



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Διερεύνηση της διαπολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας (Ιατρών - Νοσηλευτριών/ων) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης**

Κοράκη Χρυσούλα

Νοσηλεύτρια Τ.Ε

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΝΗ, Επίκουρη Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα

ΤΣΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2020**



## **Investigation of the Intercultural Competence of health practitioners (doctors-nurses) of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα.....	5
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (abstract).....	6
Εισαγωγή.....	7
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ</b> .....	11
1.1 Εθνότητα.....	11
1.2 Πολιτισμός, κουλτούρα και υγεία.....	11
1.3 Πολιτισμική ταυτότητα.....	13
1.4 Πολιτισμική διαφορετικότητα.....	13
1.5 Πολυπολιτισμικότητα.....	14
1.6 Διαπολιτισμική επικοινωνία.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ</b> .....	16
2.1 Θεωρητική προσέγγιση της επάρκειας.....	16
2.2 Ιατρική και νοσηλευτική επάρκεια.....	17
2.3 Διαπολιτισμική επάρκεια ιατρών και νοσηλευτών.....	17
2.4 Σκοπός και χρησιμότητα της διαπολιτισμική εκπαίδευσης.....	19
2.5 Ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας.....	23
2.6 Μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας.....	24
2.7 Τρόποι προσέγγισης πολιτισμικά διαφορετικών οικογενειών.....	26
2.8 Αναπροσαρμογή της εκπαίδευσης.....	28
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	30
3.1 Σκοπός μελέτης.....	30
3.2 Πληθυσμός στόχος.....	30
3.3 Πληθυσμός πρόσβασης.....	30
3.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη.....	31
3.5 Ερευνητική διαδικασία.....	31
3.6 Στατιστική μεθοδολογία.....	32
3.7 Δειγματοληπτική μέθοδος.....	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	34
4.1 Περιγραφική ανάλυση δείγματος.....	34
4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων.....	36
4.3 Γραμμική παλινδρόμηση.....	37
4.3.1 Γνώση.....	37
4.3.2 Δεξιότητες.....	38
4.3.3 Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων.....	39
4.3.4 Πολιτισμική συνειδητοποίηση.....	39
4.3.5 Εκπαίδευση και κατάρτιση.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	48
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	49
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι</b> (Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλονίκης).....	55
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ</b> (Ερωτηματολόγιο).....	56

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ τον σύζυγο μου Νίκο και τον γιο μου Κωνσταντίνο για την αμέριστη συμπαράσταση τους, σε αυτή μου την προσπάθεια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Ψυχικής Υγείας καθώς και σε οτιδήποτε επιχειρώ στην ζωή μου.

Οφείλω να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Κα. Κοτρώτσιου Στυλιανή για την πολύτιμη βοήθεια της, η οποία με καθοδήγησε στα στάδια της εργασίας και στην εκπόνηση της παρούσης εργασίας,

Στους καθηγητές και στους συμφοιτητές μου για την ωραία εμπειρία που μοιραστήκαμε.

## Περίληψη στην ελληνική γλώσσα

**Εισαγωγή:** Η Ελλάδα, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, είναι μια πολυπολιτισμική χώρα και οι επαγγελματίες υγείας κρίνεται αναγκαίο να είναι σε θέση να παρέχουν μια πολιτισμικά αρμόζουσα φροντίδα υγείας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της διαπολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας (Ιατρών - Νοσηλευτριών/ων) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

**Υλικό και μεθοδολογία:** Στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) δόθηκε το ερωτηματολόγιο Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) το οποίο σταθμίστηκε για τα ελληνικά δεδομένα από την (Apostolara et. al, 2016), που εξετάζει την πολιτισμική ικανότητα σε διαφορετικό χρονικό διάστημα. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει την πολιτισμική ικανότητα μέσω των γνώσεων, των δεξιοτήτων, της διαχείρισης διαπολιτισμικών καταστάσεων, της πολιτισμικής συνειδητοποίησης, της εκπαίδευσης και της κατάρτισης. Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου ανέδειξε 5 παράγοντες (Γνώση, Δεξιότητες, Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων, Πολιτισμική συνειδητοποίηση και Εκπαίδευση και Κατάρτιση) με καλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha$ >0,7). Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες οι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή ( $p= 0.001$ ), η παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας ( $p= 0.005$ ), και το φύλο ( $p = 0.009$ ) μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας Γνώση. Επιπλέον, η παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας ( $p= 0.004$ ), ( $p= 0.005$ ), και οι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας Δεξιότητες. Σχετικά με την διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων διαπιστώθηκε ότι κανένας παράγοντας δεν μπορεί να την προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά. Τέλος, με γνώμονα τον παράγοντα επαγγελματική ιδιότητα( $p= 0.008$ ) μπορεί να προβλεφθεί η βαθμολογία της υποκλίμακας πολιτισμική συνειδητοποίηση και της υποκλίμακας εκπαίδευση και κατάρτιση.

