



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας νοσηλευτών ενός γενικού νοσοκομείου»

Ανδρέου Ελευθερία

Ιατρός - Παιδοψυχίατρος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: π. Σέργιος (Θεοδόσιος) Παραλίκας
ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: π. Σέργιος (Θεοδόσιος) Παραλίκας
Στυλιανή Κοτρώτσιου
Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



MASTER THESIS

Evaluation of the cultural competence of nurses of a general hospital

Andreou Eleftheria

Medical doctor - Child psychiatrist

Larissa, 2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση της πολιτισμικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα δείγμα που προέρχεται από ένα γενικό νοσοκομείο, καθώς και η μελέτη των παραγόντων που επιδρούν.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Γ. Παπανικολάου”. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 2 μέρη: α) κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα, και β) κλίμακα Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ό,τι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος της παρούσας έρευνας, βάσει των απαντήσεων που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο CCCQ, μόνο το 7.4% υπολογίστηκε ως «Επαρκής». Το 20% χαρακτηρίζεται ως «Ανεπαρκής» και το υπόλοιπο 73.1% μοιράζεται, σχεδόν εξίσου, στις κατηγορίες «Ενημερωμένος/ η» και «Ασφαλής». Επιπλέον, το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειάς τους δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ή την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου. Αντιθέτως, βρέθηκε να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας οι νοσηλευτές/ τριες που έχουν λάβει επιμόρφωση σχετική με διαπολιτιστικά θέματα, που γνωρίζουν τουλάχιστον μία ξένη γλώσσα, που έχουν ζήσει (ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα) σε χώρα του εξωτερικού, ή που συναναστρέφονται αλλοδαπά άτομα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μη τυχαίο και μικρό δείγμα περιορίζει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μελέτης αλλά καταγράφει σίγουρα μία τάση. Είναι σημαντικό να οργανωθούν πολυκεντρικές μελέτες με μεγαλύτερο και τυχαίο δείγμα ώστε να χαρτογραφηθεί επιδημιολογικά το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας στους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στην Ελλάδα. Επιπλέον, να διερευνηθούν σε βάθος, με ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες, οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της πολιτισμικής επάρκειας. Τέλος, χρειάζονται συγκριτικές μελέτες ανάμεσα σε προγράμματα και μεθόδους επιμόρφωσης.

ABSTRACT

PURPOSE: Investigation of the cultural adequacy of nursing staff in a sample from a general hospital, as well as the study of the influencing factors.

METHOD-MATERIAL: The research was carried out at the General Hospital of Thessaloniki «G. Papanikolaou». Participants were identified by the random sampling method. The study was conducted with self-completed closed-ended questionnaires, which were given to the subjects. The questionnaire used consisted of 2 parts: a) socio-demographic data, and b) Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ) scale.

RESULTS: Regarding the nursing staff of the sample of the present research, based on the answers given to the CCCQ questionnaire, only 7.4% was calculated as "Adequate". 20% are classified as "Insufficient" and the remaining 73.1% are divided, almost equally, into the categories "Informed" and "Safe". In addition, the level of their cultural competence was not found to be statistically significant, related to gender, age, marital status, years of work, educational level, or holding a master's degree. In contrast, it has been found that nurses who have been trained in intercultural issues, who know at least one foreign language, who have lived (regardless of time) in a foreign country, or who meet foreign nationals, have a higher level of cultural competence.

CONCLUSIONS: The non-random and small sample limits the reliability of the study results but certainly records a trend. It is important to organize multicenter studies with a larger and more random sample to map epidemiologically the level of cultural competence in nurses in Greece. In addition, to investigate in depth, with quantitative and qualitative studies, the main factors that affect the degree of cultural competence. Finally, comparative studies between programs and training methods are needed.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	v
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΟΡΩΝ	7
1.1 ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ	7
1.2 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ	8
1.3 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ	8
1.4 ΕΘΝΟΤΗΤΑ	10
1.5 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.6 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	11
1.7 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ	11
1.8 ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ-ΕΠΑΡΚΕΙΑ	12
1.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ	12
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	14
2.1 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	14
2.2 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ	16
2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	17
2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	20
2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ	23
2.6 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	26
2.7 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	28
2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΑΤΣΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	30
2.9 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33

3.1	ΣΚΟΠΟΣ	33
3.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	33
3.3	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	33
3.4	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	33
3.5	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	33
3.6	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
3.7	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	35
4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
4.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	36
4.2	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	38
4.2.1	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με το φύλο	38
4.2.2	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την ηλικία	39
4.2.3	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου	40
4.2.4	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την οικογενειακή κατάσταση	41
4.2.5	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την επιμόρφωση	42
4.2.6	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με τη γλωσσομάθεια	43
4.2.7	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με τη διαμονή στο εξωτερικό	44
4.2.8	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με τη συναναστροφή με αλλοδαπά άτομα	45
4.2.9	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την προϋπηρεσία	46
4.2.10	Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με το εκπαιδευτικό επίπεδο	47
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	48
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	51
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	58

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΟΡΩΝ

1.1 ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Η έννοια του πολιτισμού δεν είναι εύκολη στον προσδιορισμό και την οριοθέτησή της. Λόγω της ασάφειας του περιεχομένου του, της ποικιλίας των ερμηνευτικών σχολίων που επιδέχεται αλλά και της ευρύτητας των παραμέτρων και των στοιχείων που τον αποτελούν, η εννοιολογική προσέγγισή του πολιτισμού καθίσταται δύσβατη. Ειδικοί του χώρου έχουν διατυπώσει προσωπικές ερμηνείες του όρου του πολιτισμού που στο σύνολό τους συγκλίνουν στις βασικές συνιστώσες που τον διαμορφώνουν.

Μια βασική και ευρέως αποδεκτή ερμηνεία του πολιτισμού αναφέρει πως πρόκειται «για ένα σύνολο επιτευγμάτων, υλικών αλλά και πνευματικών, που μεταβιβάζονται ως κληροδότημα στην διάρκεια των ιστορικών χρόνων στις επόμενες γενιές. Η γνώση του παρελθόντος και η πρόοδος που σημειώνεται από κάθε γενιά δημιουργεί μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις προσπάθειες των προγόνων, όλων των χρονικών περιόδων, και καθιστά σαφές πως υφίσταται μια κοινή αφετηρία. Διαμορφώνεται, λοιπόν, η αντικειμενική πεποίθηση πως ο πολιτισμός ενώνει άτομα με κοινά βιώματα και παρόμοια πορεία στον οικονομικό τομέα και την κοινωνική εξέλιξη». (Μπιτσάνη, 2004)

Με βάση μια άλλη προσέγγιση, ο πολιτισμός περιλαμβάνει μια ευρεία γκάμα βασικών παραμέτρων που συνετέλεσαν στην δημιουργία και πρόοδο του ανθρώπου ως μέλους της οργανωμένης κοινωνίας. Αναλυτικότερα, παράγοντες όπως η τέχνη, τα ήθη και τα έθιμα, οι δοξασίες, το νομικό πλαίσιο που καθόριζε την σχέση των ανθρώπων και η συσσωρευμένη γνώση αποτελούν βασικούς πυλώνες του πολιτισμού της κάθε οργανωμένης κοινωνίας. Ωστόσο, στα πλαίσια αυτής της εννοιολογικής ερμηνείας, πολλοί υποστηρίζουν ότι ο πολιτισμός καθορίζεται πρωταρχικά από το επίπεδο της μόρφωσης και της πνευματικής καλλιέργειας του ανθρώπου. Ανεξάρτητα, όμως, από το βαθμό πνευματικής εξέλιξης κάθε ατόμου, η συμμετοχή του στην ομάδα στην οποία υπάγεται προϋποθέτει και την συμμετοχή του στον πολιτισμό της. (Sealey, 2003)

Βασισμένοι στις ανωτέρω εννοιολογικές περιγραφές, πολλοί αξιόλογοι μελετητές σκιαγράφησαν και την αλληλένδετη σχέση του πολιτισμού κάθε κοινωνικής ομάδας με άλλους θεμελιώδεις παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνική ζωή των μελών της.

Σύμφωνα με τον Γ. Μπαμπινιώτη, ο πολιτισμός ενός οργανωμένου συνόλου σχετίζεται με τον βαθμό της πνευματικής εξέλιξης των μελών του, το είδος των σχέσεων μεταξύ τους, την διαμόρφωση ηθών με ποιότητα και την αναζήτηση εκλεπτυσμένων τρόπων αισθητικής έκφρασης (Μπαμπινιώτης, 2006). Κατ'επέκταση, με αρωγό τον πολιτισμό της ομάδας, τα μέλη της παρόλη την βιολογική ανομοιογένεια τους, συνδέονται με κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο, έχοντας την ευκαιρία να εξελιχθούν σε ατομικό επίπεδο αλλά και να συμμετέχουν ομαδικά στις υποχρεώσεις που προκύπτουν από την συμβίωση με άλλα άτομα. Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως υπάρχει μια εύλογη συσχέτιση του πολιτισμού και της κουλτούρας. Αν και δεν είναι πλήρως και με σαφήνεια οριοθετημένη η έννοια της κουλτούρας, θεωρείται ως συνώνυμη ιδέα του πολιτισμού καθώς περιλαμβάνει παράγοντες που υιοθετεί ο άνθρωπος με την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (Μπιτσάνη, 2004).

1.2 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

Όλοι οι άνθρωποι, από την στιγμή της ένταξής τους σε μια κοινωνία, αποκτούν την πολιτισμική τους ταυτότητα η οποία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους πλέον σημαντικούς είναι η μετανάστευση πολλών λαών που μετακινούνται προς αναζήτηση μιας καλύτερης ζωής. Επίσης, οι συναναστροφές των ανθρώπων μεταξύ τους και η συμβίωση υπό ορισμένα κριτήρια τους ωθούν στην απόκτηση μιας πολιτισμικής ταυτότητας. Με την πάροδο των χρόνων, ακόμα και αν οι πληθυσμοί που συγκροτούν μια κοινωνία είναι ετερογενείς, αφομοιώνονται σε μια κοινή κουλτούρα που ορίζεται από την καταγωγή, τη γλώσσα, τη θρησκεία και την διαμονή σε έναν τόπο. (Γλύκατζη - Αρβελέρ, 2007)

1.3 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ

Η πολιτισμική ποικιλομορφία είναι φυσικό επακόλουθο της συνύπαρξης ατόμων ή ομάδων με διαφορές σε θεμελιώδεις παραμέτρους όπως το φύλο, τα βιολογικά χαρακτηριστικά και τα γενετικά γνωρίσματα, την πνευματική καλλιέργεια, το σύνολο των ηθικών αξιών που διαμορφώνουν τη ζωή τους, την εθνική ταυτότητα και την οικονομική κατάσταση. Η ποικιλομορφία αυτή, ωστόσο, χαρακτηρίζεται από διαβάθμιση καθώς μπορεί να αναφέρεται σε μικρές και επουσιώδεις διαφορές όπως μεταξύ των μελών μιας οικογένειας αλλά και σε σημαντικές διαφοροποιήσεις λόγω

των εκ διαμέτρου αντίθετων θρησκευτικών πεποιθήσεων, εθνικών συνειδήσεων και γεωγραφικών τόπων προέλευσης. Εκτός, από το πρόβλημα της συνύπαρξης ατόμων ή λαών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και κουλτούρα, η ποικιλομορφία αυτή αναδεικνύει συχνά την ύπαρξη ανισοτήτων στην προσπάθεια για εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής που παρέχει δικαιώματα και ευκαιρίες. Η διαφορετικότητα, λοιπόν αυτή, εγείρει αξιώσεις για την υπέρβαση των ανισοτήτων και την ομαλή συνύπαρξη των ανθρώπων. (Andrews & Boyle, 2002)

Εκτός όμως από την κοινωνική διάσταση του ζητήματος, η πολιτισμικότητα επιδρά άμεσα και στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στον τρόπο προσέγγισης και διαχείρισης των ασθενών (Cook, 2003). Είναι γεγονός πως η κουλτούρα κάθε έθνους έχει επιπτώσεις στην υγεία των μελών του όσο και αν αρχικά προκαλεί έκπληξη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι γυναίκες της Υεμένης και εκείνες που ανήκουν σε πολιτισμούς με ανοχή στην σεξουαλική απελευθέρωση. Στην πρώτη περίπτωση, οι μελέτες έδειξαν ότι λόγω των αυστηρών νόμων που επιβάλλουν τη χρήση μουσουλμανικών ενδυμάτων, το γυναικείο σώμα εκτίθεται λιγότερο στον ήλιο με επακόλουθο την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αναιμίας αλλά και φυματίωσης. Αντίθετα, στην δεύτερη περίπτωση, μπορεί οι γυναίκες να μην αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας των ανατολιτισσών αλλά η ανεξέλεγκτη σεξουαλική απελευθέρωση, εκτίναξε τον αριθμό των αμβλώσεων και των νοσημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική επαφή, με σοβαρές επιπτώσεις. (Leininger, 1991)

Με δεδομένο, λοιπόν, το γεγονός ότι η πολιτισμική ποικιλομορφία επηρεάζει τον τρόπο ζωής που σχετίζεται με την υγεία αλλά και τον τρόπο που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την ασθένεια, δημιουργείται ένας προβληματισμός σχετικά με τον τρόπο που οι πάροχοι της υγείας, και ειδικά οι νοσηλευτές, μπορούν να διαχειριστούν μια τέτοια ανομοιογένεια (J. N. Giger, 2016). Οι μελέτες που έχουν γίνει έχουν αποδείξει ότι η επικοινωνία ασθενών και νοσηλευτών είναι απαραίτητη για την επιτυχημένη θεραπευτική φροντίδα των ατόμων που την χρειάζονται. Χαρακτηριστικά, έρευνα που διενεργήθηκε σε κέντρο περίθαλψης όπου οι νοσηλευτές και οι ασθενείς μιλούσαν διαφορετική γλώσσα απέδειξε ότι οι πρώτοι πρέπει να αντιμετωπίζουν τους δεύτερους με ευρύ πνεύμα και διάθεση να διαχειριστούν νέες προκλήσεις (Hemberg & Vilander, 2017). Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εκπαιδευτεί κατάλληλα αλλά και να κατανοήσει πως είναι απαραίτητη η αποδοχή της διαφορετικής κοινωνικοπολιτισμικής παιδείας

των ασθενών. Με τον τρόπο αυτό, στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η φροντίδα και η παροχή βοήθειας θα επιτευχθεί ευκολότερα όταν έχουν προσεγγιστεί κατάλληλα οι ασθενείς (Philip, Manias, & Woodward-Kron, 2015).

