρουσιάζεται στον πίνακα 9, για τα 4 ερωτηματολόγια της έρευνας, καταλήγουμε ότι όλες οι υποκλίμακες ακολουθούν την κανονική κατανομή, δηλαδή η διάσταση Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης ($p=0,200$), η Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης ($p=0,200$), η Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας ($p=0,200$) και η κλίμακα Αξιολόγησης της πολιτισμικής πρακτικής ($p=0,105$).

Πίνακας 9: Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
|--|---------------------------------|-----|-------|
| | Statistic | Df | Sig. |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης | ,095 | 101 | ,200* |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης | ,090 | 101 | ,200* |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας | ,096 | 101 | ,200* |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής | ,081 | 101 | ,105 |

Για την υλοποίηση της επαγωγικής ανάλυσης, έγινε χρήση παραμετρικών έλεγχων, για τις υποκλίμακες εκείνες που ακολουθούσαν, σύμφωνα με τον έλεγχο, την κανονική κατανομή δηλαδή την Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης, την Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης, την Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας και την κλίμακα Αξιολόγησης της πολιτισμικής πρακτικής.

Σύμφωνα με τον έλεγχο Kolmogorov – Smirnov, η ηλικία ($p=0,200$) και τα χρόνια που έχουν ζήσει εκτός Ελλάδος ($p=0,054$) ακολουθούν την κανονική κατανομή, οπότε θα διενεργηθούν παραμετρικοί έλεγχοι και για αυτούς τους παράγοντες.

4.4.2 Συσχετίσεις ερωτηματολογίων

Στους πίνακες 10 και 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις βαθμολογίες των τεσσάρων ερωτηματολογίων καθώς και μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Πίνακας 10: Ποσοτικές σχέσεις των τεσσάρων ερωτηματολογίων της μελέτης

| | | Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης | Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης | Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας | Αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής |
|--|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης | r | 1 | ,599** | ,163 | ,262** |
| | p | | ,000 | ,103 | ,008 |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης | r | ,599** | 1 | ,227* | ,371** |
| | p | ,000 | | ,022 | ,000 |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας | r | ,163 | ,227* | 1 | ,320** |
| | p | ,103 | ,022 | | ,001 |
| Αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής | r | ,262** | ,371** | ,320** | 1 |
| | p | ,008 | ,000 | ,001 | |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο Pearson για τις συνολικές βαθμολογίες των τεσσάρων ερωτηματολογίων προκύπτουν τα εξής:

Θετική συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης και των κλιμάκων πολιτισμικής γνώσης και πολιτισμικής πρακτικής. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία της κλίμακας πολιτισμικής επαγρύπνησης, τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά των δύο αυτών κλιμάκων.

Θετική συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της πολιτισμικής γνώσης και των υπολοίπων κλιμάκων. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία της κλίμακας πολιτισμικής γνώσης, τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά των υπολοίπων κλιμάκων.

Θετική συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της πολιτισμικής εμπειρίας και των κλιμάκων πολιτισμικής γνώσης και πρακτικής. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η

βαθμολογία της κλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας, τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά των δύο αυτών κλιμάκων.

Θετική συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της πολιτισμικής πρακτικής και των υπολοίπων κλιμάκων. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία της κλίμακας πολιτισμικής πρακτικής, τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά των υπολοίπων κλιμάκων. Δεν παρατηρήθηκε καμία άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων ερωτηματολογίων.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις των τεσσάρων ερωτηματολογίων της έρευνας με τα ποσοτικά δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

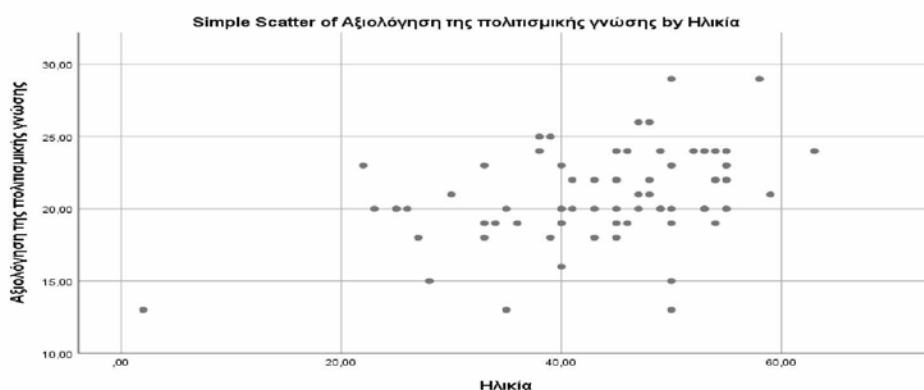
| | | | Ηλικία | Χρόνια που έχουν ζήσει εκτός Ελλάδος |
|--|--|---|---------------|--------------------------------------|
| | Αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης | r | ,203 | -,424 |
| | | p | ,077 | ,343 |
| | Αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης | r | ,398** | ,086 |
| | | p | ,000 | ,855 |
| | Αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας | r | -,074 | ,160 |
| | | p | ,523 | ,732 |
| | Αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής | r | ,158 | ,403 |
| | | p | ,172 | ,370 |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο Pearson για τις συνολικές βαθμολογίες των τεσσάρων ερωτηματολογίων σχετικά με τα ποσοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά προκύπτουν τα εξής:

Θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της κλίμακας πολιτισμικής γνώσης. Συγκεκριμένα όσο αυξάνονται η ηλικία, τόσο αυξάνεται ο βαθμός των πολιτισμικών γνώσεων.

Γράφημα 5: Scatter Plot Ηλικία – Αξιολόγηση πολιτισμικής γνώσης



4.4.3 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική επαγρύπνηση

Η συνολική βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 έως 10 της πρώτης υποκλίμακας και παίρνει τιμές από 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας συνεπάγεται μείωση της συμφωνίας για την πολιτισμική επαγρύπνηση. Η μέση βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ήταν 20,1, η τυπική απόκλιση ήταν 3,2, η διάμεσος ήταν 21, η ελάχιστη τιμή ήταν 11 και η μέγιστη τιμή 29.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και διαπολιτισμικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και τη συνολική βαθμολογία της αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης.