**Συμπεράσματα:** Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ευαισθητοποίηση τους σε ζητήματα που αφορούν στην πολυπολιτισμικότητα και στην διαφορετικότητα, καθώς και η απόκτηση βασικών δεξιοτήτων, όπως η Πολιτισμική Ικανότητα συνιστά αναγκαία προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη άσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων τους, την ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας, αλλά και ευρύτερα, τον προσανατολισμό σε ένα ανθρωπιστικό πρότυπο εκπαίδευσης.

## Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (Abstract)

**Introduction:** Nowadays, Greece, is a multicultural country and health professionals have to be capable to provide a culturally sufficient health care.

**Purpose:** The purpose of this study is the investigation of the intercultural competence of health practitioners (doctors-nurses) of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki.

**Material and methodology:** A questionnaire that examines the cultural ability at different time-points has been given to the medical and nursing staff of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki (P.H.T.). The questionnaire examines the cultural ability through knowledge, skills, intercultural management, cultural awareness, education and training. The statistically process of the data has been evaluated with SPSS 25.

**Results:** The questionnaire's factors analysis highlighted 5 of them (Knowledge, Skills, Intercultural Management, Cultural Awareness and Education and Training) with good reliability (Cronbach's  $\alpha > 0.7$ ). Analysis of Multiple Linear Regression, using the Forward method, showed that among the studied factors, social interactions with people of different cultural backgrounds ( $p = 0.001$ ), attending Intercultural Health seminars ( $p = 0.005$ ), and gender ( $p = 0.009$ ) can predict, statistically significantly, the score of the Knowledge subscale. In addition, attending Intercultural Health seminars ( $p = 0.004$ ), ( $p = 0.005$ ), and socializing with people of different cultural backgrounds can predict, statistically significantly, the score of the subscale Skills. Regarding the management of intercultural situations, it was found that there is no factor to predict it, statistically significant. Finally, based on the job title factor ( $p = 0.008$ ), the score of the subscale cultural awareness and the subscale of education and training can be predicted.

**Conclusions:** The training of health professionals, the awareness of issues related to multiculturalism and diversity, as well as acquisition of basic skills, such as Cultural Skills, is a prerequisite for more effective application of their professional duties, improves the health system's level, but also more broadly, it leads to the orientation to a humanitarian model of education.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας το φαινόμενο των μεταναστευτικών εισροών στη χώρα μας είναι ιδιαίτερο έντονο. Το φαινόμενο, λοιπόν, αυτό έχει γεννήσει πολλές ανάγκες αναβάθμισης των δομών του κοινωνικού ιστού και έχει αλλάξει κατά πολύ τα μέχρι τώρα γνωστά δεδομένα. Το μεταναστευτικό ζήτημα έχει οδηγήσει στην δημιουργία πολυπολιτισμικών κοινωνιών, ο αριθμός των οποίων συνεχώς αυξάνεται. Είναι μια παγκόσμια τάση η οποία αναμένεται να συνεχιστεί, γεγονός που προκύπτει από την έως τώρα κινητικότητα των μεταναστευτικών ρευμάτων. Τα ρεύματα αυτά των μεταναστευτικών εισροών ξεκίνησαν από την δεκαετία του '90 και συνεχίστηκαν ακόμα πιο έντονα μετά την ένταξη νέων χωρών στην ΕΕ. Μία ακόμα παράμετρος που ενισχύει το φαινόμενο αυτό είναι η γεωγραφική μας θέση, και ειδικότερα η γειτνίασή μας με χώρες της Βαλκανικής.[1,2]