1.4 ΕΘΝΟΤΗΤΑ

Η εθνότητα, ως εννοιολογικός όρος, περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που χαρακτηρίζουν μια κοινότητα ανθρώπων και συγχρόνως την διαφοροποιούν από κάποια άλλη. Το γλωσσικό ιδίωμα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η ιστορική πορεία, τα ιδιαίτερα βιολογικά χαρακτηριστικά και ο τρόπος κοινωνικής οργάνωσης είναι εκείνοι οι παράγοντες που δημιουργούν την ποικιλομορφία και ανομοιογένεια ανάμεσα στους λαούς αλλά συγχρόνως αναιρούν τις λανθασμένες αντιλήψεις περί ανωτερότητας φυλών. (Γλύκατζη - Αρβελέρ, 2007)

1.5 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1946, έδωσε στη δημοσιότητα τον επίσημο ορισμό της υγείας, βάσει του οποίου θεωρείται η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευρωστία και ευεξία και όχι η έλλειψη ασθένειας ή κάποιας μορφής αναπηρίας. Μερικά χρόνια αργότερα, στη δεκαετία του 1970, η ερευνητική ομάδα του Cochrane, μέσω των ερευνών και των συμπερασμάτων της, έδωσε την ώθηση για την αναθεώρηση του ορισμού της έννοιας της υγείας. Διατύπωσαν, λοιπόν, το αξιοσημείωτο συμπέρασμα, πως ο δείκτης θνησιμότητας, σημαντικός παράγοντας στον προσδιορισμό της υγείας, βρέθηκε ότι έχει αρνητική συσχέτιση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε 16 ευρωπαϊκές χώρες και μάλιστα ήταν ανέλπιστα αυξημένος σε χώρες που το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης ήταν προηγμένο. Επίσης, η ίδια ερευνητική ομάδα απέδειξε πως η ποιότητα της ανθρώπινης υγείας σχετίζεται με το γενετικό-βιολογικό χαρακτήρα του κάθε ατόμου αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Οι ειδικοί, στη συνέχεια, διατύπωσαν την άποψη πως ο όρος της υγείας δομείται από τέσσερα είδη παραμέτρων, που συνιστούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τα βιολογικά χαρακτηριστικά και η συμπεριφορά του κάθε ατόμου. (COCHRANE, 1980)

1.6 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ως πολιτισμική κοινωνία ορίζεται το σύνολο ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές μεταξύ τους φυλές, έχουν άλλες θρησκευτικές αντιλήψεις και χαρακτηρίζονται από ετερογένεια στον πολιτισμό. Αν και λόγω της δομής τους, οι πολιτισμικές κοινωνίες θεωρούνταν ως πιο προοδευτικές και προηγμένες σε σχέση με τις μονοπολιτισμικές που στιγματίζονταν ως υποδεέστερες, χαρακτηρίζονταν από την συχνή πρόκληση εμφυλίων πολέμων και συγκρούσεων γενικότερα. Η ελληνική φυλή, ως έθνος με πρωτοπόρο πνεύμα και φιλελεύθερες αντιλήψεις, είχε ως έμφυτη την ανοχή στον πολυπολιτισμό αν και ποτέ δεν αναλογίστηκε τις επιπτώσεις μιας τέτοιας επιλογής. (Γλύκατζη - Αρβελέρ, 2007)

1.7 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ

Σε ότι αφορά την σαφήνεια και ακρίβεια στον εννοιολογικό προσδιορισμό της διαπολιτισμικότητας, υπάρχει μια αντικειμενική δυσκολία. Εκ των πραγμάτων, συνιστά μια αλληλένδετη σχέση συνύπαρξης και συνεργασίας πληθυσμών που ανήκουν σε διαφορετικά έθνη. Η συμβίωση αυτή προϋποθέτει την αποδοχή της διαφορετικότητας που εκφράζεται με την κουλτούρα, τον τρόπο σκέψης και το πολιτισμικό υπόβαθρο γενικότερα. Στο πλαίσιο της διαπολιτισμικότητας, οι άνθρωποι μαθαίνουν να συμβιώνουν, να εξοικειώνονται με την ιδιαιτερότητα των άλλων φυλών ή εθνών και να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η αποδοχή, λοιπόν, και η αλληλεπίδραση οδηγεί στη συνεργασία και στην διεκδίκηση της κοινωνικής ισότητας. Υπό αυτό το πρίσμα της συνύπαρξης ομάδων με διαφορά στον πολιτισμό, ο τομέας της υγείας κάνει αισθητή την παρουσία του καθώς η περίθαλψη αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου. (Salaverry, 2010; Νικολάου, 2011)

Πολλές φορές, η διαπολιτισμικότητα συγχέεται με την πολυπολιτισμικότητα καθώς χρησιμοποιούνται με λανθασμένο τρόπο σαν να πρόκειται για συνώνυμες λέξεις. Το αποτέλεσμα είναι να αποδίδουν με ασαφή και μη ακριβή τρόπο όλα όσα θα έπρεπε να πρεσβεύουν. Η πολυπολιτισμικότητα, στην πραγματικότητα, έχει πεδίο ενασχόλησης την κοινωνία και κινείται σε επίπεδο μακρόκοσμου. Αντίθετα, η διαπολιτισμικότητα αφορά μικρές ομάδες ή άτομα μεμονωμένα και εκτείνεται στο πεδίο του μικρόκοσμου. (Δαμανάκης, 1989)

1.8 ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ-ΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η έννοια της ετοιμότητας σχετίζεται και περιγράφει την ικανότητα αντίληψης των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και της άμεσης αντίδρασης. Δεν αποτελεί, όμως, εκ γενετής χαρακτηριστικό του ανθρώπου αλλά μια δεξιότητα η οποία προκύπτει μέσω της διαδικασίας της εκμάθησης και της εξειδίκευσης. Η επάρκεια, κατά αντιστοιχία, αποκτάται και εκείνη μέσω της εμπειρίας, ωστόσο ταξινομείται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη περίπτωση υπάγεται η ικανότητα του ανθρώπου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, εξασφαλίζοντας την ποσοτική επάρκεια των υλικών αγαθών που χρειάζονται. Η δεύτερη κατηγορία, όμως, είναι πιο ειδική, και αφορά την ικανότητα του ατόμου να διεκπεραιώνει ποιοτικά τις υποχρεώσεις του σε τομείς που ενασχολείται και προϋποθέτει την απόκτηση εξειδίκευσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο τομέας της υγείας, στον οποίο όσοι ενασχολούνται έχουν την ικανότητα να διαχειρίζονται καταστάσεις και ανθρώπους με δεξιότητα, λόγω της εξειδικευμένης γνώσης τους. (Γεωργογιάννης, 2010)

1.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ

Ένας νοσηλευτής, μέσω της απόκτησης του πτυχίου του, αποκτά μια επίσημη πιστοποίηση από την πολιτεία, σχετικά με την επιστημονική του επάρκεια. Οι γνώσεις που αποκτήθηκαν στην διάρκεια της φοίτησης αποτελούν τα βασικά εφόδια στην εκπλήρωση του έργου του. Από τυπικής πλευράς, η επιστημονική επάρκεια που του εξασφαλίζει το πτυχίο και επικυρώνει η πολιτεία αποτελεί και την απόδειξη της επαγγελματικής τους ικανότητας για την επιτέλεση του νοσηλευτικού του καθήκοντος. (Αποστολαρά, 2013)

Ο κάθε νοσηλευτής πρέπει διαρκώς να βρίσκεται σε ετοιμότητα, να αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα από τον επαγγελματικό του χώρο και να έχει την ικανότητα να τα αξιολογεί σωστά ώστε να αντιδρά κατάλληλα. Το πεδίο δράσης του χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα καθώς οφείλει να μπορεί να διαχειρίζεται τις σχέσεις του με τους συναδέλφους του, τις απαιτήσεις και την ιδιότροπη συμπεριφορά των ασθενών όπως και τα προβλήματα που δημιουργούνται στον νοσοκομειακό χώρο. (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008)

Βασικό ρόλο στην δημιουργία της δυσλειτουργικότητας στον εργασιακό χώρο διαδραματίζει η διαφορετικότητα των ανθρώπων λόγω ποικιλίας στην κουλτούρα, την

παιδεία και τον τρόπο ζωής. Ήδη, στις ΗΠΑ, το Ινστιτούτο Ιατρικής σε συνεργασία με την Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής προτείνουν την εξοικείωση των νοσηλευτών με την πολυπολιτισμικότητα μέσω εκμάθησης και πρακτικής εξάσκησης. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η ευκαιρία στο νοσηλευτικό προσωπικό να αποκτήσει πολιτιστική ικανότητα υψηλής ποιότητας (Kwasky & Corrigan, 2016). Στο σημείο αυτό, όμως, θα πρέπει να αναφερθεί πως η δεξιότητα αυτή όπως και η επάρκεια διαχείρισης ασθενών διαφορετικού πολιτισμικού επιπέδου αποκτάται σταδιακά, με το πέρασμα του χρόνου και την πολύωρη εμπειρία. Η κατανόηση της διαφορετικότητας αρχικά και η αποδοχή της στη συνέχεια είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επίτευξη παροχής μιας ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε ευρύ φάσμα ανομοιογενών πληθυσμών. (Young & Guo, 2016)

Στην προσπάθεια αξιολόγησης της επικοινωνίας ασθενών και νοσηλευτών ώστε να υπάρχει βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιήθηκε ως γνώμονας η γνώμη των ασθενών. Οι νοσηλευόμενοι αντιδρούν θετικά στην επιστημονική γνώση και την τεχνική δεξιότητα του νοσηλευτή καθώς και στον τρόπο προσέγγισης κατά την τέλεση του νοσηλευτικού έργου. Από την άλλη πλευρά, η κριτική είναι αρνητική λόγω του τρόπου συμπεριφοράς, της ασέβειας στην διαφορετικότητα του ασθενή, του περιορισμένου χρόνου ενασχόλησης με τον ασθενή και του αισθήματος απομόνωσης και εγκατάλειψης που δημιουργεί εκ των πραγμάτων η μη ύπαρξης κοινής γλώσσας επικοινωνίας. (Rocque & Leanza, 2015)

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η οικονομική κρίση που ταλανίζει την ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια, είναι επόμενο πως έχει επηρεάσει και τον χώρο της υγείας ο οποίος γνωρίζει μια πρωτοφανή συρρίκνωση. Οι δομές υγείας υποφέρουν από ανεπαρκή στελέχωση που αφορά τόσο στο υγειονομικό προσωπικό όσο και τις υλικοτεχνικές υποδομές. Ο ελληνικός πληθυσμός αναζητά ολοένα και περισσότερο την περίθαλψη στις δημόσιες δομές υγείας που οδηγεί σε αύξηση των εργασιακών απαιτήσεων από τους εργαζόμενους. Ωστόσο, η κάλυψη των αυξημένων αυτών αναγκών δεν περιορίζεται μόνο στις ώρες εργασίας αλλά και στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών. Για την κάλυψη, λοιπόν, όλων αυτών των αναγκών είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών με απώτερο σκοπό την βελτίωση της επάρκειας και της ικανότητας παροχής καλύτερης φροντίδας που να ικανοποιεί τις υπάρχουσες ανάγκες. (King & Martineau, 2012)

Το υπάρχον πρόβλημα των αυξημένων απαιτήσεων στο χώρο της υγείας δεν περιορίζεται μόνο στους εργαζόμενους. Αποτελεί, πλέον, και πρόκληση για την κάθε κυβέρνηση των τελευταίων χρόνων που καλείται να στελεχώσει επαρκώς όλες τις υγειονομικές δομές της χώρας με το επαρκές προσωπικό. Στην προκειμένη περίπτωση, η επάρκεια δεν αναφέρεται αποκλειστικά στην εξασφάλιση του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών του χώρου της υγείας αλλά της εκπαίδευσής τους. Η ολοένα αυξανόμενη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από άτομα διάφορα της ελληνικής κουλτούρας και πολιτισμού, απαιτεί και την ανάλογη εκμάθηση, εμπειρία και δεξιότητα. Προς ικανοποίηση των συγκεκριμένων αιτημάτων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο σημαντικοί παράγοντες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που απαιτούν περίθαλψη όπως και το επιδημιολογικό τους προφίλ.

Το πρόβλημα, ωστόσο, γιγαντώνεται, καθώς το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατεί να καλύψει όλες αυτές τις ανάγκες. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολη για πολλούς ανθρώπους με αποτέλεσμα οι κοινωνικές ανισότητες να αρχίζουν να γίνονται έντονες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον ελληνικό χώρο σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στις προηγούμενες δεκαετίες το ποσοστό αυτό ήταν το μικρότερο της Ευρώπης και αντιστοιχούσε στο 3,5% του συνόλου του εργατικού δυναμικού της Ελλάδας. Από το 2004 άρχισε να παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση, αλλά παρόλα αυτά το πρόβλημα εξακολουθεί να υπάρχει και να εντοπίζεται στην υποστελέχωση των δομών υγείας από κάποιες επαγγελματικές ομάδες. Πρακτικά,

παρατηρείται μια ανισότητα στην κατανομή των ειδικοτήτων του υγειονομικού προσωπικού που με το πέρασμα των χρόνων δημιουργεί δυσαναλογίες. Εμφανής η διαφορά μεταξύ ιατρικού προσωπικού και νοσηλευτών, με υπόλειμμα των δεύτερων, που επιβεβαιώνει την παρατήρηση. Με βάση, λοιπόν, τα δεδομένα, ο αργός ρυθμός αύξησης της στελέχωσης των υγειονομικών δομών με νοσηλευτικό προσωπικό, έναντι των ιατρών, κατατάσσει τη χώρα μας στην τελευταία θέση του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια του 2009. (Σκρουμπέλος, Δάγλας, Σκουτέλης, & Κυριόπουλος, 2012)

Την ίδια χρονιά με την προαναφερθείσα κατάταξη, έγινε μια καταγραφή του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται μόνιμα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το 2009, λοιπόν, 35.420 νοσηλευτές ήταν σε ενεργό δράση σε μονάδες του δημοσίου εκ των οποίων, το 2,7% ήταν κάτοχοι πτυχίου πανεπιστημιακής σχολής, το 46% είχε φοιτήσει σε ίδρυμα τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 41,3% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 10% είχε εκπληρώσει την βασική υποχρεωτική εκπαίδευση. (Σκρουμπέλος et al., 2012)

Εκτός, όμως, από την υποστελέχωση των δημόσιων μονάδων υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχει και μια δυσαναλογία στον αριθμό των νοσηλευτών που αντιστοιχούν σε χίλιους κατοίκους στην ελληνική επικράτεια. Με μια αναλογία 3,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, η Ελλάδα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Αντίθετα, οι ιατροί καταλαμβάνουν ποσοστό της τάξης του 5,56 ανά 1000 κατοίκους, σαφώς πολύ μεγαλύτερο από το μέσο όρο (3,16/1000 κατοίκους) των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ για το ίδιο έτος. Έτσι, γίνεται σαφές ότι δημιουργείται μια ανισότητα μεταξύ των δύο κατηγοριών του χώρου της υγείας που αποκαλύπτει την οφθαλμοφανή έλλειψη επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα την αδυναμία κάλυψης των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού σε παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. (Σκρουμπέλος et al., 2012)

Ως επιπρόσθετο πρόβλημα στην υποστελέχωση των δομών υγείας από νοσηλευτικό προσωπικό, εμφανίζεται και η κατανομή του στον ελληνικό χώρο και ειδικά ανά περιφέρεια. Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός πως παρατηρείται ανισοκατανομή των νοσηλευτών στην ελληνική επικράτεια με αποτέλεσμα να δημιουργούνται βασικά λειτουργικά προβλήματα στις δομές που τους απασχολούν. Με βάση το Παρατηρητήριο Δεικτών Υγείας, το 2012, έχει συσταθεί ένας χάρτης όπου διαφαίνεται η συγκέντρωση των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους σε όλους τους νομούς της Ελλάδας. Τα συμπεράσματα που εξάγονται από τα συγκεκριμένα δεδομένα

αποτυπώνουν τον συνωστισμό του νοσηλευτικού προσωπικού σε περιοχές εκτός των πολυπληθών αστικών κέντρων όπως και σε περιοχές που βρίσκονται στα σύνορα της χώρας. Η μετανάστευση και ο τουρισμός συγκαταλέγονται στους πλέον πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες που δημιουργούν τις αυξημένες ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα και έχουν ως επακόλουθο την μετακίνησή των νοσηλευτών στις συγκεκριμένες περιοχές με την αυξημένη ζήτηση. (Σκρουμπέλος et al., 2012)

2.2 ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Το 2006, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εξέδωσε μια έκθεση με τίτλο «Working Together for Health» όπου ανακήρυξε το χρονικό διάστημα 2006-2015 ως δεκαετία εργατικού δυναμικού για την υγεία. Σύμφωνα, λοιπόν, με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, οι απαιτήσεις σε εργατικό δυναμικό στο χώρο της υγείας όπως και τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον λανθασμένο ή ελλιπή τρόπο σχεδιασμού της οργάνωσης και της διαχείρισης των δυσλειτουργιών στις υποδομές υγείας οφείλονται στα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού όπως και στα επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά.

Εκτός, όμως, από τον ελληνικό χώρο, η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού είτε ποσοτικά είτε σε ότι αφορά την εκπαίδευσή του, παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες του παγκόσμιου χάρτη. Στις, ΗΠΑ, για παράδειγμα, το πρόβλημα της νοσηλευτικής υποστελέχωσης απασχολούσε το εθνικό σύστημα υγείας τα τελευταία 20 έτη. Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η δυσλειτουργία του συστήματος, άρχισαν οι πολιτείες να θεσπίζουν νόμους, αρχής γινομένης της Καλιφόρνιας, με τους οποίους όριζαν την ιδεατή αναλογία νοσηλευτών/ασθενών. Τα μέτρα, εν τέλει, αποδείχθηκαν αποδοτικά και καταγράφηκε αύξηση των νοσηλευτών στα χρόνια που ακολούθησαν. Αντίστοιχα, στην Αυστραλία, έχει δημιουργηθεί εφάμιλλο πρόβλημα καθώς υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που ωστόσο εντοπίστηκε έγκαιρα. Οι προσπάθειες των Αυστραλών και τα μέτρα που ελήφθησαν οδήγησαν σε μια σημαντική αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών που εργάζονται στις υγειονομικές δομές της χώρας, αλλά οι ελλείψεις δεν έχουν καλυφθεί ακόμα. Στην Ευρώπη, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η επαρκής στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό αποτέλεσε μείζον ζήτημα καθώς παρατηρήθηκε διαρκής και μη σταθερή αυξομείωση του αριθμού των εργαζομένων νοσηλευτών. Παρότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, δεδομένου του προβλήματος, δεν θεσμοθετήθηκαν επίσημοι νόμοι για την λήψη μέτρων για την υπέρβαση του προβλήματος, την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε αύξηση στην αναλογία νοσηλευτών/1000 άτομα. Η επιτυχής

αντιμετώπιση του προβλήματος οφείλεται στη συντονισμένη προσπάθεια των ειδικών για την έκδοση ορθών συστάσεων και κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό την κατάλληλη στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων. Από τους πρωτοπόρους στο συγκεκριμένο εγχείρημα, στην Ευρώπη, ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο, χάρη στην δραστηριοποίηση του Βασιλικού Κολλεγίου Νοσηλευτών.