Πίνακας 12: Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία των απόψεων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης

| Δημογραφικά χαρακτηριστικά | Μέσος όρος βαθμολογίας ± Τυπική απόκλιση | P |
|----------------------------|--|----------------|
| Φύλο | | 0,144* |
| Ανδρας | 19,1 ± (2,5) | |
| Γυναίκα | 20,3 ± (3,3) | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | 0,007** |
| Μέση εκπαίδευση | 22,6 ± (1,9) | |
| Μεταλυκειακή εκπαίδευση | 19,7 ± (3,6) | |
| Ανώτατη εκπαίδευση | 19,5 ± (3,1) | |
| Θρησκεία | | 0,054** |
| Χριστιανός Ορθόδοξος | 20,2 ± (3,2) | |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Προτεστάντης | 14,0 ± (0,0) | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,945** |
| Άγαμος/η | 20,3 ± (7,1) | |
| Έγγαμος/η | 20,1 ± (4,2) | |
| Μονογονεϊκή οικογένεια | 20,5 ± (5,0) | |
| Επάγγελμα | | 0,228** |
| Ιατρός | 20,0 ± (2,8) | |
| Νοσηλεύτης | 19,8 ± (3,4) | |
| Βοηθός Νοσηλεύτη | 22,2 ± (3,3) | |
| Μαία | 20,3 ± (1,3) | |
| Φυσικοθεραπευτής | 17,0 ± (0,0) | |
| Άλλο | 20,1 ± (2,2) | |
| Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα; | | 0,601* |
| Ναι | 19,8 ± (3,2) | |
| Όχι | 20,2 ± (3,3) | |
| Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός ελληνικής; | | 0,015* |
| Ναι | 20,8 ± (2,5) | |
| Όχι | 19,3 ± (3,5) | |
| Μιλάτε ξένες γλώσσες; | | 0,869* |
| Ναι | 20,1 ± (3,0) | |
| Όχι | 20,3 ± (3,7) | |
| Ταξιδεύετε στο εξωτερικό; | | 0,669* |
| Ναι | 20,3 ± (3,1) | |
| Όχι | 20,0 ± (3,3) | |
| Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρες εκτός Ελλάδος; | | 0,278* |
| Ναι | 20,3 ± (3,1) | |
| Όχι | 19,4 ± (3,8) | |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Από την ανάλυση προκύπτει η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης, μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση, της εκπαίδευσης και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 ($p < 0,05$). Δεν βρέθηκε καμία άλλη σημαντική συσχέτιση.

Οι κοινωνικές συναναστροφές και η εκπαίδευση συσχετίστηκαν με τη βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση. Συγκεκριμένα, τα άτομα μέσης εκπαίδευσης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τα άτομα ανώτατης εκπαίδευσης και τα άτομα που είχαν κοινωνική συναναστροφή με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από αυτούς που δεν είχαν.

4.4.4 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική γνώση

Η συνολική βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ως προς την πολιτισμική γνώση προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 έως 10 της πρώτης υποκλίμακας και παίρνει τιμές από 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας συνεπάγεται μείωση της συμφωνίας για την πολιτισμική γνώση. Η μέση βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ήταν 20,4, η τυπική απόκλιση ήταν 3,6, η διάμεσος ήταν 20, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή 29.

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και διαπολιτισμικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και τη συνολική βαθμολογία της αξιολόγησης της πολιτισμικής γνώσης.

Πίνακας 13: Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία των απόψεων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης

| Δημογραφικά χαρακτηριστικά | Μέσος όρος βαθμολογίας ± Τυπική απόκλιση | P |
|-------------------------------|--|----------------|
| Φύλο | | 0,018* |
| Ανδρας | 18,9 ± (2,6) | |
| Γυναίκα | 20,7 ± (3,7) | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | 0,001** |
| Μέση εκπαίδευση | 23,6 ± (2,5) | |
| Μεταλκειακή εκπαίδευση | 20,3 ± (4,3) | |
| Ανώτατη εκπαίδευση | 19,8 ± (3,5) | |
| Θρησκεία | | 0,037** |
| Χριστιανός Ορθόδοξος | 20,5 ± (3,5) | |
| Προτεστάντης | 13,0 ± (0,0) | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,863** |
| Άγαμος/η | 20,0 ± (3,6) | |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Έγγαμος/η | 20,4 ± (3,5) | |
| Μονογονεϊκή οικογένεια | 20,8 ± (4,8) | |
| Επάγγελμα | | 0,164** |
| Ιατρός | 19,5 ± (2,1) | |
| Νοσηλεύτης | 19,9 ± (3,8) | |
| Βοηθός Νοσηλεύτη | 22,8 ± (3,5) | |
| Μαία | 20,9 ± (1,8) | |
| Φυσικοθεραπευτής | 19,0 ± (0,0) | |
| Άλλο | 20,8 ± (2,5) | |
| Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα; | | 0,067* |
| Ναι | 18,9 ± (3,1) | |
| Όχι | 20,7 ± (3,6) | |
| Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός ελληνικής; | | 0,030* |
| Ναι | 20,8 ± (2,5) | |
| Όχι | 19,3 ± (3,5) | |
| Μιλάτε ξένες γλώσσες; | | 0,045* |
| Ναι | 21,2 ± (3,1) | |
| Όχι | 19,6 ± (3,9) | |
| Ταξιδεύετε στο εξωτερικό; | | 0,933* |
| Ναι | 20,5 ± (3,2) | |
| Όχι | 20,4 ± (3,9) | |
| Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρες εκτός Ελλάδος; | | 0,125* |
| Ναι | 20,6 ± (3,5) | |
| Όχι | 19,2 ± (3,9) | |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Από την ανάλυση προκύπτει η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης, μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ως προς την πολιτισμική γνώση, του φύλου, της εκπαίδευσης, της θρησκείας, της ομιλίας ξένων γλωσσών και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 ($p < 0,05$). Δεν βρέθηκε καμία άλλη σημαντική συσχέτιση.

Το φύλο, η θρησκεία, η ομιλία ξένων γλωσσών, οι κοινωνικές συναναστροφές και η εκπαίδευση συσχετίστηκαν με τη βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων ως προς την πολιτισμική γνώση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη

βαθμολογία από τους άνδρες, η βαθμολογία των ατόμων μέσης εκπαίδευσης ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τα άτομα ανώτατης εκπαίδευσης, οι Χριστιανοί συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους Προτεστάντες, και η βαθμολογία αυτών που μιλάνε ξένες γλώσσες είναι μεγαλύτερη από αυτών που δεν μιλάνε και τα άτομα που είχαν κοινωνική συναναστροφή με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από αυτούς που δεν είχαν.

4.4.5 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική εμπειρία

Η συνολική βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ως προς την πολιτισμική εμπειρία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 έως 10 της πρώτης υποκλίμακας και παίρνει τιμές από 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας συνεπάγεται μείωση της συμφωνίας για την πολιτισμική εμπειρία. Η μέση βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ήταν 20,4, η τυπική απόκλιση ήταν 3,6, η διάμεσος ήταν 20, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή 29.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και διαπολιτισμικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και τη συνολική βαθμολογία της αξιολόγησης της πολιτισμικής εμπειρίας.

Πίνακας 14: Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία των απόψεων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής εμπειρίας

| Δημογραφικά χαρακτηριστικά | Μέσος όρος βαθμολογίας ± Τυπική απόκλιση | P |
|-------------------------------|--|---------|
| Φύλο | | 0,084* |
| Ανδρας | 23,8 ± (2,9) | |
| Γυναίκα | 22,5 ± (3,1) | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | 0,144** |
| Μέση εκπαίδευση | 23,4 ± (2,3) | |
| Μεταλκειακή εκπαίδευση | 20,6 ± (2,7) | |
| Ανώτατη εκπαίδευση | 22,8 ± (3,3) | |
| Θρησκεία | | 0,075** |
| Χριστιανός Ορθόδοξος | 22,7 ± (3,2) | |
| Προτεστάντης | 17,0 ± (0,0) | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,443** |
| Άγαμος/η | 23,1 ± (2,4) | |

| | | |
|---|--------------|----------------|
| Έγγαμος/η | 22,7 ± (3,3) | |
| Μονογονεϊκή οικογένεια | 21,1 ± (3,4) | |
| Επάγγελμα | | 0,730** |
| Ιατρός | 23,5 ± (2,1) | |
| Νοσηλεύτης | 22,5 ± (3,3) | |
| Βοηθός Νοσηλεύτη | 22,7 ± (2,8) | |
| Μαία | 22,0 ± (4,2) | |
| Φυσικοθεραπευτής | 20,0 ± (0,0) | |
| Άλλο | 24,1 ± (2,5) | |
| Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα; | | 0,144* |
| Ναι | 21,6 ± (2,9) | |
| Όχι | 22,8 ± (3,5) | |
| Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός ελληνικής; | | 0,041* |
| Ναι | 23,4 ± (2,9) | |
| Όχι | 22,1 ± (3,5) | |
| Μιλάτε ξένες γλώσσες; | | 0,036* |
| Ναι | 23,0 ± (3,3) | |
| Όχι | 21,6 ± (2,7) | |
| Ταξιδεύετε στο εξωτερικό; | | 0,733* |
| Ναι | 22,8 ± (3,2) | |
| Όχι | 22,6 ± (3,2) | |
| Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρες εκτός Ελλάδος; | | 0,051* |
| Ναι | 22,9 ± (3,2) | |
| Όχι | 21,3 ± (2,9) | |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Από την ανάλυση προκύπτει η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης, μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ως προς την πολιτισμική εμπειρία, της ομιλίας ξένων γλωσσών και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής σε στάθμη σημαντικότητας 0,05 ($p < 0,05$). Δεν βρέθηκε καμία άλλη σημαντική συσχέτιση.

Οι κοινωνικές συναναστροφές και οι ξένες γλώσσες συσχετίστηκαν με τη βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων ως προς την πολιτισμική εμπειρία. Συγκεκριμένα, τα άτομα μιλάνε ξένες γλώσσες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε

σχέση με τα άτομα που δεν μιλάνε και τα άτομα που είχαν κοινωνική συναναστροφή με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από αυτούς που δεν είχαν.

4.4.6 Βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων την πολιτισμική πρακτική

Η συνολική βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ως προς την πολιτισμική πρακτική προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 έως 10 της πρώτης υποκλίμακας και παίρνει τιμές από 10 ως 40. Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας συνεπάγεται μείωση της συμφωνίας για την πολιτισμική πρακτική. Η μέση βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων ήταν 20,4, η τυπική απόκλιση ήταν 3,6, η διάμεσος ήταν 20, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή 29.

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και διαπολιτισμικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και τη συνολική βαθμολογία της αξιολόγησης της πολιτισμικής πρακτικής.

Πίνακας 15: Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία των απόψεων για την αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής

| Δημογραφικά χαρακτηριστικά | Μέσος όρος βαθμολογίας ± Τυπική απόκλιση | P |
|-------------------------------|--|---------|
| Φύλο | | 0,105* |
| Ανδρας | 21,7 ± (3,6) | |
| Γυναίκα | 20,3 ± (3,4) | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | 0,136** |
| Μέση εκπαίδευση | 21,6 ± (2,4) | |
| Μεταλυκειακή εκπαίδευση | 18,3 ± (2,9) | |
| Ανώτατη εκπαίδευση | 20,4 ± (3,7) | |
| Θρησκεία | | 0,062** |
| Χριστιανός Ορθόδοξος | 20,5 ± (3,4) | |
| Προτεστάντης | 14,0 ± (0,0) | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,902** |
| Άγαμος/η | 20,6 ± (3,6) | |
| Έγγαμος/η | 20,4 ± (3,6) | |
| Μονογονεϊκή οικογένεια | 21,0 ± (1,3) | |
| Επάγγελμα | | 0,242** |

| | | |
|---|--------------|--------|
| Ιατρός | 24,5 ± (7,8) | |
| Νοσηλεύτης | 20,3 ± (3,4) | |
| Βοηθός Νοσηλεύτη | 21,3 ± (3,0) | |
| Μαία | 20,1 ± (4,5) | |
| Φυσικοθεραπευτής | 15,0 ± (0,0) | |
| Άλλο | 19,5 ± (1,7) | |
| <i>Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σχετικά με Διαπολιτισμικά θέματα;</i> | | 0,561* |
| Ναι | 20,0 ± (2,4) | |
| Όχι | 20,6 ± (3,7) | |
| <i>Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με καταγωγή εκτός ελληνικής;</i> | | 0,073* |
| Ναι | 21,2 ± (3,1) | |
| Όχι | 19,9 ± (3,7) | |
| <i>Μιλάτε ξένες γλώσσες;</i> | | 0,726* |
| Ναι | 20,4 ± (3,7) | |
| Όχι | 20,9 ± (2,6) | |
| <i>Ταξιδεύετε στο εξωτερικό;</i> | | 0,055* |
| Ναι | 21,1 ± (3,5) | |
| Όχι | 19,8 ± (3,4) | |
| <i>Έχετε φροντίσει ασθενείς που προέρχονται από χώρες εκτός Ελλάδος;</i> | | 0,129* |
| Ναι | 20,7 ± (3,2) | |
| Όχι | 19,3 ± (2,9) | |

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Από την ανάλυση δεν προκύπτει καμία στατιστικά σημαντική σχέση, μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ως προς την πολιτισμική πρακτική και τον δημογραφικών μεταβλητών σε στάθμη 0,05 ($p > 0,05$). Άρα, δεν βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση.