Σε ότι αφορά τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου υπάρχει σαφής έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, στο 48% των χωρών που είναι μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καταγράφονται λιγότεροι από 3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, εκ των οποίων το 27% λειτουργεί με ένα άτομο στον ίδιο αριθμό κατοίκων. Το ελπιδοφόρο μήνυμα από τις αρμόδιες αρχές είναι πως η έλλειψη στην συγκεκριμένη ομάδα των επαγγελματιών υγείας θα βελτιωθεί σημαντικά την επόμενη δεκαετία. Σε ότι αφορά, όμως, τις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου και της Αφρικής, το πρόβλημα θα γιγαντωθεί περισσότερο. (“WHO | Density of nursing and midwifery personnel (total number per 10 000 population, latest available year),” 2020)

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στη σύγχρονη εποχή, η μετακίνηση των λαών προς αναζήτηση καλύτερης τύχης δημιουργεί αρκετά προβλήματα στους παρόχους υγείας των χωρών στις οποίες καταλήγουν για μετεγκατάσταση. Λόγω της ποικιλομορφίας των λαών που συνυπάρχουν στο ίδιο μέρος, οι διαφορές στην καθομιλουμένη μητρική τους γλώσσα, οι διαφορετικές αντιλήψεις και συνήθειες στο θέμα της θρησκείας όπως και ο πολιτισμικός χαρακτήρας αναπόφευκτα συνθέτουν ένα ανομοιογενές σύνολο ανθρώπων που καλείται να συνυπάρξει. Εκτός από τις κοινωνικές ανακατατάξεις που προκαλούνται, η παρουσία των νεόφερτων λαών δημιουργεί και μια δυσλειτουργία στο σύστημα υγείας λόγω της ανάγκης παροχής υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες. Παρακάμπτοντας το βασικό πρόβλημα της επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής γλώσσας, οι υγειονομικοί παράγοντες έχουν να αντιμετωπίσουν την ξενόφερτη κουλτούρα και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών που πολλές φορές καθιστά την συνεργασία μεταξύ τους προβληματική. Δεδομένων των προαναφερθέντων υπαρχόντων προβλημάτων λόγω της υποστελέχωσης των υγειονομικών μονάδων, οι νοσηλευτές καλούνται να υπερβούν τις αδυναμίες του συστήματος, να ενσωματώσουν στις αντιλήψεις τους τις διαφορετικές θέσεις ζωής που πρεσβεύουν οι μετανάστες και να επιτελέσουν το έργο τους με τον ίδιο ζήλο. Ως

πρωταρχική προϋπόθεση για την επιτυχημένη θεραπευτική αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών αποτελεί ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα και στην διαφορετικότητα των ανθρώπων. (Cook, 2003)

Η αποδοχή του ξενόφερτου πολιτισμού και η προσπάθεια ένταξής του στις κοινωνικές συνήθειες των γηγενών βασίζεται σε δύο βασικούς τρόπους προσέγγισης. Αρχικά, η προσοχή θα πρέπει να επικεντρωθεί στην γνωστική επαφή με τον νέο πολιτισμό και την εξοικείωση με τις παραδόσεις των νέων λαών. Αυτός ο τρόπος προσέγγισης, αν και είναι αρκετά χρηστικός, έχει το μειονέκτημα πως θεωρεί τον ξενόφερτο πολιτισμό ως σταθερό και ομοιόμορφο, παραβλέποντας τις ιδιομορφίες και ιδιαιτερότητες των επιμέρους ομάδων. Ο δεύτερος τρόπος προσέγγισης εστιάζεται στην προσπάθεια ενσωμάτωσης των ξένων ηθών και εθίμων στον τρόπο ζωής των χωρών που δέχονται τους μετανάστες. Ο σκοπός δεν είναι η αλλοίωση του πολιτισμικού χαρακτήρα των ιθαγενών αλλά ο τρόπος συνύπαρξης των διαφορετικών εθνοτήτων. Σε ότι αφορά τις πληροφορίες που διατίθενται στην παγκόσμια βιβλιογραφία σχετικά με τον ορθό τρόπο διαχείρισης ανθρώπων άλλων εθνών, επικεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στην γνωστική προσέγγιση του πολιτισμού. Αυτό, όμως, ελλοχεύει τον κίνδυνο της δημιουργίας στερεοτύπων και αδυναμία εξατομίκευσης των αναγκών του κάθε ανθρώπου στην υγειονομική περίθαλψη. (Williamson & Harrison, 2010)

Προς την επίτευξη της επιτυχούς προσέγγισης τέτοιων ασθενών και την αποφυγή των περισσότερων προβλημάτων, θα πρέπει να υπάρξει εντατικοποίηση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Η μέριμνα οφείλει να στραφεί στους φοιτητές της νοσηλευτικής ώστε να προετοιμαστούν κατάλληλα για την απόκτηση της ικανότητας να λειτουργούν, να εργάζονται και να ελίσσονται μεταξύ ανθρώπων με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Εν ολίγοις, θα πρέπει να αποκτήσουν διαπολιτισμική γνώση και δεξιότητα. Εκτός, όμως, από τη γνώση, οι φοιτητές και κατά επέκταση και όλοι οι εν δυνάμει νοσηλευτές, θα πρέπει να αποδέχονται συνειδητά τις διαφορετικές αντιλήψεις των μελών των διαφορετικών πολιτισμών, ακόμα και αν είναι εκ διαμέτρου αντίθετες με τις δικές τους. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια πως υιοθετούνται οι νέες απόψεις από τους ιθαγενείς πληθυσμούς, απλά είναι μια βασική αρχή για την αρμονική συνύπαρξη διαφορετικών λαών σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία. (Williamson & Harrison, 2010)

Για να επιτευχθεί η ένταξη των μεταναστών στο νέο περιβάλλον και ειδικότερα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εφαρμόζονται ορισμένες βασικές αρχές. Η διαφορετικότητα των ανθρώπων λόγω ανομοιογένειας του πολιτισμικού τους υπόβαθρου, δεν τους στερεί το αναφαίρετο δικαίωμα στην ελευθερία και στην ισότητα όπως και στην έκφραση των προσωπικών τους πεποιθήσεων, αρκεί να μην θίγει τα συμφέροντα και την προσωπικότητα των άλλων. Όλοι, ιθαγενείς και μη, οφείλουν να συμβάλλουν με την προσωπική τους εργασία στην οικονομική πρόοδο της χώρας και να αποδείξουν ότι η διαφορετικότητα δεν αποτελεί τροχοπέδη στην αύξηση της παραγωγικότητας. Εν συνεχεία, η ισότητα που βρίσκει εφαρμογή στον τρόπο μεταχείρισης και στην προσφορά ευκαιριών, προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη. Όταν σε μια χώρα το γλωσσικό ιδίωμα, τα φυλετικά και βιολογικά χαρακτηριστικά, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι θρησκευτικές αντιλήψεις δεν επηρεάζουν την υποχρέωση απόδοσης κοινωνικής δικαιοσύνης, τότε υπάρχει μια αρκετά σεβαστή πιθανότητα αρμονικής συνύπαρξης των λαών. (Williamson & Harrison, 2010)

Εκτός, όμως, από την γενική αντιμετώπιση της μετανάστευσης, υπάρχουν ορισμένες συστάσεις που αφορούν ειδικότερα τους νοσηλευτές λόγω της υποχρέωσης που έχουν να περιθάλπουν ασθενείς, αδιαφορώντας για τις ιδιαιτερότητές τους. Ένας, λοιπόν, νοσηλευτής θεωρείται πως κατέχει την επάρκεια για να παρέχει φροντίδα σε έναν αλλοεθνή άνθρωπο όταν έχει την ευαισθητοποίηση που απαιτείται, την γνώση των πολιτισμικών διαφορών και την προσαρμοστικότητα να ελίσσεται σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον με αυξημένες απαιτήσεις και προβλήματα. Εξ'ορισμού, η Νοσηλευτική ανήκει στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που έχει ως αντικείμενο ενασχόλησης την παροχή φροντίδας στον ασθενή, υιοθετεί την ισονομία, την απόρριψη των διακρίσεων και την αλληλεγγύη. Οι ειδοποιοί διαφορές που χωρίζουν τους ανθρώπους όπως η εθνικότητα, η φυλή, το χρώμα, η ηλικία, το φύλο το θρήσκευμα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας δεν έχουν ρόλο αλλά παρακάμπτονται (Multicultural Nursing Education, 2011). Απεναντίας, ένας νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί ως κινητήριο δύναμη του ανθρωπιστικού του έργου, την συμπόνια προς τον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο, όπως αποδεικνύουν οι σύγχρονες πολυκεντρικές μελέτες, παρέχεται υψηλής ποιότητας παρηγορητική φροντίδα (Papadopoulos I, 2015). (“Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση Multicultural Nursing Education,” 2011)

Στο σημείο αυτό θα πρέπει, ωστόσο, να αναφερθεί πως όλα όσα αναφέρθηκαν βρίσκουν πρόσφορο έδαφος σε χώρες του δυτικού κόσμου. Δυστυχώς, στον Τρίτο κόσμο, οι πολιτικές υγείας δεν είναι αρκετά αποδοτικές σε ότι αφορά την διαπολιτισμική εκπαίδευση. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι θεραπευτές που ακολουθούν τις πρακτικές της τοπικής παράδοσης είναι μη ευέλικτοι στις διαπολιτισμικές προσεγγίσεις, λόγω της ανεπαρκούς εκπαίδευσης. Επιπλέον, εξαιτίας της συνύπαρξης εντελώς διαφορετικών θεραπευτικών φιλοσοφιών και προσεγγίσεων, υπάρχει αμφιβολία από τους παρόχους υγείας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών χειρισμών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Γκάνα, η οποία παρ' όλες τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δεν μπορεί να οργανώσει ένα ολοκληρωμένο και αξιόπιστο πρόγραμμα διαπολιτισμικής ιατρικής φροντίδας. (Gyasi et al., 2017)

2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το θεωρητικό περιεχόμενο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής Φροντίδας αφορά στην άμεση παροχή των αναγκών υπηρεσιών υγείας προς κάθε άνθρωπο που τις αναζητά και τις χρειάζεται. Η νοσηλευτική φροντίδα απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου εθνικότητας και πολιτιστικής κληρονομιάς και αποδίδεται με τον απαιτούμενο σεβασμό προς την διαφορετικότητα. (Glittenberg, 2004)

Η πρώτη νοσηλεύτρια που αντιλήφθηκε την αναγκαιότητα της αναπροσαρμογής του τρόπου με τον οποίο παρέχεται ιατρική φροντίδα σε πληθυσμούς με ουσιώδεις διαφορές από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν η Madeleine Leininger. Το έναυσμα που έδωσε στην Leininger την ευκαιρία να αντιμετωπίσει από μια άλλη οπτική γωνία το ζήτημα της περίθαλψης των αλλοδαπών ασθενών ήταν η επαγγελματική της επαφή με πληθυσμούς με εντελώς διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Συνειδητοποίησε, λοιπόν, πως δημιουργείται επιτακτική ανάγκη να διευρυνθεί ο όρος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ώστε να επιτευχθεί η κατάλληλη και πληρέστερη προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας ξενόφερτων ανθρώπων. Κορωνίδα, στην προσπάθεια αυτή, σύμφωνα με την ίδια, είναι η γνώση και μελέτη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που διαθέτει η κάθε ομάδα ατόμων με κοινά στοιχεία και εν συνεχεία η νοσηλευτική προσέγγισή της. (Leininger, 1991)

Η Leininger είχε θέσει ως στόχο της έρευνάς της, την κατανόηση και αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι που ανήκουν σε διαφορετική κουλτούρα, αποδέχονται τη νοσηλευτική φροντίδα ή άλλες ιατρικές παρεμβάσεις. Πρότασή της ήταν η συνεργασία της επιστήμης της ανθρωπολογίας με την νοσηλευτική, ώστε μέσω της γνώσης που κατείχαν και οι δύο αλλά και της εμπειρίας τους, θα μπορούσαν αφενός να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες και αφετέρου να προάγουν τον τρόπο σκέψης και διεξαγωγής της έρευνας. (Leininger, 1991)

Για να επιτευχθεί, όμως, ο στόχος της παροχής ποιοτικής διαπολιτισμικής φροντίδας, θα πρέπει να υπάρχει σεβασμός και ευαισθησία στην ιδιαιτερότητα και διαφορετικότητα των αλλοδαπών ατόμων. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ξένου ασθενή δεν πρέπει να έχει ίχνος ξενοφοβικής ή ρατσιστικής συμπεριφοράς που εκφράζεται μέσω υποτιμητικών σχολίων σχετικά με την εθνικότητα και τις θρησκευτικές αντιλήψεις. Η πολιτιστική ευαισθησία είναι το πολυτιμότερο και πλέον χρηστικό εργαλείο ώστε ο νοσηλευτής να εστιάζεται στην προσωπικότητα του ασθενή και όχι στις διαφορές που πηγάζουν από την εθνική του προέλευση. (“Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση Multicultural Nursing Education,” 2011)

Η απόκτηση, ωστόσο, της ικανότητας διαχείρισης με επιτυχία των νοσηλευτικών αναγκών, ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, δεν επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την εκμάθηση. Αν και η διδασκαλία, μέσω της θεωρητικής γνώσης αλλά και της πρακτικής, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, η επιθυμία του κάθε νοσηλευτή, εξατομικευμένα, έχει πρωταρχική θέση στην όλη προσπάθεια. Η επονομαζόμενη πολιτισμική επιθυμία είναι εκείνη που ωθεί το νοσηλευτικό προσωπικό να κατανοήσει τις ιδιαιτερότητες του κάθε λαού με τον οποίο συναναστρέφεται στον επαγγελματικό του χώρο και να προσφέρει την βοήθεια που απαιτείται. (Isaacs et al., 2016)

Δυστυχώς, αν και η διάθεση όπως και η ικανότητα υπάρχουν, ρεαλιστικά και αναπόφευκτα προβλήματα λειτουργούν ανασταλτικά στο νοσηλευτικό έργο. Πολλοί παράμετροι και εξωγενείς παράγοντες καθιστούν την επικοινωνία νοσηλευτή και ασθενή, προβληματική παρόλο που τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτήν την επικοινωνία δεν έχουν διάθεση αντιπαράθεσης. Συγκεκριμένα, η διαφορετική γλώσσα καθιστά την συνεννόηση και επικοινωνία, δυσλειτουργική. Οι ασθενείς πολλές φορές, λόγω της ξαφνικής ανάγκης για μετεγκατάσταση, δεν έχουν τη δυνατότητα εκμάθησης της γλώσσας του τόπου προορισμού τους. Οι επαγγελματίες υγείας, από την δική τους

πλευρά δεν δύνανται ούτε υποχρεούνται να γνωρίζουν κάθε γλωσσικό ιδίωμα των λαών που έρχονται στη χώρα τους. Με αυτόν τον τρόπο, η επικοινωνία καθίσταται προβληματική και υπάρχει αντικειμενική δυσκολία, και μερικές φορές αδυναμία, στην επεξήγηση των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρασχεθούν. Η άγνοια των ιδιαίτερων πολιτισμικών στοιχείων κάθε λαού, στερεί από τον νοσηλευτή τη γνώση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αποδέχονται ή απορρίπτουν τις θεραπευτικές επιλογές. Οι δυνητικές αντιρρήσεις που υπάρχουν από πλευράς ασθενών, όπως και η άρνηση τους οδηγούν αναπόφευκτα στην δυσκολία ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης με τελικό αποτέλεσμα την δυσλειτουργική έως και ανύπαρκτη θεραπευτική σχέση. (“Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση Multicultural Nursing Education,” 2011)

Σε θεωρητικό επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τους βασικούς τρόπους επικοινωνίας με ανθρώπους άλλων φυλών και εθνών ώστε η προσέγγιση να μην είναι προσβλητική. Σε μερικούς λαούς, ο τρόπος προσφώνησης, η χειραψία αλλά και η οπτική επαφή θεωρούνται αγενείς τρόποι συμπεριφοράς. Ακόμα και αν θεωρείται υπερβολική η εκμάθηση και η τήρηση όλων εκείνων των κανόνων που διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και νοσηλευόμενου, κρίνεται ως απαραίτητη για την επίτευξη της παροχής κατάλληλης φροντίδας. (“Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση Multicultural Nursing Education,” 2011)

Για την υπέρβαση όλων αυτών των προβλημάτων, έχουν διεξαχθεί έρευνες οι οποίες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως είναι απαραίτητη η πρόσληψη ενός διερμηνέα ο οποίος θα είναι παρών στην επικοινωνία νοσηλευτή και ασθενή. Η παρουσία του διερμηνέα είναι καταλυτική όχι μόνο ως μέσο επικοινωνίας, αφού παρακάμπτει το πρόβλημα της γλώσσας αλλά και για την υπέρβαση και άλλων δυσκολιών. Ένας καταρτισμένος διερμηνέας είναι απαραίτητος ώστε να διασφαλιστεί η παροχή ποιοτικής φροντίδας. Οι διερμηνείς, για να μπορέσουν να παρέχουν επαρκές έργο θα πρέπει να είναι πολύπλευρα ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι και στον πολιτισμικό χαρακτήρα των λαών όσο και στις διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Επιπλέον, είναι απαραίτητο, να γνωρίζουν την ιατρική ορολογία ώστε να διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών. (Krupic, Samuelsson, Fatahi, Skoldenberg, & Sayed-Noor, 2017)

Προς επιβεβαίωση των προτεινόμενων τρόπων προσέγγισης των ασθενών ξένης υπηκοότητας, έχουν γίνει έρευνες σχετικά με τα εργαλεία εκείνα που θεωρούνται χρηστικά για την διαπολιτισμική επικοινωνία. Με βάση λοιπόν, τις έρευνες, οι

περισσότεροι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν ότι η επαφή με αλλοεθνείς ασθενείς απαιτεί διαφορετικό τρόπο προσέγγισης σε σχέση με τους ομοεθνείς της χώρας τους. Αυτό σημαίνει πως η δεξιότητα που αποκτά το νοσηλευτικό προσωπικό για την επικοινωνία με τον ασθενή είναι διαφορετική, ανάλογα με τον πολιτισμικό χαρακτήρα των ανθρώπων. Για αυτόν τον λόγο, οι μελέτες ισχυρίζονται ότι είναι απαραίτητη η εφαρμογή ενός συστήματος διαπολιτισμικής επικοινωνίας που θα εφαρμόζεται από τους επαγγελματίες υγείας και θα επιτυγχάνει την απόκτηση διαπολιτισμικής δεξιότητας στην επικοινωνία. (Paternotte et al., 2016)

Κάποιες από αυτές τις μελέτες που έγιναν σε μετανάστες απέδειξαν πως λόγω του ότι βιώνουν έντονη συναισθηματική φόρτιση οδηγούνται πολλές φορές στην εκδήλωση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Για την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος, γίνονται συστάσεις ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να αποκτήσει μέσω εκπαίδευσης, την γνώση ώστε να χρησιμοποιεί τεχνικές που καθιστούν τη συναισθηματική επικοινωνία, επιτυχή. Με αυτόν τον τρόπο, οι μετανάστες θα μπορούν να εκφράζονται πιο εύκολα και θα γίνεται καλύτερα η προσέγγιση του προβλήματός τους (Schouten & Schinkel, 2015). Στα πλαίσια αυτής της εκπαίδευσης, στην Ιταλία γίνεται μια προσπάθεια ώστε οι νοσηλευτές να γίνουν κάτοχοι πολιτισμικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται ασθενείς σε ιδιαίτερες χρονικές στιγμές που σχετίζονται με την κουλτούρα τους, όπως την περίοδο του Ραμαζανιού (Leo, La Tegola, Logroscino, & Carabellese, 2016).

2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η έννοια της διαπολιτισμικής επάρκειας στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας άρχισε να γίνεται εμφανής και να προκαλεί το ενδιαφέρον στη δεκαετία του 1990. Λόγω της σταδιακής μετεξέλιξης της κοινωνίας που απέκτησε πολυπολιτισμικό χαρακτήρα, δημιουργήθηκε η ανάγκη της εκπαίδευσης των νοσηλευτών ώστε να προσεγγιστούν καλύτερα οι μετανάστες που χρειάζονταν παροχή ιατρικής βοήθειας. Αν και το θεμελιώδες βήμα σε τέτοιου είδους επικοινωνία είναι ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα του ανθρώπου, έγινε γρήγορα αντιληπτό πως απαιτείται και η κατάλληλη εκπαίδευση. Πράγματι, σε πολλά κράτη υιοθετήθηκε η ιδέα της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας από επαγγελματίες με πολιτισμική επάρκεια και άρχισε να οργανώνεται το πλαίσιο της κατάλληλης εκπαίδευσης. Το συγκεκριμένο πρότυπο διδασκαλίας και πρακτικής εξάσκησης εισήχθη στο στάδιο της προπτυχιακής εκπαίδευσης αρχικά και

στη συνέχεια εντάχθηκε σε όλα τα προγράμματα που αφορούσαν την συνεχή δια βίου μάθηση. (Harkess & Kaddoura, 2016)

Προκειμένου, οι νοσηλευτές να αποκτήσουν το κατάλληλο πολυπολιτισμικό υπόβαθρο ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τους συγκεκριμένους ασθενείς, κρίθηκε απαραίτητο να εκπαιδευτούν σε ποικιλία τομέων. Καταρχάς, είναι απαραίτητη η γνώση του τρόπου ζωής των ασθενών στην πατρίδα τους όπως και οι συνήθειες που μπόρεσαν να ενσωματώσουν στην καινούρια ζωή τους. Ο τρόπος που δομείται η οικογένεια και ο ρόλος του κάθε μέλους της έχει ιδιαίτερη σημασία στην κατανόηση των αντιλήψεων των μεταναστών. Εν συνεχεία, πληροφορίες που αφορούν στην κοινωνική τους ζωή, όπως οι θρησκευτικές αντιλήψεις, ο τρόπος που αντιμετωπίζουν την ιδέα του θανάτου και οι συνήθειες της σεξουαλικής ζωής δίνουν στους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, τη γνώση να κατανοήσουν το πολιτιστικό υπόβαθρο της ζωής τους και την τοποθέτησή τους σε βασικές αρχές της ζωής. Σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας, είναι βασική γνώση η κατανόηση των διατροφικών τους συνηθειών όπως και η θεώρηση του ζητήματος του σωματικού πόνου. Τέλος, όσο και αν κάποιες συνήθειες είναι παράταιρες με τον τρόπο ζωής του πολιτισμένου κόσμου, όπως η κοπή των γυναικείων γεννητικών οργάνων που λαμβάνει χώρα σε περιοχές της Δυτικής Αφρικής, πρέπει να είναι γνωστές στο προσωπικό των δομών υγείας για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας και την κατανόηση των πεποιθήσεων σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής αλλά και της σωματικής ευρωστίας γενικότερα. (Akinsulure-Smith & Chu, 2017)

Με βάση, λοιπόν, όλες τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις, έγιναν μελέτες σε πολλές χώρες που ήρθαν αντιμέτωπες με το μεταναστευτικό κύμα και εξήχθησαν σημαντικά συμπεράσματα σε διάφορους τομείς της υγείας των μεταναστών. Συγκεκριμένα, στην Πορτογαλία, έγινε προσπάθεια να μελετηθεί το σωματικό βάρος ξένων πληθυσμών που εγκαταστάθηκαν στη χώρα σε συνδυασμό με τα βιολογικά χαρακτηριστικά της φυλής τους. Ειδικότερα, μελετήθηκε το πρότυπο του σωματικού βάρους που αντιστοιχούσε σε κάθε φυλή και κατόπιν έγινε σύγκριση με το σωματότυπο και τα κιλά που αποκτούσαν κατά την παραμονή τους στην Πορτογαλία. Η συγκριτική μελέτη δεν περιορίστηκε μόνο σε σύντομο χρονικό διάστημα από στιγμή της εγκατάστασης στη χώρα αλλά επεκτάθηκε σε μακρός χρόνου και διερευνήθηκε έτη αργότερα. Τα αποτελέσματα ήταν κατατοπιστικά σχετικά με τα προγράμματα που έπρεπε να εφαρμοστούν για την εξασφάλιση μιας υγιούς και λειτουργικής κατάστασης των μεταναστών (Da Costa, Dias, & Martins, 2017). Κατά αντιστοιχία, στη Γερμανία

έγινε μελέτη που αφορούσε στους ασθενείς που νοσηλεύονταν στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Η γνώση των πεποιθήσεων των ξένων λαών σχετικά με τη δωρεά οργάνων και άλλων αντίστοιχων ζωτικών θεμάτων απεδείχθη ιδιαίτερα χρήσιμη για την αντιμετώπιση περιπτώσεων εγκεφαλικού θανάτου, μεταμοσχεύσεων και διακοπής μηχανικής υποστήριξης σε ασθενείς μετανάστες. (Bein, 2015)

Εκτός, όμως, από τις μελέτες που έχουν γίνει σε χώρες του δυτικού κόσμου σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα της παρουσίας της πολιτισμικής επάρκειας στους νοσηλευτές, έχουν γίνει και σε ασιατικές χώρες, όπου εκεί η νοοτροπία είναι διαφορετική. Στην Ασία, τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται στις δομές υγείας και στοχεύουν στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς, εστιάζονται στην κατανόηση του πολιτισμού κάθε λαού, στο σύνολό του. Υπάρχει η πεποίθηση ότι η πολιτιστική επάρκεια ορίζεται και αντιπροσωπεύεται από την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να κατανοεί τις ιδιαιτερότητες κάθε φυλής και να επιδεικνύει σεβασμό, ευαισθησία και αίσθηση του καθήκοντος κατά την προσέγγιση των ασθενών. Η ύπαρξη πολιτισμικών διαφορών μεταξύ των φυλών, ακόμα και των υποομάδων τους δεν αξιολογούνται καθώς υπάρχει η άποψη πως προέχει η προσέγγιση και όχι η γνώση της ποικιλομορφίας. (Cai, Kunaviktikul, Klunklin, Sripusanapan, & Avant, 2017)

Δεν αποτελεί τυχαίο εύρημα, το γεγονός πως στην Ευρώπη και στις χώρες της Βόρειας Αμερικής, αντίθετα με την Ασία, χρησιμοποιούνται μοντέλα που έχουν βασιστεί στη θεωρία της Leininger και έχουν θετικά αποτελέσματα. Με βάση τον ορισμό της πολιτισμικής επάρκειας που υιοθετείται και εφαρμόζεται από τις χώρες του δυτικού κόσμου, οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές, έχουν διδαχθεί σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο τον τρόπο προσέγγισης ασθενών που ανήκουν σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Με γνώμονα τη γνώση της διαφορετικής κοσμοθεωρίας, θρησκευτικών αντιλήψεων και στάσης ζωής, οι νοσηλευτές παρέχουν με σεβασμό και κατανόηση την φροντίδα που απαιτεί η ιατρική κατάσταση του ασθενή. (Leininger, 1991)

Σε μια προσπάθεια περαιτέρω βελτίωσης του μοντέλου πολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας, το ενδιαφέρον των παρόχων υγείας εστιάζεται και εξατομικεύεται κατά ασθενή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της εφαρμογής της συγκεκριμένης τεχνικής είναι το «πρότυπο πολιτισμικά σύμφωνης πρακτικής» που εφαρμόζει η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών. Σύμφωνα με αυτό, οι εξελίξεις στην επικοινωνία και μετακίνηση πληθυσμών στον παγκόσμιο χάρτη, έχουν οδηγήσει στην διαμόρφωση μιας

πολυπολιτισμικής κοινωνίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση αυξημένων και διευρυμένων αναγκών στην υγεία. Η συνύπαρξη με άτομα φορείς νέων και διαφορετικών πολιτιστικών χαρακτηριστικών, ιδεολογιών και τρόπου ζωής δημιουργεί την ανάγκη εύρεσης τεχνικών προσέγγισής τους. Ο τομέας της υγείας, εξυπακούεται, πως είναι ένας από τους ευαίσθητους κλάδους αυτής της ανάγκης παροχής υπηρεσιών. (Marion et al., 2017)

2.6 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Το κύριο χαρακτηριστικό των ανθρώπινων κοινωνιών, διαχρονικά, είναι η μετακίνηση του πληθυσμού με σκοπό την αναζήτηση μιας καλύτερης και ποιοτικής ζωής. Στη σύγχρονη εποχή, που οι συνθήκες ευνοούν την γρήγορη μετάβαση σε διαφορετικά μέρη, η μετανάστευση έχει γίνει μέρος της ζωής όλων των χωρών του ανεπτυγμένου κόσμου. Λόγω της γεωγραφικής θέσης της χώρας μας, η Ελλάδα έχει δεχτεί κύματα μεταναστών διαφορετικής και ποικίλης προέλευσης με συνέπεια να έχει διαμορφωθεί σταδιακά μια ανομοιογένεια στους κατοίκους στον ελλαδικό χώρο. Η καινούρια αυτή πραγματικότητα, έχει δημιουργήσει την ανάγκη επικοινωνίας με τους ξένους λαούς και την εύρεση τρόπων αρμονικής συνεργασίας και συνύπαρξης. Για τον λόγο αυτό, έχουν αναπτυχθεί μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας που δίνουν τη δυνατότητα στο γηγενή πληθυσμό να μπορεί να επικοινωνεί με τον νεόφερτο πληθυσμό. Τα μοντέλα αυτά, μεταξύ άλλων, έχουν βρει εφαρμογή και στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στο νοσηλευτικό προσωπικό που καλείται να περιθάλψει και να βοηθήσει ασθενείς.