4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η μέτρηση της πολιτισμικής επάρκειας έχει αποτελέσει πεδίο μελέτης αρκετές φορές, ωστόσο η συσχέτιση της με την πολιτισμική επαγρύπνηση, την γνώση, την εμπειρία και την πρακτική, δηλαδή τα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την

πολιτισμικής τους επάρκεια, αποτελεί ένα νέα πεδίο για έρευνα, καθώς ήταν άθικτο κυρίως στη χώρα μας.

Από τη ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης των επαγγελματιών υγείας συνολικά, κυμαίνονται σε ικανοποιητικό επίπεδο (μέτριο βαθμό) με μέση τιμή 20,1 και τυπική απόκλιση 3,2, από το σύνολο της βαθμολόγησης 10 – 40. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, μεταξύ της επαγρύπνησης, της εκπαίδευσης και των κοινωνικών συναναστροφών με άτομα μη ελληνικής καταγωγής, στην τάξη του 0,05 ($p < 0,05$), γεγονός που οφείλεται σε πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι λιγότερο μορφωμένοι άνθρωποι και οι άνθρωποι που δεν συναναστρέφονται με αλλοδαπούς και αυτό προκαλεί απουσία επαγρύπνησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της πολιτισμικής επαγρύπνησης των επαγγελματιών υγείας, της εκπαίδευσης και των κοινωνικών συναναστροφών με ξένους, κάτι που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με παλαιότερες μελέτες, στις οποίες αποτυπώνεται η μεγαλύτερη μόρφωση και η κοινωνική συναναστροφή δίνει αφορμές για επαγρύπνηση, σύμφωνα με την Κούτρα (2005). Επιπλέον, δεν αποτυπώθηκε καμία σημαντική διάφορα στη βαθμολογία της αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης με τα υπόλοιπα δημογραφικά.

Από τη συνολική βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων, ως προς την πολιτισμική γνώση προκύπτει μια μέτρια βαθμολογία με μέση τιμή 20,4 και T.A. = 3,6, από το σύνολο της βαθμολογίας 10 έως 40, κατά το Cultural Competence Assessment Tool. Συμφώνα με τη διμεταβλητή ανάλυση προκύπτει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ως προς τους παράγοντες του φύλου, της ηλικίας, της εκπαίδευσης, της θρησκείας, της ομιλίας ξένων γλωσσών και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής. Συγκεκριμένα, το φύλο σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων ως προς τη ενσυναίσθηση, καθώς οι γυναίκες έχουν υψηλότερη βαθμολογία, συγκριτικά με τους άνδρες, κάτι που αποτυπώνεται και στη μελέτη των Woloshin et al. (1995). Η ηλικία, επίσης έχει θετική συσχέτιση, και στατιστικά σημαντική, καθώς φαίνεται πως όλες οι ηλικιακές ομάδες έχουν συγκεντρωτικά διαφορετική βαθμολογία. Πιθανότερη εξήγηση είναι ότι η πάροδος των ετών, επιδρά στη μείωση της πολιτισμικής γνώσης. Η εκπαίδευση, σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας των στάσεων ως προς την γνώση καθώς η μεγαλύτερη μόρφωση καθώς και η

κοινωνική συναναστροφή αλλά και η γνώση ξένων γλωσσών ενδυναμώνουν την πολιτισμική γνώση.

Όσον αφορά την συνολική βαθμολόγηση της αξιολόγησης της πολιτισμικής εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας συνολικά, κυμαίνονται σε ικανοποιητικό επίπεδο (μέτριο προς υψηλό βαθμό) με μέση τιμή 22,7 και τυπική απόκλιση 3,2, από το σύνολο της βαθμολόγησης 10 – 40. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, μεταξύ της εμπειρίας, της ομιλίας ξένων γλωσσών και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής, στην τάξη του 0,05 ($p < 0,05$), γεγονός που οφείλεται σε πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι άτομα που δεν γνωρίζουν ξένες γλώσσες και δυσκολεύονται να συνεννοηθούν και οι άνθρωποι που δεν συναναστρέφονται με αλλοδαπούς και αυτό προκαλεί απουσία εμπειρίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της πολιτισμικής επαγρύπνησης των επαγγελματιών υγείας, της εκπαίδευσης και των κοινωνικών συναναστροφών με ξένους, κάτι που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με παλαιότερες μελέτες, στις οποίες αποτυπώνεται η μεγαλύτερη μόρφωση και η κοινωνική συναναστροφή δίνει αφορμές για επαγρύπνηση, σύμφωνα με την Borkan et al., (1991). Επιπλέον, δεν βρέθηκε καμία άλλη σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά τα υπόλοιπα δημογραφικά.

Ως προς την ανάλυση των αποτελεσμάτων που αφορούν στην πολιτισμική πρακτική δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες (Coleman & Miller, 2000), όπου απέδειξαν ότι η πολιτισμική πρακτική των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία και η γνώση χρήσης ξένων γλωσσών.

Τέλος, συσχετίζοντας τη βαθμολογία των τεσσάρων ερωτηματολογίων με στόχο να απαντηθεί το κύριο ερώτημα της μελέτης, φαίνεται ότι προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της κλίμακας πολιτισμικής γνώσης και πολιτισμικής πρακτικής, καθώς όσο αυξάνεται η βαθμολογία της πρώτης τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία των άλλων δύο κλιμάκων. Θετικά σχετίζονται οι στάσεις ως προς την κλίμακα πολιτισμικής γνώσης με την επαγρύπνηση, την γνώση και την πρακτική, καθώς όσο αυξάνεται η βαθμολογία της πολιτισμικής γνώσεις, αυξάνεται και η βαθμολογία εκτίμησης των στάσεων τα άλλων τριών κλιμάκων. Επίσης, θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της κλίμακας πολιτισμικής εμπειρίας με αυτή της πολιτισμικής γνώσης και πρακτικών, καθώς όσο αυξάνεται η εμπειρία αυξάνεται η γνώση και οι πρακτικές. Τονίζεται τέλος, πως στη μελέτη αποτυπώθηκαν

τρεις σημαντικές θετικές συσχετίσεις, όσον αφορά την πολιτισμική πρακτική και τις άλλες τρεις υποκλίμακες, καθώς η αύξηση της βαθμολογίας της πρώτης συνεπάγεται αντίστοιχη αύξηση και στη βαθμολογία των άλλων τριών.

Παραδεχόμενοι πως η πλειοψηφία των ανθρώπων υπάγεται στο πλαίσιο πολυπολιτισμικών κοινωνιών, όπου στοιχεία όπως της πολιτισμικής ταυτότητας και κουλτούρας παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των πρακτικών για την υγεία, οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να έχουν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση για να φανούν ικανοί ως προς την παροχή φροντίδας με αποδοτικό και πολιτισμικά προσιτό τρόπο.

Σύμφωνα με το πολυπολιτισμικό μοντέλο των σύγχρονων κοινωνιών, σε πολλά μέρη του κόσμου, αναπτύσσονται διαπολιτισμικά πλαίσια, τόσο ως προς τις βασικές σπουδές των επαγγελματιών υγείας, όσο και στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται την απόκτηση πολιτισμικών δεξιοτήτων αλλά και του γνωστικού υπόβαθρου που δύναται να έχει ως αποτέλεσμα την παροχή φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της πολιτισμικής επάρκειας (Papadopoulos κ.ά, 2011). Γνώση που αφορά στη δομή των οικογενειών, στον τρόπο ζωής, στις παραδόσεις, σε αξιολόγηση των πόνων μέσα από τη χρήση της γλώσσας του σώματος, στη διατροφική συνήθεια του κάθε ασθενή, συμβάλλουν στην βελτίωση της αξιολόγησης και της καλύτερης φροντίδας των ασθενών. Μελέτες δείχνουν πως επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν την απαιτούμενη πολιτισμική επάρκεια έχουν την ικανότητα προσφοράς κατάλληλης φροντίδας σε ανθρώπους με διαφορετική προέλευση, διασφαλίζοντας τα δικαιώματα του ασθενή και της οικογένειας του κάτι το οποίο επιτυγχάνεται μόνο με την ουσιαστική γνώση του πολιτισμικού τους υπόβαθρο (Ζυγά, 2010).

Η διαδικασία της πολιτισμικής επάρκειας στις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας είναι διαρκής διαδικασία και αποσκοπεί στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς, λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη διαφορετικότητα, έχοντας επαρκή και κατάλληλη γνώση αλλά και τα απαραίτητα προσόντα στις διαπολιτισμικές πρακτικές και δείχνοντας σεβασμό στους ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης (Leininger, 2002). Ο όρος της διαπολιτισμικής φροντίδας χρησιμοποιείται από την Leininger για την περιγραφή της φροντίδας που έχει ως κέντρο του τις πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Η θεωρία αυτή, που έχει βρει εφαρμογή στον ευρωπαϊκό χώρο, στοχεύει στο να βοηθήσει επαγγελματίες υγείας στη διάκριση και στην εξήγηση των

πολιτισμικών διαστάσεων που αφορούν τις ομοιότητες και τις διαφορές που δύνανται να επηρεάσουν τους ανθρώπους.

Συνολικά οι σύγχρονοι επαγγελματίες υγείας καλούνται πέρα από τις κλινικές δεξιότητες τους να είναι σε θέση να προσαρμόσουν το πολιτισμικό τους πλαίσιο που παρουσιάζει διαφορές ανάμεσα σε άτομα που κατάγονται από διαφορετικό πολιτισμό, δείχνοντας τον απαιτούμενο σεβασμό στην διαφορετικότητα αλλά την πολιτισμική τους επάρκεια.

4.6 Πλεονεκτήματα, περιορισμοί και μελλοντικές προτάσεις

4.6.1 Οφέλη και περιορισμοί

Το βασικό όφελος για την παρούσα μελέτη είναι ότι αποτέλεσε μία προσπάθεια διερεύνησης της συσχέτιση της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της πολιτισμικής γνώσης, της πολιτισμικής εμπειρίας και της πολιτισμικής πρακτικής, δηλαδή της πολιτισμικής επάρκειας, σε μια κεντρική περιοχή της Ελλάδας (Λάρισα, Θεσσαλία), με βάση τα χαρακτηριστικά και τις απόψεις επαγγελματιών υγείας. Για το συγκεκριμένο θέμα υπάρχουν πολλές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρ' όλα αυτά δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην χώρα μας, ως εκ τούτου μπορεί να προσφερθούν κάποια στοιχεία για την πολιτισμική επαγρύπνηση, γνώση, εμπειρία και πρακτική μεταξύ των νοσηλευτών, σε ένα δύσκολο θέμα, όπως είναι αυτό της πολιτισμικής επάρκειας, καθώς και να αποτελέσει την αρχή για την υλοποίηση ευρύτερης κλίμακας ερευνών με αντιπροσωπευτικότερα αποτελέσματα.

Επίσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα η χρήση ερωτηματολογίου που είναι ήδη επικυρωμένο, σταθμισμένο και κατάλληλο για τον υπό μελέτη πληθυσμούς όπως ο δικός μας, ως εργαλείο εκτίμησης των απόψεων ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση, γνώση, εμπειρία και πρακτική.

Αντίθετα, ξεκάθαρη ήταν η ύπαρξη περιορισμών ως προς το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, ενώ τα ερωτηματολόγια που διαμοιράστηκαν, απαντήθηκαν αφού η ερευνήτρια διαβεβαίωσε με γραπτή υπεύθυνη δήλωση, για την ανωνυμία των απαντήσεων και την τήρηση της ιδιωτικότητας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

Από τη μεριά της ερευνήτριας, έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το μελετώμενο δείγμα, να είναι αντιπροσωπευτικό, σύμφωνα με κάθε επιστημονικό ερώτημα της παρούσας έρευνας. Αντίθετα, παρατηρήθηκε πως η συμμετοχή σε κάποιες περιοχές ήταν εξαιρετικά υψηλή, ενώ σε κάποιες άλλες, χαμηλότερη. Επιπλέον, υπήρξε περισσότερη ανταπόκριση από κάποια συγκεκριμένα επαγγέλματα σε σχέση με άλλα. Αυτό μπορεί να συνέβη διότι, η ερευνήτρια υπήρξε πιο αποδεκτή από ορισμένες ειδικότητες ενώ σε άλλες η έρευνα του κρίθηκε αρνητικά από τους εκεί επαγγελματίες υγείας. Οι ομάδες επαγγελματιών υγείας με την υψηλή απόκριση έχουν ούτως ή άλλως την μεγαλύτερη δύναμη ενεργού προσωπικού γενικότερα, οπότε αυτό, τελικά χαρακτηρίζεται ως θετικό.