Ένα από τα πλέον χρηστικά μοντέλα που είναι εφαρμόσιμα σε πολλούς λαούς με διαφορετικό πολιτισμό είναι το μοντέλο του Purnell το οποίο εστιάζεται σε δώδεκα συγκεκριμένους τομείς. Αρχικά, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, θα πρέπει να ανακτάται η πληροφορία σχετικά με τη χώρα προέλευσης των μεταναστών και τον γεωγραφικό προσδιορισμό της στον παγκόσμιο χάρτη. Η γνώση του τόπου, της ιστορίας και του πολιτισμού της περιοχής προέλευσης, σε γενικά πλαίσια, δίνει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν και επηρεάζουν την στάση των ανθρώπων στην ασθένεια. Στη συνέχεια, γίνεται εξοικείωση με τον τρόπο επικοινωνίας με τον ασθενή και την ενημέρωση για την ύπαρξη ή μη εθιμοτυπικών που οφείλουν να τηρούνται για την καλύτερη προσέγγιση. Από τους βασικούς, επίσης, τομείς που το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να ενημερωθεί είναι ο τρόπος με τον

οποίο είναι δομημένη η οικογένεια αλλά και ο ρόλος που διαδραματίζει κάθε μέλος της μέσα σε αυτήν αλλά και στην κοινωνία. Η επαγγελματική ενασχόληση, οι συνθήκες εργασίας όπως και ο τρόπος με τον οποίο ζουν οι άνθρωποι σε σχέση με το περιβάλλον είναι στοιχειώδη δεδομένα, πολύ κατατοπιστικά για την ύπαρξη παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να συμπεριληφθούν και οι γενικότερες συνθήκες διαβίωσης των ξένων ασθενών, όπως εάν λαμβάνονται μέτρα υγειονομικής φροντίδας ή αν στην καθημερινότητά τους ο τρόπος της ζωής που διάγουν τους θέτει σε κινδύνους. Στη συνέχεια, βασικές πληροφορίες αποτελούν οι συνήθειες της διατροφής όπως και οι τεχνικές που εφαρμόζονται στην χώρα τους σχετικά με την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και την περάτωση ενός τοκετού. Στο πλαίσιο αυτό εξάγονται σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας τους όπως και τον τρόπο εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, σημαντικά στοιχεία που αν και δεν σχετίζονται άμεσα με την υγεία, επηρεάζουν την πολιτισμική συμπεριφορά των ανθρώπων είναι τα τελετουργικά θανάτου και η πνευματικότητα των ανθρώπων. Όλες αυτές οι χρήσιμες πληροφορίες εξάγονται κατά κύριο λόγο από την επαφή και επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενή. Δεδομένου ότι το οικογενειακό περιβάλλον συνιστά μια μικρογραφία του κοινωνικού συνόλου, μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές λεπτομέρειες σχετικά με τον πολιτισμό, τις συνήθειες αλλά και το εθιμοτυπικό επικοινωνίας των ανθρώπων. Με τη χρήση του συγκεκριμένου μοντέλου οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μάθαιναν τη γλώσσα των μεταναστών, αναγνωρίζοντας τις διαλέκτους, την χροιά της φωνής που χαρακτήριζε κάθε λαό, τον τρόπο εκφώνησης των ονομάτων βάσει του εθιμοτυπικού τους όπως και τις μεθόδους μη λεκτικής επικοινωνίας. (Purnell, 2013)

Σχεδόν σύγχρονα με το μοντέλο του Purnell, αναπτύχθηκε ένα άλλο, από τους Papadopoulos, Tilki και Taylor. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές θεωρούσαν πως η απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας, μέσω της επαφής με αλλοδαπούς ασθενείς, δίνει την ευκαιρία απόκτησης γνώσεων αλλά και δεξιοτήτων στην διαχείριση των διαφορετικών συνηθειών και αντιλήψεων που πηγάζουν από τον πολιτισμό του κάθε λαού. Κατέχοντας, λοιπόν, αυτήν την ικανότητα, οι επαγγελματίες υγείας μπορούσαν να παρέχουν βασική αλλά επαρκή φροντίδα στους ασθενείς που παρακολουθούσαν. (Papadopoulos, Tilki, & Taylor, 1998)

Σε συνάφεια με το μοντέλο αυτό, λειτούργησε το αντίστοιχο των Campinha και Bacotte, το οποίο στηριζόταν στην πολιτισμική αξιολόγηση. Πρακτικά, οι εν λόγω

μελετητές πρότειναν την καταγραφή των πολιτιστικών στοιχείων αλλά και ιδιαιτεροτήτων των ξένων ασθενών στα ιστορικά τους και τις νοσηλευτικές τους καρτέλες. Σκοπός δεν ήταν απλώς η συλλογή πληροφοριών αλλά η γνώση απαραίτητων στοιχείων που θα λειτουργούσαν ως πολύτιμα εργαλεία στις περιπτώσεις που οι ασθενείς απαιτούσαν νοσηλευτική φροντίδα. (Campinha-Bacote, 2002)

Θα πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί σύμφωνα με τους ειδικούς, ότι η πολιτισμική επάρκεια για να είναι αποτελεσματική στην πρακτική της εφαρμογή οφείλει να συνοδεύεται από την προσωπική συμμετοχή του νοσηλευτή. Η αποδοχή της πολιτιστικής ιδιαιτερότητας οδηγεί στην κατάλληλη αντιμετώπιση του ασθενή και την απαλλαγή από προκαταλήψεις και ρατσιστικές συμπεριφορές. Η εκτέλεση του καθήκοντος της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει σεβασμό στην πολιτισμική ταυτότητα του κάθε ασθενή και στην ομαλή συνεργασία με την οικογένειά του με σκοπό την άντληση των κατάλληλων πληροφοριών ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. (Papadopoulos et al., 1998)

2.7 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

Η Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, αποτελεί περιοχή φιλοξενίας για πολλούς μετανάστες από διαφορετικά γεωγραφικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα. Οικονομικοί μετανάστες, πρόσφυγες λόγω πολέμου, Ρομά και άλλοι συνιστούν ένα ανομοιογενές σύνολο ανθρώπων που αναζητούν μια καλύτερη ζωή. Ως φυσικό επακόλουθο, οι μετανάστες αυτοί, είτε διερχόμενοι από την χώρα μας, είτε ως μόνιμοι κάτοικοι θα χρειαστούν κάποια στιγμή ιατρική φροντίδα. Λόγω, λοιπόν, της νέας αυτής πραγματικότητας που διαμορφώνεται στην κοινωνική ζωή αλλά και στον χώρο της υγείας, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, έχει επισημάνει ήδη από το 2006, ότι υποχρέωση των νοσηλευτών είναι η παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις. Τα ιδιαίτερα βιολογικά, εθνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, όπως και η κοινωνική του θέση και οι προσωπικές του αντιλήψεις δεν αποτελούν κριτήρια διάκρισής του. Το μόνο που ενδιαφέρει το προσωπικό που παρέχει ιατρική κάλυψη στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι εκείνοι οι παράγοντες που διαμορφώνουν το πλαίσιο και τις συνθήκες της ζωής τους. Πολυτιμότερος δείκτης αυτών των πληροφοριών είναι η οικογένεια η οποία ορίζει τον τρόπο συμμετοχής των μελών της και τους διαύλους επικοινωνίας αλλά και επίλυσης των προβλημάτων τους. Οι αρχές

λειτουργίας της οικογένειας είναι εκείνες που βοηθούν τα μέλη της να προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν κατά την μετεγκατάστασή τους σε νέα χώρα. Ρόλος των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς ξένης προέλευσης είναι η εφαρμογή, στην πράξη, της θεωρητικής κατάρτισης που έχουν αποκτήσει σχετικά με τον τρόπο δομής και λειτουργίας των οικογενειακών ομάδων και των πληθυσμών διαφορετικών πολιτισμών. Η ομαλή, λοιπόν, συνεργασία με τα ευπαθή άτομα και τις οικογένειες τους δίνει την δυνατότητα, εκτός της σωστής θεραπευτικής φροντίδας τους, να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα προσαρμογής που αναπόφευκτα επιφέρει η εγκατάσταση σε μια ξένη χώρα. (Lancellotti, 2008)

Για την επιτυχή πρακτική εφαρμογή αυτής της διαπολιτισμικής προσέγγισης μέσω του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή, γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας η ταξινόμηση των οικογενειών των ασθενών σε φυσιολογικές και προβληματικές. Η διάκριση αυτή δεν γίνεται με ρατσιστικά κριτήρια αλλά με βάση το αν έχουν διάθεση συνεργασίας, αποδοχής, συμμετοχής και εφαρμογής της θεραπευτικής τους αγωγής. Ωστόσο, όσο και αν υπάρχουν καλές προθέσεις και από την πλευρά των ασθενών όσο και των υγειονομικών υπαλλήλων, υπάρχουν περιπτώσεις μεροληπτικής αντιμετώπισης των πασχόντων και των οικογενειών τους. Δυστυχώς, η αδυναμία κατανόησης της διαφορετικής κουλτούρας των λαών οδηγεί τους νοσηλευτές, σε κάποιες περιπτώσεις, σε μεροληπτικές συμπεριφορές απέναντι στους ξένους. Οι διαφορετικές αντιλήψεις, ειδικά στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, δημιουργούν λανθασμένες εκτιμήσεις που στηρίζονται σε πολιτισμικές διαφορές και κριτήρια που αφορούν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ξενόφερτων λαών. (Lancellotti, 2008)

Ως προτεινόμενα μέσα για την υπέρβαση του προβλήματος έχει συστηθεί η παρουσία του επονομαζόμενου οικογενειακού διερμηνέα ο οποίος εξυπηρετεί τις ανάγκες επικοινωνίας των ασθενών αλλά και υπερασπίζεται τα δικαιώματά τους στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, η συγκεκριμένη λύση δεν είναι καθολικής αποδοχής διότι παρατηρούνται προβλήματα και στην επικοινωνία του υγειονομικού προσωπικού με τον διερμηνέα της οικογένειας (Zendedel, Schouten, van Weert, & van den Putte, 2016). Εν συνεχεία, γίνεται προσπάθεια, να γίνει βίωμα η πραγματικότητα της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, ούτως ώστε οι επαγγελματίες υγείας να ξεπεράσουν την ξеноφοβία τους και να μην πράττουν με βάση προκαταλήψεις και ρατσιστικές αντιλήψεις. Σκοπός αυτής της προσπάθειας δεν αποτελεί μόνο η αλλαγή της

νοοτροπίας αλλά και η καλύτερη περίθαλψη του ασθενή. Η μεροληπτική συμπεριφορά δημιουργεί προβλήματα στην νοσηλευτική φροντίδα αλλά και επιβαρύνει περισσότερο την αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης που βιώνουν οι μετανάστες (Leng et al., 2018). Επιπλέον, η τάση που υπάρχει να σχετίζεται το κοινωνικό προφίλ της κάθε οικογένειας με την στάση των μελών της απέναντι στην ασθένεια, οδηγεί στην ανάγκη της γνώσης των πολιτιστικών στοιχείων του κάθε λαού που μετοικεί στη χώρα φιλοξενίας τους. Βασικός γνώμονας όλων αυτών των ενεργειών είναι η εξασφάλιση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτου εθνικής προέλευσης και κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων. (Macionis & Nijole, 2007)

2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΑΤΣΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι νοσηλευτές λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε συνεχή επαφή με τελείως διαφορετικούς ανθρώπους σε ότι αφορά την κουλτούρα και την νοοτροπία τους. Η ανομοιογένεια αυτή δεν αποτελεί τροχοπέδη στην προσφορά τους, δυστυχώς όμως, παρατηρούνται φαινόμενα ρατσιστικής συμπεριφοράς. Δεν είναι λίγες οι φορές που ιατροί και νοσηλευτές έχουν αρνηθεί την παροχή φροντίδας σε κάποιον αλλοδαπό ασθενή είτε λόγω ξενοφοβίας είτε εξαιτίας ρατσιστικών αντιλήψεων. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά, από ηθικής πλευράς θεωρείται ανάρμοστη και οφείλει να εξαλειφθεί. Επίσης, η νέα μορφή που αποκτά η κοινωνία και οι χώρες, με την μετακίνηση των λαών, οδηγεί σε έναν πολυπολιτισμικό χαρακτήρα που εκ των πραγμάτων απαιτεί και αποφυγή του ρατσισμού. Προσπάθεια, λοιπόν, όλων οφείλει να είναι η υπέρβαση τέτοιων αντιλήψεων ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερης ποιότητας φροντίδα. (Ansell & McDonald, 2015)

Με βάση, λοιπόν, το αντιρατσιστικό μοντέλο που τέθηκε σε εφαρμογή στην Αγγλία και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, από τα τέλη κιόλας της δεκαετίας του 1980, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης βασίζεται στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις συνήθειες των ξένων λαών που εγκαθίστανται στη χώρα όπως επίσης και στην ατομική συμβολή του κάθε εργαζόμενου με σκοπό την εξάλειψη της μεροληπτικής συμπεριφοράς. Η ατομική ευθύνη είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι σε πολλές περιπτώσεις η υπάρχουσα νομοθεσία λειτουργεί περιοριστικά στην παροχή ίσων ευκαιριών στην υγεία σε συγκεκριμένες ομάδες ξένων ασθενών. (Γεωργογιάννης, 2010)

Στην πράξη, το αντιρατσιστικό αυτό μοντέλο της διαπολιτισμικής προσέγγισης επαφίεται στην προσωπική ευαισθητοποίηση του κάθε επαγγελματία στο χώρο της υγείας. Η βιωματική αποδοχή της απουσίας ρατσισμού και ξενοφοβικών αντιλήψεων επιτυγχάνεται μέσω της γνώσης. Η γνωριμία με τους ξένους πολιτισμούς που φέρουν οι μετανάστες, δίνει την ευκαιρία στην αποδοχή της διαφορετικής κουλτούρας και τον σεβασμό στον άνθρωπο και σε όσα πρεσβεύει. Αυτή, όμως, η διεργασία δεν σταματά με το πέρας της εκμάθησης αλλά είναι διαρκής και βρίσκει εφαρμογή στην καθημερινή επαφή με τον ασθενή. Στο σημείο αυτό, ωστόσο, εγείρεται το ερώτημα πως είναι δυνατόν να επιτευχθεί η συγκεκριμένη πρόταση. Η συναίνεση δεν είναι αρκετή, ούτε η ατομική διάθεση. Απαιτείται ένα επαρκές και πλήρες πρόγραμμα εκμάθησης που θα πείσει για την αναγκαιότητα της πολυπολιτισμικής προσέγγισης. Δυστυχώς, είναι γεγονός, πως ο ρατσισμός συνεχίζει να υφίσταται στους επαγγελματίες υγείας ακόμα και αν συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης. (Allen, 2010)

2.9 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Είναι γεγονός τόσο στον ελλαδικό χώρο όσο και στις χώρες του παγκόσμιου χάρτη ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι παρών. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που επηρεάζει πολλές κοινωνικές ομάδες αλλά δεν είναι ταυτόσημος, όπως λανθασμένα υποστηρίζεται, με την ανέχεια και την περιθωριοποίηση. Σύμφωνα με τον ορισμό που αποδίδεται στον κοινωνικό αποκλεισμό από τους ειδικούς, είναι η προβολή εμποδίων σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες ώστε να λαμβάνουν προσφερόμενα αγαθά, απαραίτητα τόσο για την επιβίωση όσο και για την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η εργασία, η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη, η συμμετοχή σε πολιτιστικές εκδηλώσεις και η ψυχαγωγία, αν και αποτελούν αναφαίρετα δικαιώματα κάθε ανθρώπινης ύπαρξης, δυστυχώς, δεν απολαμβάνονται από όλους τους ανθρώπους. Η έλλειψη τους, είναι αποδεδειγμένο, πως οδηγεί σε οικονομικά προβλήματα, ανέχεια και κοινωνική περιθωριοποίηση. (Κογκίδου, 1998)

Δυστυχώς, το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι ατομικό αλλά επιφέρει πολλαπλές δυσλειτουργίες στον κοινωνικό ιστό. Μια κοινωνία που περιλαμβάνει στους κόλπους της ανισότητες δεν μπορεί να εξασφαλίσει εύρυθμη λειτουργία. Στα πλαίσια αυτής της δυσλειτουργίας, κοινωνικό αποκλεισμό υφίστανται

άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις με περιορισμένο οικονομικό εισόδημα που ανήκουν σε έθνη διαφορετικά από τους γηγενείς κατοίκους της χώρας. Στις οικογένειες των συγκεκριμένων ομάδων παρατηρείται επίσης η μικρή δυνατότητα ή η απουσία της πρόσβασης σε δομές υγείας, μειωμένη προληπτική φροντίδα καθώς επίσης και μη ικανοποιητική ποιότητα υγείας. Λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού, δημιουργείται ένα αρνητικό αίσθημα σε αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι αποφεύγουν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια ακόμα και σε σοβαρές ή έκτακτες καταστάσεις. Ο κοινωνικός, λοιπόν, αποκλεισμός καθώς και η μη πρόσβαση στην ιατρονοσηλευτική φροντίδα αναπόφευκτα οδηγούν τους ασθενείς σε επιλογή εναλλακτικών τρόπων θεραπευτικής προσέγγισης. Επικουρικοί παράγοντες σε αυτήν την επιλογή συνιστούν οι δυσκολίες στην επικοινωνία λόγω της γλώσσας όπως και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις που σε πολλούς λαούς οδηγούν σε άλλες μεθόδους, μη αποδεκτές από την συμβατική ιατρική. Τελικός αποδέκτης, ωστόσο, αυτής της προβληματικής κατάστασης είναι ο ίδιος ο ασθενής όπου σε αρκετές περιπτώσεις η ζωή του τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο. (“National policies to combat social exclusion. First annual report of the European Community Observatory - Archive of European Integration,” n.d.)

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πολιτισμικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα δείγμα που προέρχεται από ένα γενικό νοσοκομείο, καθώς και η μελέτη των παραγόντων που επιδρούν.

3.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ

Νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων.

3.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

Νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης “Γ. Παπανικολάου”.