Περαιτέρω περιορισμοί προκύπτουν από τη σύνθεση του ερευνώμενου δείγματος. Συγκεκριμένα πρέπει να αναφερθεί ότι, μολονότι οι επαγγελματίες υγείας που ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας, είναι αντιπροσωπευτικοί για την πλειονότητα αυτών, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν διαφορετικές πεποιθήσεις και αντιλήψεις ανά τις διάφορες περιοχές της χώρας. Αυτό ισχυροποιεί τη δυσκολία στη γενίκευση των συμπερασμάτων της παρούσας έρευνας σε όλες τις περιοχές της χώρας αλλά και εκτός αυτής.

4.6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μετά την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης συνίσταται περαιτέρω διερεύνηση της αξιολόγησης ως προς την πολιτισμική επαγρύπνηση, την γνώση, τις εμπειρίες και τις πρακτικές που έχουν υιοθετηθεί από επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, προκειμένου να ολοκληρωθεί η εικόνα για τους παραπάνω παράγοντες (τόσο σε ημιαστικές όσο και αστικές περιοχές), με μεγαλύτερο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, σε δείγμα που θα κατανέμεται ισομερώς σε κάθε ηλικιακή ομάδα και σε κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης προκειμένου να διεξαχθούν συγκρίσεις ανάμεσα στις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων.

Η παρούσα θέση προσπάθησε να εξετάσει πολιτισμική επαγρύπνηση, την γνώση, τις εμπειρίες και τις πρακτικές και να τα συσχετίσει μεταξύ τους, αποκαλύπτοντας μια πιθανή ύπαρξη σχέσης. Επιπροσθέτως, έγινε συσχετισμός σε αυτές τις τέσσερις μεταβλητές με τα δημογραφικά και διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά.

Καθώς τα επίπεδα πολιτισμικής επαγρύπνησης φαίνεται να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες πέραν των δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως είναι της εκπαίδευσης και κοινωνικών συναναστροφών με άτομα μη ελληνικής καταγωγής (Κούτρα, 2005), θα ήταν χρήσιμη μια έρευνα που να εξετάζει την επίδραση και αυτών των διαστάσεων στην προδιάθεση επιστημών υγείας και μη, η οποία είτε έχει σχέση αποκλειστικά, είτε όχι, με την επαγρύπνηση σε πολιτισμικά θέματα.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες πολιτισμικής γνώσης και εμπειρίας, που στην παρούσα, επηρεάζονται από μεμονωμένους δημογραφικούς παράγοντες, όπως του φύλου, της εκπαίδευσης, της θρησκείας, της ομιλίας ξένων γλωσσών και των κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους μη ελληνικής καταγωγής, μια περαιτέρω μελέτη θα ήταν ικανή να εξετάσει μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις το υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας ώστε να βρεθεί εάν η γνώση και η εμπειρία, σχετίζονται και με χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, όπως αυτά διαμορφώθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Τέλος, η κλίμακα της αξιολόγησης πολιτισμικής πρακτικής έχει αποδειχτεί σε προηγούμενες μελέτες (Coleman & Miller, 2000), ότι επηρεάζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φύλο, ηλικία και την εμπειρία στη χρήση ξένων γλωσσών. Εντούτοις, στη μελέτη αυτή δεν επηρεάζεται από κανένα από τα στοιχεία των δημογραφικών. Οπότε μια έρευνα που θα εξέταζε επιπλέον και αυτούς τους παράγοντες θα ήταν σημαντική για να αποτυπωθεί η συνολική εικόνα σχετικά με τις πολιτισμικές πρακτικές που πραγματοποιούν οι ερωτηθέντες στη ζωή τους συνολικά.

Πέρα των παραπάνω, αυτή η μελέτη υλοποιήθηκε με βάση ένα δείγμα επαγγελματιών υγείας από συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδος. Συνεπώς τα αποτελέσματα, δεν μπορούν να γενικευτούν, καθώς δεν η προέλευση τους δεν είναι από διαφορετικές περιοχές της Ελλάδος, στις οποίες επικρατούν διαφορετικές συνθήκες και ίσως χρησιμοποιούνται διαφορετικές πρακτικές, ώστε να συγκρίνουμε τις απαντήσεις ατόμων που έχουν τα διαφορετικά ερεθίσματα, αλλά μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για τη διερεύνηση συσχέτισης της πολιτισμικής επαγρύπνησης των επαγγελματιών υγείας, της γνώσης, την εμπειρίας και της πρακτικής σε ένα μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων το οποίο κατοικεί σε περισσότερες περιοχές, σε διάφορα αστικά και μη κέντρα της Ελλάδας. Συνεπώς, θα επιτευχθεί η διερεύνηση ενδεχόμενων διαφορών στις τέσσερις μεταβλητές, με βάση τόσο τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά της περιφέρειας που εδρεύουν οι ερωτηθέντες όσο και της αριθμού αυτών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξεγλώσση

- Albarran, J, Rosser, E., Bach, S., Uhrenfeldt, L., Lundberg, P., Law, K. (2011). Exploring the development of a cultural care framework for European caring science, *Int JQualitative Stud Health Well-being*, 6(4).
- 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.
- Bennett, M. (1993). Towardethnorelivism: A developmental model of intercultural sensitivity. In R.M. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Bennett, J.M. (2004). Becoming Intercultural Competent. In J. Wurzel (Ed.), *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education* (2nd ed.). Newton, MA: Intercultural Resource Corporation.
- Bochner, S. (2003). Culture Shock Due to Contact with Unfamiliar Cultures, *Online Readings in Psychology and Culture*, 8(1).
- Busher Betancourt, D. A. (2016). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing, *The Downtown Review*, 2(1).
- Campinha - Bacote, J. (1998b).Cultural diversity in nursing education : Issues and concerns, *Journal of Nursing Education*, 37(1), 3-4.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- 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), 333-336.
- Cross, T. et.al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care, With the Assistance of the Portland Research and Training Center for Improved Services to Severely Emotionally Handicapped Children and Their Families*, Washington, D.C. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Development Center, (Washington, D.C.).

- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., & Denier, Y. (2017). "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research", *BMC medical ethics*, 18(1), 2.
- 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.
- Ellison – Loschmann, E. (2003). Irihapeti Ramsden, *BMJ*, 327(7412), 453.
- Giger, J., & Davidhizar, R. (1990). *Transcultural nursing: Assessment and intervention (1st ed.)*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 185-188.
- 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, 16-2
- 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.
- Hoverman, T. D. (2012). *The Development of Cultural Competence: A Positivist Case Study of a Healthcare Organization*, University of St. Thomas, Minnesota Doctoral Dissertations.
- International Council of Nurses (2019). Leading nursing, past, present and future, Διαθέσιμο στο: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_RA%202019_V04_0.pdf (Ανάκτηση 12/4/2020).
- Institute of Medicine (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, Washington, DC: The National Academies Press.
- 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.

- 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.
- Kraft, M., Kästel, A., Eriksson, H., & Hedman, A. R. (2017). Global Nursing-a literature review in the field of education and practice, *Nursing open*, 4(3), 122–133.
- 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.
- Leininger, M.M. (1988). *Caring: An Essential Human Need*, Wayne State University, Detroit.
- Leininger M.M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, National League for Nursing Press, New York.
- Leininger, M.M. (1997). Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing research method, *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), 32-52.
- Leininger MM. (1999). What is transcultural nursing and culturally competent care?, *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1),9.
- Leininger MM, Mcfarland MR. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*, 3rd ed., McGraw-Hill, New York.
- Lim, J., Downie., J., Nathan, P. (2004), Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care, *Nurse Education Today*, 24(6), 428-434.
- Liu, W., Stone, T. E., & McMaster, R. (2018). Increasing undergraduate nursing students' cultural competence: an evaluation study, *Global health research and policy*, 3, 7.
- Manomenidis, G. (2009). The Attitudes of Nurses towards Patients with Cultural Diversity, *Nosileftiki*, 48(4), 439-446.
- Mareno, N., & Hart, P. L. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 35, 83-88.
- McClimens, A., Brewster, J., & Lewis, R. (2014). Recognizing and respecting patients' cultural diversity. *Nursing Standard*, 28(28), 45-52.

- Melo, L. P. D. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health, *American Journal of Nursing Research*, 1(1), 20-23.
- Murcia, S.E.A. and Lopez, L. (2016). The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis, *Rev Lat Am Enfermagem*, 24, e2718.
- Murphy S. C. (2006). Mapping the literature of transcultural nursing, *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 94(2), 143–151.
- Napier, A.D. et al., (2014), Culture and health, *Lancet*, 384(9954), 1607 – 1639.
- Paez, K.A., Allen, J.K., Carson, K.A., Cooper, L.A. (2008), Provider and clinic cultural competence in a primary care setting, *SocSci Med*, 66(5), 1204-16.
- Papadopoulos, I., Pezzella, A. (2015). A snapshot review of culturally competent compassion as addressed in selected mental health textbooks for undergraduate nursing students, *J Compassionate Health Care*, 2(3).
- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare, *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1).
- Papadopoulos, I., Tilki, M., and Taylor, G., (1998 a). *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals*, London Quay Books, Wilts.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G., (1998 b). *Transcultural Care: a culturally competent approach*, F.A. Davies, Philadelphia.
- Perng, S., & Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: A hierarchy of abilities, *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1678-1684.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*, F. A. Davis, Philadelphia.
- Ramsden, I. & Papps, E. (1996). Cultural safety in Nursing: the New Zealand Experience, *International Journey for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497.
- Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural

Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity, *PloS one*, 10(10), e0139577.

- Roscigno, C.I. (2014), Challenging Nurses' Cultural Competence of Disability to Improve Interpersonal Interactions, *J NeurosciNurs*, 45(1), 21–37.
- Saldana, D. (2001). *Cultural Competency A practical guide for mental health service providers*, Hogg Foundation for Mental Health, The University of Texas at Austin.
- Sargent S., Sedlak C., Martsolf D. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty, *Nurse Education Today*, 25 (3), 214-221.
- Sealey, L. (2003). *Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs*, Dissertation, Louisiana State University, U.S.A.
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., &Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers, *BMC health services research*, 19(1), 135.
- Smith, L. (2018). A nurse educator's guide to cultural competence, *NMIE*, 16(2), 19-23.
- Solé-Auró, A., Crimmins, E. M. (2008). Health of Immigrants in European countries, *In the International migration review*, 42 (4), 861–876.
- Talabere, L.R. (1996), Meeting the challenge of culture care in nursing: diversity, sensitivity, competence, and congruence. *Journal of Cultural Diversity*, 3(2), 53-61.
- Taylor G., Papadopoulos I., Dudau V., Maerten M., Peltegoval A. & Ziegler M. (2011). Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *International Nursing Review*, 58(2), 188–195.
- Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Georges, Y., Martin, V., Messelis, M., Verstraete, N., Zurheide, F. (2013). Intercultural Education of Nurses and professionals in Europe 2 (IENE2): training the trainers., *Diversity and Equality in Health and Care*, 10, 83-93.
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews, *BMC Health Serv Res*, 14, 99.

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Διαθέσιμοστο: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationStock2019_PopFacts_2019-04.pdf (Ανάκτηση 12/4/2020).
- Vasiliou, M., Kouta, C., Raftopoulos, V. (2013). The Use of the Cultural Competence Assessment Tool (Ccatool) In Community Nurses: The Pilot Study and Test-Retest Reliability, *International Journal of Caring Sciences*, 6(1), 44-52.
- W.H.O. (World Health Organization) (2016), *9th Global Conference on Health Promotion*, Shanghai. Διαθέσιμοστο: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/> (Ανάκτηση 12/4/2020).
- Yakar H. K. &Alpar, S.E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures, *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1396-1407.
- Yeager, K. A. & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers, *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-6.
- Zahedi, F., &Larijani, B. (2009). Common principles and multiculturalism. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 2, 6.