3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Κριτήρια ένταξης

- Νοσηλευτές/ τριες με προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο ετών (ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα παροχής φροντίδας σε άτομα διαφορετικού πολιτισμικού ή/και εθνικού υποβάθρου).
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

3.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Γ. Παπανικολάου”. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η

συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 2 μέρη:

- Κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα
- Ερωτηματολόγιο Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ). Πρόκειται για ένα εργαλείο που αφορά την πολιτισμική ικανότητα (Paradopoulos, n.d.). Η κατηγοριοποίηση των ερωτηθέντων, μέσω ειδικού λογισμικού επεξεργασίας των απαντήσεων, είναι η ακόλουθη: α) Πολιτισμικά ανεπαρκής, β) Πολιτισμικά ενημερωμένος/ η, γ) Πολιτισμικά Ασφαλής, και δ) Πολιτισμικά Επαρκής. Παρότι η προαναφερθείσα κατηγοριοποίηση εντάσσει τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου στις τακτικές κλίμακες μέτρησης (ordinal scales), ο μέσος όρος έχει νόημα, δηλαδή είναι ερμηνεύσιμος, οπότε στην ανάλυση θα διαχειριστεί ως συνεχής μεταβλητή. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και σταθμίστηκε από τους Vasiliou et al. (Vasiliou, Couta, & Raftopoulos, 2013).

3.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μίας τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μίας διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μίας ονομαστικής μεταβλητής έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή του ελέγχου των Kruskal-Wallis, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της

συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

3.7 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του δείγματος.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 108 νοσηλευτές (81 γυναίκες και 27 άνδρες). Η μέση ηλικία είναι 40 έτη και ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας 12 έτη. Το 60% κατέχει τίτλο ΤΕΙ και το 30% ΑΕΙ. Το 25% των συμμετεχόντων είναι άγαμοι/ες, το 62% έγγαμοι/ες, και το 13% διαζευγμένοι/ες. Έξι στα δέκα συμμετέχοντα άτομα κατέχουν τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών. Επιμορφωτικά μαθήματα, σχετικά με διαπολιτισμικά θέματα, έχουν παρακολουθήσει λίγο περισσότερα άτομα από το 1/3 των συμμετεχόντων. Σχεδόν ένα στα πέντε άτομα δήλωσε ότι έχει διαμείνει, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα, σε χώρα του εξωτερικού. Η συντριπτική πλειοψηφία γνωρίζει, τουλάχιστον, μία ξένη γλώσσα. Τέλος, περίπου οι μισοί εκ των συμμετεχόντων συναναστρέφονται αλλοδαπά άτομα. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

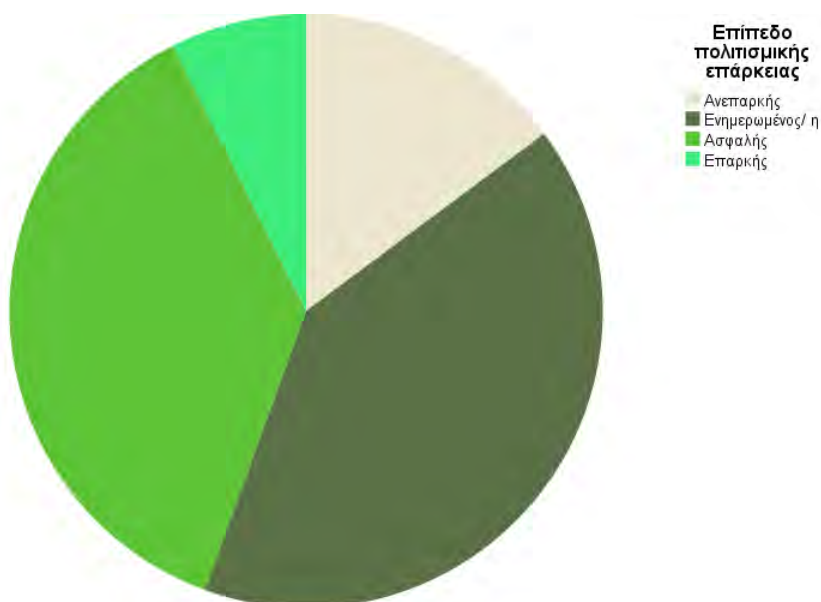
Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	Mean	Standard Deviation	Median	N	N %
Ηλικία	40.0	7.8	39.5		
Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/τρια	12.0	7.8	10.0		
Φύλο	Γυναίκα			81	75.0
	Άντρας			27	25.0
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση			12	11.1
	ΤΕΙ			64	59.3
	ΑΕΙ			32	29.6
Κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου	Όχι			44	40.7
	Ναι			64	59.3
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η			27	25.0
	Έγγαμος/η			67	62.0
	Διαζευγμένος/η			14	13.0
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικών με διαπολιτισμικά θέματα	Όχι			69	63.9
	Ναι			39	36.1
Διαμονή σε χώρα του εξωτερικού	Όχι			89	82.4
	Ναι			19	17.6
Γνώση ξένης γλώσσας	Όχι			16	14.8
	Ναι			92	85.2
Συναναστροφή με αλλοδαπά άτομα	Όχι			58	53.7
	Ναι			50	46.3

Σε ότι αφορά την κατηγοροποίηση των συμμετεχόντων, βάσει των απαντήσεων που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο CCCQ, όπως φαίνεται στον πίνακα και στο γράφημα που ακολουθούν, μόνο το 7.4% υπολογίστηκε ως «Επαρκής». Το 20% χαρακτηρίζεται ως «Ανεπαρκής» και το υπόλοιπο ποσοστό (73.1%) μοιράζεται, σχεδόν εξίσου, στις κατηγορίες «Ενημερωμένος/ η» και «Ασφαλής».

Πίνακας 2. Ταξινόμηση συμμετεχόντων βάσει του ερωτηματολογίου CCCQ

		N	N %
Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής	16	14.8
	Ενημερωμένος/ η	44	40.7
	Ασφαλής	40	37.0
	Επαρκής	8	7.4



Γράφημα 1. Κυκλόγραμμα συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας

4.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

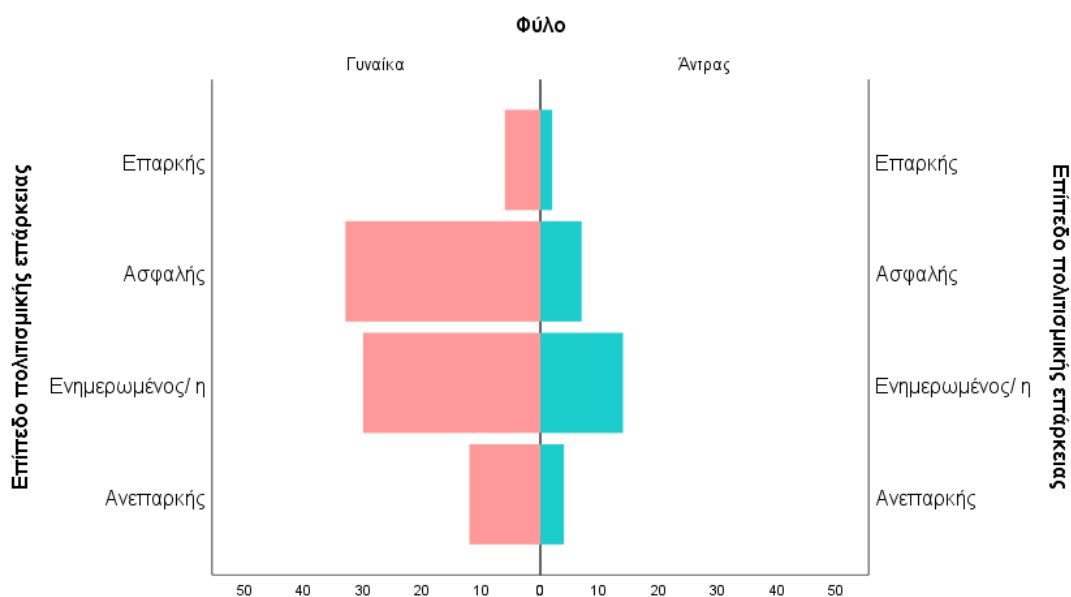
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), και της μελέτης των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η κλίμακα CCCQ παρουσιάζει κανονική κατανομή.

4.2.1 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με το φύλο

Η κλίμακα CCCQ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με το φύλο ($r_{pb}(108) = -.078, p = .423$).

Πίνακας 3. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά φύλο

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας		Φύλο	
		Γυναίκα	Άντρας
Επαρκής	Ανεπαρκής	12	4
Ασφαλής	Ενημερωμένος/ η	30	14
Ενημερωμένος/ η	Ασφαλής	33	7
Ανεπαρκής	Επαρκής	6	2



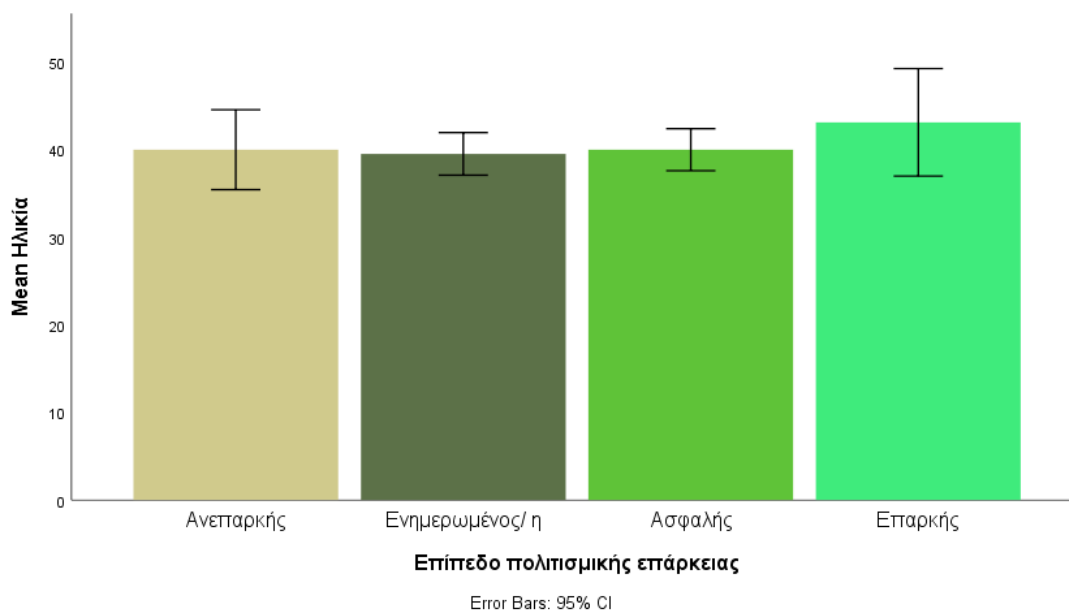
Γράφημα 2. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά φύλο

4.2.2 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την ηλικία

Η κλίμακα CCCQ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία ($r_s(108) = .064, p = .513$).

Πίνακας 4. Κατανομή ηλικίας ανά επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής Ενημερωμένος/ η Ασφαλής Επαρκής	Ηλικία	
		Mean	Standard Deviation
	Ανεπαρκής	40.0	8.6
	Ενημερωμένος/ η	39.5	8.0
	Ασφαλής	40.0	7.5
	Επαρκής	43.1	7.3



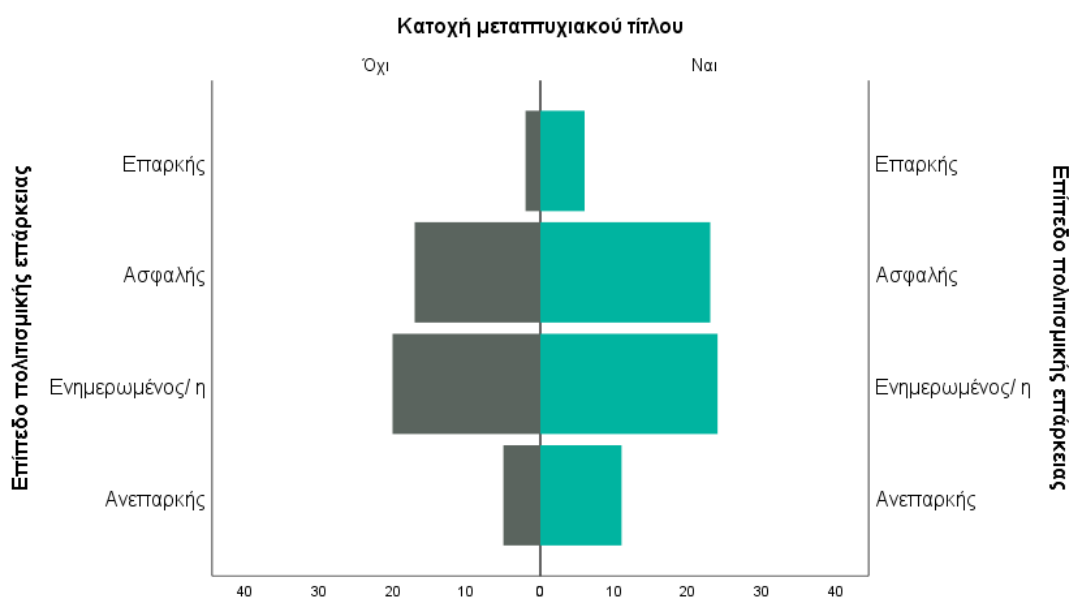
Γράφημα 3. Κατανομή ηλικίας ανά επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας

4.2.3 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου

Η κλίμακα CCCQ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου ($r_{pb}(108) = .007, p = .944$).

Πίνακας 5. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου	Κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου	
		Όχι	Ναι
Ανεπαρκής	Ανεπαρκής	5	11
Ενημερωμένος/ η	Ενημερωμένος/ η	20	24
Ασφαλής	Ασφαλής	17	23
Επαρκής	Επαρκής	2	6



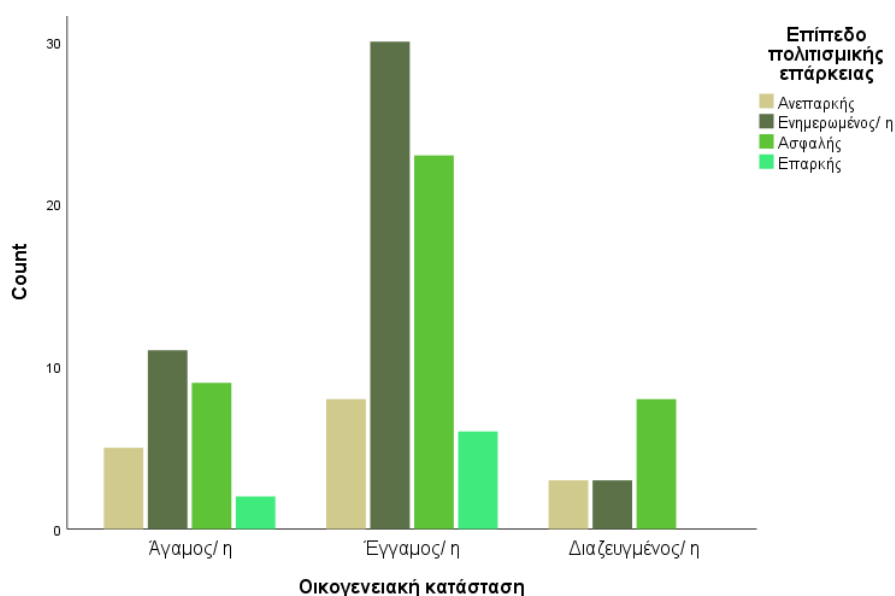
Γράφημα 4. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου

4.2.4 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την οικογενειακή κατάσταση

Η δοκιμασία Shapiro-Wilk και η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», έδειξαν ότι τα δεδομένα δεν πληρούν την προϋπόθεση της κανονικής κατανομής. Ως εκ τούτου, ο έλεγχος συσχέτισης έγινε με τη μέθοδο του Welch. Ο έλεγχος του Welch δεν ανέδειξε σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CCCQ μεταξύ των τριών κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης ($F(2, 31.974) = .150, p = .862$).

Πίνακας 6. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά οικογενειακή κατάσταση

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Οικογενειακή κατάσταση	Οικογενειακή κατάσταση		
		Άγαμος/ η	Έγγαμος/ η	Διαζευγμένος/ η
Ανεπαρκής		5	8	3
Ενημερωμένος/ η		11	30	3
Ασφαλής		9	23	8
Επαρκής		2	6	0



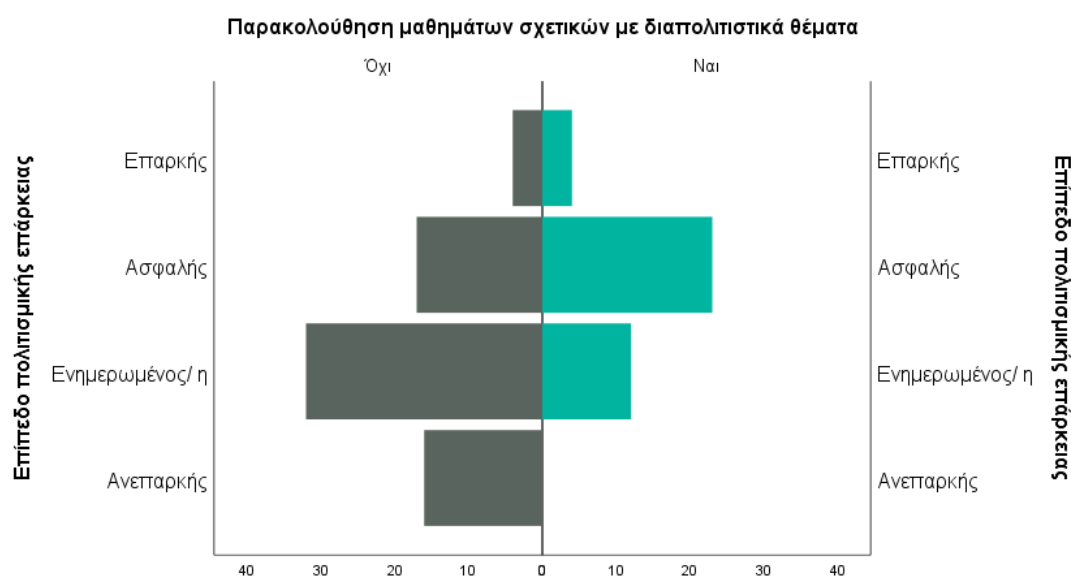
Γράφημα 5. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά οικογενειακή κατάσταση

4.2.5 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την επιμόρφωση

Η κλίμακα CCCQ βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικά σημαντικά με την παρακολούθηση μαθημάτων σχετικών με διαπολιτιστικά θέματα ($r_{pb}(108) = .388, p < .001$). Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν λάβει επιμόρφωση σχετική με διαπολιτιστικά θέματα εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.

Πίνακας 7. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά επίπεδο επιμόρφωσης

		Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικών με διαπολιτιστικά θέματα	
		Όχι	Ναι
Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής	16	0
	Ενημερωμένος/ η	32	12
	Ασφαλής	17	23
	Επαρκής	4	4



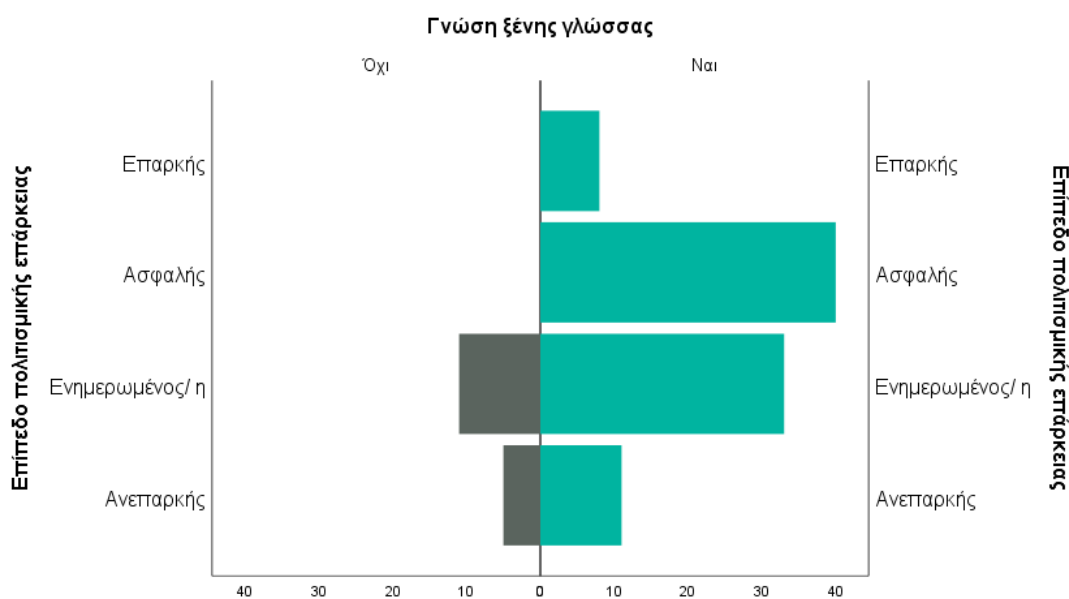
Γράφημα 6. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά επίπεδο επιμόρφωσης

4.2.6 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με τη γλωσσομάθεια

Η κλίμακα CCCQ βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικά σημαντικά με τη γνώση ξένης γλώσσας ($r_{pb}(108) = .346, p < .001$). Συγκεκριμένα, τα άτομα που γνωρίζουν τουλάχιστον μία ξένη γλώσσα εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.

Πίνακας 8. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά επίπεδο γλωσσομάθειας

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής Ενημερωμένος/ η Ασφαλής Επαρκής	Γνώση ξένης γλώσσας	
		Όχι	Ναι
		5	11
		11	33
		0	40
		0	8

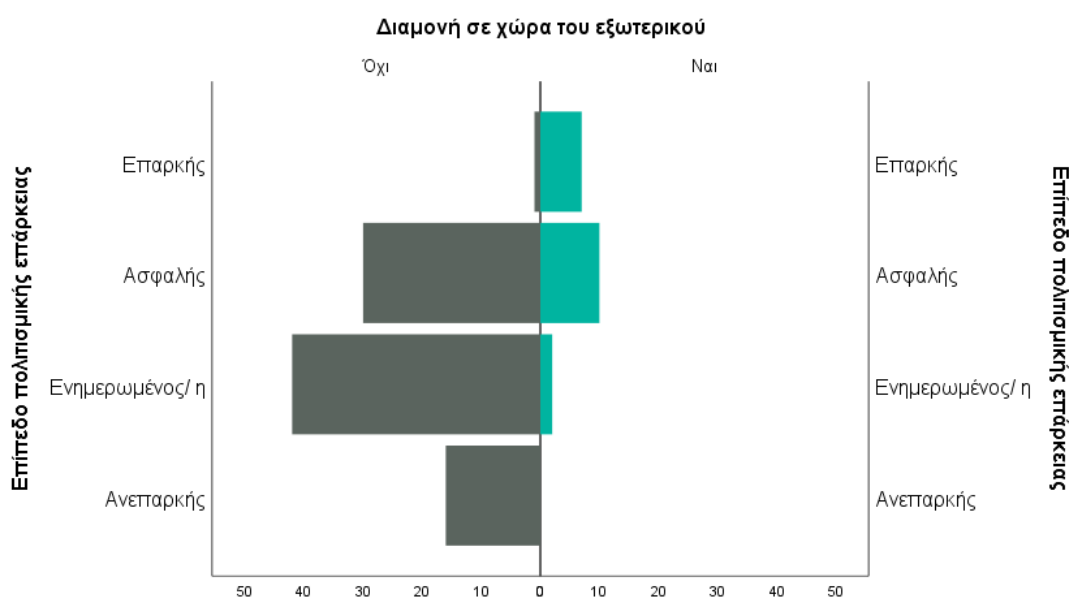


Γράφημα 7. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά επίπεδο γλωσσομάθειας

4.2.7 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με τη διαμονή στο εξωτερικό

Η κλίμακα CCCQ βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικά σημαντικά με τη διαμονή σε χώρα του εξωτερικού ($r_{pb}(108) = .501, p < .001$). Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ζήσει, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα, σε χώρα του εξωτερικού εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.

		Διαμονή σε χώρα του εξωτερικού	
		Όχι	Ναι
Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής	16	0
	Ενημερωμένος/ η	42	2
	Ασφαλής	30	10
	Επαρκής	1	7



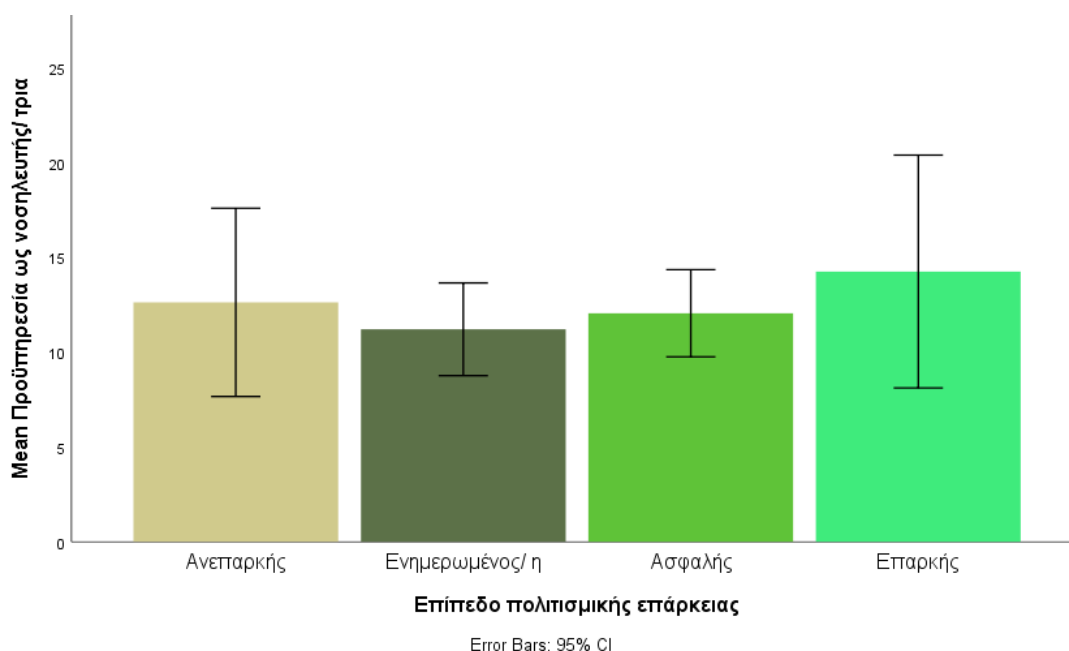
Γράφημα 8. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας σχετικά με διαμονή στο εξωτερικό

4.2.9 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με την προϋπηρεσία

Η κλίμακα CCCQ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με τα έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλεύτης/ τρια ($r_s(108) = .058, p = .554$).

Πίνακας 10. Κατανομή ετών προϋπηρεσίας ανά επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας	Ανεπαρκής Ενημερωμένος/ η Ασφαλής Επαρκής	Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/ τρια	
		Mean	Standard Deviation
	Ανεπαρκής	12.6	9.3
	Ενημερωμένος/ η	11.2	8.0
	Ασφαλής	12.0	7.2
	Επαρκής	14.2	7.3



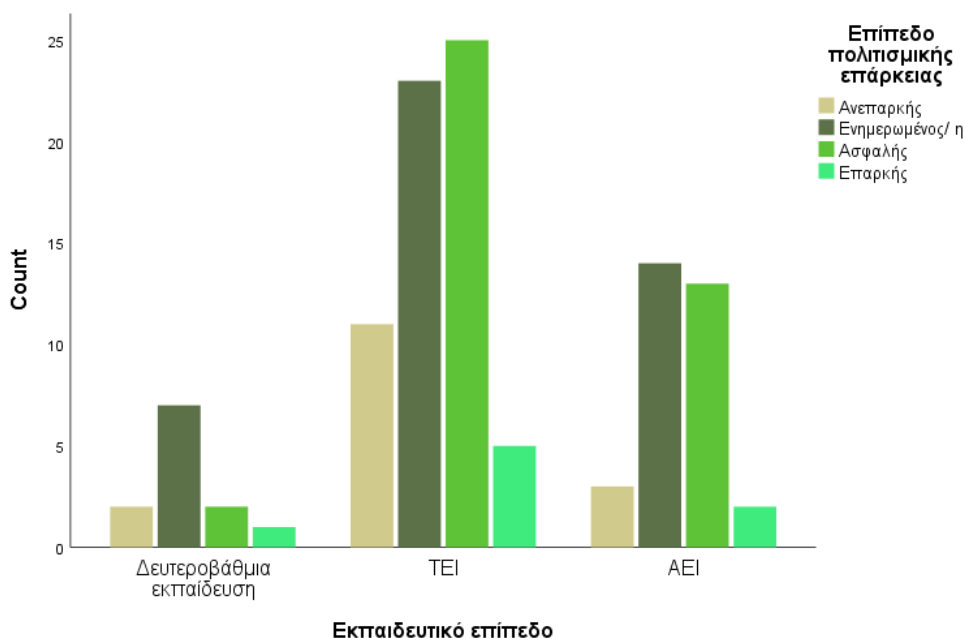
Γράφημα 10. Κατανομή ετών προϋπηρεσίας ανά επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας

4.2.10 Συσχέτιση της κλίμακας CCCQ με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Η κλίμακα CCCQ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με εκπαιδευτικό επίπεδο ($r_s(108) = .087, p = .368$).

Πίνακας 11. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας		Εκπαιδευτικό επίπεδο		
		Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	ΤΕΙ	ΑΕΙ
Ανεπαρκής		2	11	3
Ενημερωμένος/ η		7	23	14
Ασφαλής		2	25	13
Επαρκής		1	5	2



Γράφημα 11. Κατανομή συχνοτήτων επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βελτίωση του βαθμού της πολιτισμικής επάρκειας, σε επαγγελματίες υγείας, έχει ως στόχο την αναβάθμιση της φροντίδας υγείας που παρέχεται σε ασθενείς προερχόμενους από διαφορετικό πολιτισμό και κουλτούρα. Για τον σκοπό αυτόν έχουν αναπτυχθεί, σε πολλές χώρες αποδέκτες μεταναστευτικού πληθυσμού, εξειδικευμένα θεωρητικά μοντέλα και προγράμματα τα οποία αποσκοπούν στην κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Με αυτόν τον τρόπο εκσυγχρονίζεται η παρεχόμενη φροντίδα υγείας ώστε να είναι περισσότερο ατομοκεντρική και, ως εκ τούτου, πιο δίκαιη. (Matteliano & Street, 2012; McAllister, 2008; Wilson-Stronks, Lee, Cordero, Kopp, & Galvez, 2008)

Προκειμένου να επιτευχθεί μείωση στις ανισότητες που παρατηρούνται στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, ανάμεσα σε ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας και πολιτισμού, απαιτείται μία προσέγγιση με πολυδιάστατο χαρακτήρα. Θεωρείται αναγκαία τόσο η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση όσο και η διαρκής επιμόρφωση μέσω προγραμμάτων δια βίου μάθησης. Κεντρικό ρόλο, σε αυτή την διαδικασία, διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικότερα εκείνο που δραστηριοποιείται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (Chrisman, 2007; J. Giger et al., 2007)

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών έχουν ως δειγματοληπτικές μονάδες φοιτητές νοσηλευτικών σχολών. Ο λόγος αυτής της προτίμησης έγκειται στο γεγονός ότι η προσπάθεια αναβάθμισης της πολιτισμικής επάρκειας επικεντρώνεται, ιδιαίτερα, στο νοσηλευτικό προσωπικό. Έχει παρατηρηθεί, από τα αποτελέσματα αυτών των μελετών, πως οι τελειόφοιτοι σπουδαστές νοσηλευτικής κατέχουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας, εν συγκρίσει με τους πρωτοετείς. Βέβαια, επειδή πρόκειται για μελέτες με μικρό αριθμό δείγματος και δειγματοληψία τύπου «ευκολίας», χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Το θετικό είναι πως η βιβλιογραφία εμπλουτίζεται συνεχώς με νέες μελέτες και με αυξανόμενο ρυθμό. (Koskinen et al., 2009; Krainovich-Miller et al., 2008; Sumpter & Carthon, 2011)

Σε μία παρόμοια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα το 2009 φάνηκε ότι οι νοσηλευτές/τριες του δείγματος, προερχόμενο από νοσοκομείο, είχε μία αρκετά καλή εξοικείωση με ασθενείς άλλης εθνικής και πολιτισμικής προέλευσης. Καταγράφηκε, επιπλέον, σχέση

ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και την πολιτισμική επάρκεια. Συγκεκριμένα, βρήκαν ότι οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης έχουν υψηλότερο βαθμό πολιτισμικής επάρκειας και οι βοηθοί νοσηλευτών τον χαμηλότερο βαθμό. Ο Μανομενίδης, στην έρευνά του, έδειξε ότι η επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε ατομική πρωτοβουλία των ίδιων των νοσηλευτών/τριών (Μανομενίδης, 2009)

Με την παρούσα ερευνητική μελέτη έγινε προσπάθεια αξιολόγησης του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας επαγγελματιών νοσηλευτών, καθώς και διερεύνησης παραγόντων που επιδρούν. Προτιμήθηκε η συγκεκριμένη κατηγορία, αντί φοιτητών, με σκοπό να εξαχθούν σημαντικά δεδομένα, έστω και ως τάση, σχετικά με το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων καθώς και των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωσή του. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η έλλειψη επαρκούς αριθμού αντίστοιχων μελετών, κυρίως στην Ελλάδα, δεν βοηθάει σε σύγκριση των αποτελεσμάτων άρα και εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Σε ό,τι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος της παρούσας έρευνας, βάσει των απαντήσεων που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο CCCQ, μόνο το 7.4% υπολογίστηκε ως «Επαρκής». Το 20% χαρακτηρίζεται ως «Ανεπαρκής» και το υπόλοιπο 73.1% μοιράζεται, σχεδόν εξίσου, στις κατηγορίες «Ενημερωμένος/η» και «Ασφαλής». Επιπλέον, το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειάς τους δεν βρέθηκε να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ή την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου. Αντιθέτως, βρέθηκε να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας οι νοσηλευτές/τριες που έχουν λάβει επιμόρφωση σχετική με διαπολιτιστικά θέματα, που γνωρίζουν τουλάχιστον μία ξένη γλώσσα, που έχουν ζήσει (ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα) σε χώρα του εξωτερικού, ή που συναναστρέφονται αλλοδαπά άτομα.