Ελληνόγλωσση – Μεταφρασμένη

- Αθανασοπούλου, Μ., & Χριστοδούλου, Ε. (2011). Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(3), 62-66.
- Αντωνοπούλου, Α., Καρακάση, Α., Πετροπούλου, Π. (2015). *Διαπολιτισμικότητα*. Στο: Αντωνοπούλου, Α., Καρακάση, Α., Πετροπούλου, Π. (2015). *Συγκριτολογία*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα.
- Αποστολαρά, Π. (2013). Διαπολιτισμική Επικοινωνία, *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 3.
- Αργυριάδης, Α., Μυλωνά – Μπέλλου, Π. (2016), Διαπολιτισμικότητα και Υγεία. Ένα καίριο δίπτυχο στην σύγχρονη Ελλάδα, 6, 97-109 στο: Κελέση, Μ., Φασόη, Γ., Παπαγεωργίου, Δ. (2016), *Εισαγωγή στην Επιστήμη της Νοσηλευτικής*, εκδ. Κωνσταντάρας, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

- Γερογιάννη, Γ. & Πλεξίδα, Α. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 7(2), 113-119.
- Γεωργογιάννης, Π. (2009). *Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα*, Αυτοέκδοση, Αθήνα.
- Γλυκατζή – Αρβελέρ Ελένη, (2007), *Πολιτισμός και ελληνισμός*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2017), Δελτίο Τύπου Υπολογιζόμενος Πληθυσμός και Μεταναστευτικές ροές της χώρας έτους 2016, Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/a0e3a66c-80a9-46ac-a6e5-ec57e748935b> (Ανάκτηση 20/3/2020).
- Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2000), Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Διαθέσιμο στο: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf (Ανάκτηση 20/3/2020).
- Εργαλειοθήκη του Συμβουλίου της Ευρώπης, (2016), *Γλωσσική Ένταξη Ενήλικων Μεταναστών (Linguistic Integration of Adult Migrants – LIAM)*, Διαθέσιμο στο: <https://rm.coe.int/-4-/168075b8e9> (Ανάκτηση 20/3/2020).
- Ζυγά, Σ. (2010). *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη*, Εκδ.Βήτα, Αθήνα.
- Ζυγά, Σ. (2011). Πολιτισμική ετερότητα και φροντίδα υγείας, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(3), 3.
- Καλαματιανού, Α. (2019). *Η ευαισθησία των φοιτητών νοσηλευτικής σε θέματα πολιτισμικής ετερότητας*, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών.
- Καλαφάτη, Μ. & Παϊκοπούλου, Δ. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας, *Νοσηλευτική*, 50(1), 49-62.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. & Κούτα, Χ. (2011). *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Καλοκαιρινού, Α., Κορδέλλα, Κ., Τολικά, Φ. (2003). Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, 42, 451–456.
- Καρυπίδης, Γ. (2001). 3,5 εκατομμύρια οικονομικοί μετανάστες μέχρι το 2025 στην Ελλάδα, *DialysisLiving*, 2, 54-57.

- Καυκιά Θ. (2003). *Ο Νοσηλευτής Νεφρολογίας Δέκτης Διαπολιτισμικών επιδράσεων*, Πρακτικά 14^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας.
- Κοτζαμπασάκη, Σ. (2004). Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 43(1), 14-22.
- Κουράκος, Μ. & Καυκιά, Θ. (2007). Ο νοσηλευτής Νεφρολογίας δέκτης διαπολιτισμικών επιδράσεων, *Νοσηλευτική*, 46(3), 355-361.
- Κούτα, Χ. (2007). Υγεία και κουλτούρα, *Νοσηλευτική*, 46 (2), 179.
- Κωνσταντινίδου, Φ. (1998). Πολιτισμός. Σημεία προσέγγισης, *Φιλολόγος*, 93: 332-335.
- Κωνσταντοπούλου, Χ., Γερμανός, Δ., Μαράτου, Λ., Οικονόμου, Θ. (Επ.) (2015). Εμείς και οι Άλλοι: αναφορά στις τάσεις και τα σύμβολα. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 2, 293-294.
- Λεμονίδου, Χ., Πέτσιος, Κ., Πατηράκη, Ε, Arend, Α., (2003). Διερεύνηση της Διαχρονικής Εξέλιξης των Κωδικών Νοσηλευτικής Ηθικής και Δεοντολογίας και της Σχετικής Νομοθεσίας στην Ελλάδα: Μέρος Α', *Νοσηλευτική*, 42(1), 19-28.
- Μπιτσάνη, Ε.Π. (2004). *Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη*, εκδ. Διόνικος, Αθήνα.
- Μπουτσιούκα, Ε., Καλοκαιρινού, Α., Πατηράκη, Ε., Σουρτζή, Π., Κωνσταντίνου, Ε. Α., Γιαννακοπούλου, Μ. (2017). Πεποιθήσεις Φοιτητών Νοσηλευτικής Σχετικά με την Επάρκεια Γνώσεων και Ικανοτήτων τους για Διαπολιτισμική Φροντίδα: Πιλοτική Μελέτη, *Νοσηλευτική*, 56(1), 69–77.
- Papadopoulos, I., Καλοκαιρινού, Α., Κούτα, Χ. (2011). *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2003), *Διαπολιτισμική εκπαίδευση*, εκδ. Άτραπος, Αθήνα.
- Παλτόγλου Ε, Τράντα Ε (2009). *Πολιτισμικές Διαφοροποιήσεις στην υγεία: Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σε ένα πολιτισμικό περιβάλλον*. Πρακτικά Συνεδρίου «Κοινωνία και Υγεία». Σύνδεσμος Κοινωνιολόγων Κύπρου.

- Παντελίδου - Μαλούτα, Μ. (2015). Ελληνική πολιτική κουλτούρα: Προσεγγίσεις, όψεις, σταθερές, σύγχρονες εκφράσεις και τάσεις. Στο Παντελίδου - Μαλούτα, Μ. (2015). *Πολιτισμικές συνιστώσες της πολιτικής διαδικασίας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα.
- Πεταλωτή, Σ. (2011). Η Δια Βίου Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική Επιστήμη και Πράξη: μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2(2), 47-51.
- Πουρναράς Ν., Τσόμπανου Μ., Σουρτζή Π. (2004) Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας, *Νοσηλευτική*, 43 (2), 185-194.
- Προδρόμου, Μ., Κουκουλάρης, Δ., Κουτελέκος, Ι., Λαβράνος, Γ. (2018). Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Πρακτική: Δημιουργία Εργαλείου Μέτρησης της Διαπολιτισμικής Ευαισθησίας, *Νοσηλευτική*, 57(1), 93–10.
- Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 - ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001, Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.
- Smith, B. P. & Bond, H. M. (2011), *Διαπολιτισμική Κοινωνική Ψυχολογία*, (μτφ. Κάγκου Βιργινία), εκδ. Gutenberg, Αθήνα.
- Σαρίδη Μ., (2013). Μετανάστες και συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα, *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(3).
- Taylor C, Lillis C, LeMone P. (Μετάφραση: Λεμονίδου Χ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε). (2002). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π., & Κωσταγιόλας, Π. (2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα. Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34 (1), 113 -122.
- Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες (2019), Στατιστικά. Διαθέσιμο στο: <https://www.unhcr.org/gr/>. (Ανάκτηση 12/4/2020).
- Φ.Ε.Κ., ν. 2619/1998, Κεφάλαιο 1, Γενικές Διατάξεις, Άρθρο 1.