Το μη τυχαίο και μικρό δείγμα μπορεί να περιορίζει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μελέτης, για μεταφορά τους στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων, αλλά καταγράφει σίγουρα μία τάση. Γι' αυτό, κατ' αρχάς, είναι σημαντικό να οργανωθούν πολυκεντρικές μελέτες με μεγαλύτερο και τυχαίο δείγμα από διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα και φορείς παροχής πρωτοβάθμιας υγείας της χώρας, ώστε να χαρτογραφηθεί επιδημιολογικά το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας στους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στην Ελλάδα. Επιπλέον, να διερευνηθούν σε βάθος, με ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες, οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της πολιτισμικής επάρκειας. Τέλος, χρειάζονται συγκριτικές μελέτες ανάμεσα σε προγράμματα και

μεθόδους επιμόρφωσης ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα καθώς και η διάρκεια της επιδραστικότητάς τους.

Οι κοινωνίες μεταλλάσσονται και αποκτούν με ταχύ ρυθμό έναν, όλο και αυξανόμενο, πολυπολιτισμικό χαρακτήρα. Έτσι, η διαπολιτισμική φροντίδα υγείας με τη σειρά της είναι, και αυτή, μία πραγματικότητα και οφείλουμε να προσαρμόσουμε τα εκπαιδευτικά προγράμματα, σε όλα τα επίπεδα σπουδών, με τέτοιο τρόπο που θα μπορούμε να πετύχουμε το μέγιστο θετικό αποτέλεσμα για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας του κάθε ατόμου ξεχωριστά και, ως εκ τούτου, της κοινωνίας ολόκληρης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Akinsulure-Smith, A. M., & Chu, T. (2017). Knowledge and attitudes toward female genital cutting among West African male immigrants in New York City. *Health Care for Women International*, 38(5), 463–477. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1294593>
- Allen, J. (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: A literature review. *Nurse Education Today*, 30(4), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.08.007>
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2002). Transcultural concepts in nursing care. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 178–180. <https://doi.org/10.1177/10459602013003002>
- Ansell, D. A., & McDonald, E. K. (2015). Bias, black lives, and academic medicine. *New England Journal of Medicine*, 372(12), 1087–1089. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1500832>
- Bein, T. (2015). Interkulturelle Kompetenz: Umgang mit Fremdheit in der Intensivmedizin. *Anaesthetist*, 64(8), 562–568. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0069-8>
- Cai, D., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., Sripusanapan, A., & Avant, P. K. (2017). Developing a cultural competence inventory for nurses in China. *International Nursing Review*, 64(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/inr.12350>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Chrisman, N. J. (2007, January 25). Extending cultural competence through systems change: Academic, hospital, and community partnerships. *Journal of Transcultural Nursing*. SAGE PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA. <https://doi.org/10.1177/1043659606295692>
- COCHRANE, S. *O'HARA. D. *LESLIE. J. (1980, July 31). The effects of education on health.
- Cook, C. (2003). Overview: The Many Faces of Diversity. Retrieved May 28, 2020,

from

<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/TheManyFacesofDiversityOverview.html>

Da Costa, L. P., Dias, S. F., & Martins, M. D. R. O. (2017). Association between length of residence and overweight among adult immigrants in Portugal: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, *17*(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4252-5>

Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*, *18*(2), 95–102. <https://doi.org/10.1177/1043659606298618>

Giger, J. N. (2016). *Transcultural nursing : assessment & intervention*.

Glittenberg, J. (2004). A transdisciplinary, transcultural model for health care. *Journal of Transcultural Nursing*.

Gyasi, R. M., Poku, A. A., Boateng, S., Amoah, P. A., Mumin, A. A., Obodai, J., & Agyemang-Duah, W. (2017). Integration for coexistence? Implementation of intercultural health care policy in Ghana from the perspective of service users and providers. *Journal of Integrative Medicine*, *15*(1), 44–55. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60312-1](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60312-1)

Harkess, L., & Kaddoura, M. (2016, July 1). Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art. *Nursing Forum*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/nuf.12140>

Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 822–829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>

Isaacs, A. N., Raymond, A., Jacob, E., Jones, J., McGrail, M., & Drysdale, M. (2016). Cultural desire need not improve with cultural knowledge: A cross-sectional study of student nurses. *Nurse Education in Practice*, *19*, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.05.009>

- King, G., & Martineau, T. (2012). WHO | Workforce Planning for the Health Sector. *WHO*.
- Koskinen, L., Campbell, B., Aarts, C., Chassé, F., Hemingway, A., Juhansoo, T., ... Nordstrom, P. M. (2009). Enhancing cultural competence: Trans-Atlantic experiences of European and Canadian nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, *15*(6), 502–509. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01776.x>
- Krainovich-Miller, B., Yost, J. M., Auerhahn, C., Norman, R. G., Dobal, M., Rosedale, M., ... Moffa, C. (2008). Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency. *Journal of Transcultural Nursing*, *19*(3), 250–258. <https://doi.org/10.1177/1043659608317451>
- Krupic, F., Samuelsson, K., Fatahi, N., Skoldenberg, O., & Sayed-Noor, A. S. (2017). Migrant General Practitioners' Experiences of Using Interpreters in Health-care: a Qualitative Explorative Study. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, *71*(1), 42–47. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.42-47>
- Kwasky, A., & Corrigan, C. (2016). Nursing in the Mercy Traditions: Engaging Students in the Life of Catherine McAuley. *Journal of Christian Nursing : A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, *33*(4), 244–248. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000311>
- Lancellotti, K. (2008). Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, *24*(3), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.007>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality : a theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leng, J., Lui, F., Chen, A., Huang, X., Breitbart, W., & Gany, F. (2018). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy in Advanced Cancer for the Chinese Immigrant Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *20*(3), 680–686. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0591-7>
- Leo, A., La Tegola, D., Logroscino, G., & Carabellese, F. (2016, September 1). Approccio al paziente musulmano ospedalizzato durante il Ramadan: Considerazioni bioetico-cliniche. *Rivista Di Psichiatria*. Il Pensiero Scientifico

Editore s.r.l. <https://doi.org/10.1708/2476.25884>

Macionis, J., & Nijole, V. (2007). *Seeing Ourselves: Classic, Contemporary, and Cross-Cultural Readings in Sociology* 7th edition: J.K: Amazon.com: Books. Retrieved May 28, 2020, from <https://www.amazon.com/Seeing-Ourselves-Contemporary-Cross-Cultural-Sociology/dp/B002WLY5X8>

Marion, L., Douglas, M. (Marty), Lavin, M. A., Barr, N., Gazaway, S., Thomas, E. (Libby), & Bickford, C. (2017). Implementing the new ANA standard 8: Culturally congruent practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No01PPT20>

Matteliano, M. A., & Street, D. (2012). Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(7), 425–435. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x>

McAllister, E. (2008). Transparency in Maternity Care: Empowering Women to Make Educated Choices. *Journal of Perinatal Education*, 17(4), 8–11. <https://doi.org/10.1624/105812408x364062>

National policies to combat social exclusion. First annual report of the European Community Observatory - Archive of European Integration. (n.d.). Retrieved May 28, 2020, from <http://aei.pitt.edu/36917/>

Papadopoulos, I. (n.d.). E-Book - Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally ... - Irena Papadopoulos - Google Books. Retrieved June 2, 2020, from https://books.google.co.uk/books?hl=en&lr=&id=sipVCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&ots=ZimTThsicK&sig=0CHCY0gluX_W1m9aZyTonmzKv4E#v=onepage&q&f=false

Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G. (1998). *Transcultural care : a guide for health care professionals*. Quay Books.

Paternotte, E., Scheele, F., Van Rossum, T. R., Seeleman, M. C., Scherpier, A. J. J. A., & Van Dulmen, A. M. (2016). How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour? A reflective practice study. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0727-9>

Philip, S., Manias, E., & Woodward-Kron, R. (2015). Nursing educator perspectives of

overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: Barriers, enablers and engagement strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2628–2637. <https://doi.org/10.1111/jocn.12879>

Purnell, L. D. (2013). *Transcultural health care : a culturally competent approach*. F.A. Davis.

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). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139577>

Salaverry, O. (2010). Interculturality in health. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(1), 80–93. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342010000100013>

Schouten, B. C., & Schinkel, S. (2015). Emotions in primary care: Are there cultural differences in the expression of cues and concerns? *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1346–1351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.018>

Sealey, L. J. (2003). *LSU Digital Commons Cultural competence of faculty of baccalaureate nursing programs CULTURAL COMPETENCE OF FACULTY OF BACCALAUREATE NURSING PROGRAMS A Dissertation*. Retrieved from https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/2783

Sumpter, D. F., & Carthon, J. M. B. (2011). Lost in Translation: Student Perceptions of Cultural Competence in Undergraduate and Graduate Nursing Curricula. *Journal of Professional Nursing*, 27(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.09.005>

Vasiliou, M., Couta, C., & Raftopoulos, B. (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).

WHO | Density of nursing and midwifery personnel (total number per 10 000 population, latest available year). (2020). *WHO*.

Williamson, M., & Harrison, L. (2010, June). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. *Int J Nurs Stud*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012>

- Wilson-Stronks, A., Lee, K. K., Cordero, C. L., Kopp, A. L., & Galvez, E. (2008). *One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations Snapshot of the Nation*.
- Young, S., & Guo, K. L. (2016). Cultural diversity training: The necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice. *Health Care Manager, 35*(2), 94–102. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000100>
- Zendedel, R., Schouten, B. C., van Weert, J. C. M., & van den Putte, B. (2016). Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 981–987. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.021>
- Αποστολαρά, Π. (2013). Διαπολιτισμική Επικοινωνία. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.
- Γερογιάννη, Κ., & Πλεξίδα, Α. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και σηλευτική πραγματικότητα αναγκαιότητες στην Ελληνική Νο. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*.
- Γεωργογιάννης, Π. (2010). *Διαπολιτισμική Εκπαίδευση – Μετανάστευση – Διαχείριση Συγκρούσεων και Παιδαγωγική της Δημοκρατίας*.
- Γλύκατζη - Αρβελέρ, Ε. (2007). *Πολιτισμός και ελληνισμός*. (Καστανιώτη, Ed.).
- Δαμανάκης, Μ. (1989). Πολυπολιτισμική – Διαπολιτισμική Αγωγή Αφετηρία , στόχοι , προοπτικές, 1–10.
- Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση Multicultural Nursing Education. (2011). Retrieved May 28, 2020, from <http://vanissaction.blogspot.com/>
- Κογκίδου, Δ. (1998). *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Οικογένεια, Ευρωπαϊκό Forum για την οικογένεια. Ευρώπη -21ος αιώνας: Όραμα και θεσμοί*. (Λιβάνη, Ed.).
- Μανομενίδης, Γ. (2009). Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση. *Νοσηλευτική, 48*(4), 439–446.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2006). ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ. Retrieved May 28, 2020, from <https://www.politeianet.gr/books/9789609582148-mpampiniotis-georgios-kentro-lexikologias-lexiko-tis-neas-ellinikis-glossas-199857>

- Μπιτσάνη, Ε. (2004). *Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη. Σχεδιασμός πολιτιστικής πολιτικής και πολιτιστικού προϊόντος*. (Διόνικος, Ed.). Αθήνα.
- Νικολάου, Γ. (2011). *Ένταξη και εκπαίδευση των αλλοδαπών μαθητών στο Δημοτικό σχολείο: από την “ομοιογένεια” στην πολυπολιτισμικότητα*. Ελληνικά Γράμματα.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ., & Κυριόπουλος, Γ. (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις*.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

(Cultural Competence Assessment (CCA) TOOL)

Α: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ _____	ΦΥΛΟ <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ <input type="checkbox"/> ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ <input type="checkbox"/> ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ <input type="checkbox"/> ΑΓΑΜΟΣ/ Η <input type="checkbox"/> ΕΓΓΑΜΟΣ/ Η <input type="checkbox"/> ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ/ Η <input type="checkbox"/> ΧΗΡΟΣ/ Α	ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
ΕΧΕΤΕ ΖΗΣΕΙ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΑΔΑΣ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΕΧΕΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
ΜΙΛΑΤΕ ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ (ΕΤΗ) _____

Α) Αξιολογώντας τη πολιτισμική σας επαγρύπνηση

	Δηλώσεις	Συμφωνώ σχετικά 3	Συμφωνώ 2	Διαφωνώ 1	Διαφωνώ σχετικά 0
1	Η πολιτισμική ανατροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους				
2	Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεποιθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας				
3	Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύω ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας				
4	Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου				
5	Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με τη πάροδο του χρόνου και την επιρροή διάφορων κοινωνικών παραγόντων				
6	Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο				
7	Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν συμπεριφορές σχετικές με την κουλτούρα τους				
8	Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους				
9	Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις, για να αποφύγουν την επιβολή των δικών τους αξιών σε έναν πελάτη				
10	Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες				
Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ					

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

Δεν γνωρίζω καθόλου την
εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα

Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική
και πολιτισμική μου ταυτότητα

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Β) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας γνώση

Δηλώσεις		Συμφωνώ πλήρως I	Συμφωνώ II	Αμφίβολο I	Αμφίβολο II
1	Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα όλων των πελατών, διευκολύνει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών				
2	Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη				
3	Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων				
4	Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη				
5	Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας				
6	Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορούν να βλάψουν την υγεία τους				
7	Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον ΗΙV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες				
8	Τα ποσοστά της Ψωματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό				
9	Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των διαφόρων ομάδων άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας				
10	Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (ΗΒV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό				
Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ					

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

Δεν είμαι καθόλου ενημερωμένος/η
για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική
κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου

Είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η
για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική
κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Γ) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας ευαισθησία

	Δηλώσεις	Συμφωνώ συνολικά 3	Συμφωνώ 2	Διαφωνώ 1	Διαφωνώ συνολικά 0
1	Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με έναν πελάτη του οποίου η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα Ελληνικά				
2	Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν από το πελάτη, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα				
3	Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφείς				
4	Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στη χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων				
5	Οι διερμηνείς και οι συνηγόροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη				
6	Οι άνθρωποι από μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στον τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας				
7	Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνικότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν ο πελάτης και ο επαγγελματίας υγείας είναι από διαφορετική κουλτούρα				
8	Η θρησκεία μπορεί να είναι μια πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες				
9	Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λιγότερο όφελος από τις ψυχολογικές θεραπείες				
10	Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύλων εφήβων είναι μεγαλύτερο στις εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ' ό,τι στην κοινότητα των ντόπιων				
Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ					

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

Δυσκολεύομαι να εργαστώ με ανθρώπους των οποίων τα πιστεύω, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου

Μπορώ να εργαστώ άνετα με ανθρώπους των οποίων οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δ) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας πρακτική

Δηλώσεις	Συμφωνώ πλήρως 3	Συμφωνώ 2	Διαφωνώ 1	Διαφωνώ πλήρως 0
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

Δεν είμαι καθόλου ικανός να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές προαποθέσεις των πελατών στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω

Είμαι πολύ ικανός στο να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές προαποθέσεις των πελατών στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δεν μπορώ καθόλου να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό

Είμαι πολύ θγγορος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10