Η σημαντικότερη επίδραση στην ελληνική κοινωνία έχει επέλθει τις τελευταίες δεκαετίες. Οι μαζική εισροή όλων αυτών των μεταναστών στη χώρα έχει προκαλέσει κρίσιμες αλλαγές στα κοινωνικά, πολιτισμικά, εθνικά, και θρησκευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Ελλάδας [3]. Ο πολιτισμός των μεταναστών δεν είναι σε καμία περίπτωση ο πολιτισμός των «ξένων», αλλά η όψη και η διάσταση του πολιτισμού της χώρας υποδοχής, αφού αντικατοπτρίζει διαδικασίες ένταξης και αποκλεισμού[4]. Όλοι αυτοί οι άνθρωποι που ανήκουν σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες έχουν ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και γλωσσικό υπόβαθρο το οποίο πιθανόν να επηρεάζει την κοσμοθεωρία τους, αλλά και σε ότι έχει να κάνει με την υγεία και την ασθένεια. Είναι αναμενόμενο ότι θα επηρεαστεί και ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδονται από γενιά σε γενιά ζητήματα που έχουν να κάνουν με τις αξίες και τις παραδόσεις σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια.

Ειδική κατηγορία αποτελούν όλοι εκείνοι οι μετανάστες οι οποίοι παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στον τόπο όπου πηγαίνουν, με σκοπό να αιτηθούν ασύλου. Αυτές οι ομάδες των ατόμων, λοιπόν, χαρακτηρίζονται από ετερογένεια, έχουν πολιτισμικά πολλές διαφορές μεταξύ τους, ενώ ζουν υπό συγκεκριμένες συνθήκες στη χώρα υποδοχής αναμένοντας την απόφαση σχετικά με το αίτημά τους για άσυλο. Είναι ένας πληθυσμός που εμφανίζει υψηλά ποσοστά τόσο σωματικών όσο και ψυχικών προβλημάτων υγείας[5]. Η ανάγκη αυτών των ατόμων για παροχή φροντίδας είναι πολύ μεγάλη και συχνά πολύπλοκη, εξαιτίας πολλαπλών ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, ζητημάτων κατανόησης της γλώσσας, καθώς επίσης και έλλειψης εξοικείωσης με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης[6]. Επιπλέον, το σχετικά κακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των χωρών προέλευσης τους, η χαοτική κατάσταση λόγω των εμπόλεμων συνθηκών, οι δυσμενείς συνθήκες μετακίνησης τους από τη χώρα τους, στην χώρα υποδοχής[7], και ο αντίκτυπος της χρονοβόρας διαδικασίας για την λήψη ασύλου[8], ενδέχεται να συντελέσουν στην δημιουργία εντελώς διαφορετικών αναγκών σε ζητήματα υγείας συγκριτικά με όλους τους υπόλοιπους μετανάστες.

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν αισθάνονται ικανοί να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους ανάγκες, επειδή πιστεύουν ότι δεν διαθέτουν είτε τις απαραίτητες δεξιότητες [9,10], είτε ολοκληρωμένη

γνώση σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας υπό συνθήκες μοναδικές για τους πρόσφυγες [6]. Σημειώνεται, επίσης, ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται σε χώρους όπου υπάρχουν αιτούντες ασύλου εφαρμόζουν στρατηγικές που αναπτύσσονται ατομικά για τον καθένα, παραβλέποντας πολλές φορές αυτό που τους επιτάσσει η επαγγελματική τους εμπειρία[11], ενώ αρμόδιοι είναι οι ίδιοι για να διαπιστώσουν αν αυτό που εφαρμόσαν είναι σωστό ή εσφαλμένο. Παρόλο που υπάρχουν μελέτες οι οποίες τονίζουν τη σημαντικότητα της πολιτιστικής επάρκειας σε διάφορους τομείς, όπως για παράδειγμα η ικανότητα ανάπτυξης αξιόπιστης σχέσης με τους αιτούντες ασύλου[12, 13] ή την ικανότητα αποσαφήνισης του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής [14, 15], η πολιτισμική επάρκεια δεν έχει μελετηθεί με συστηματικό και ολοκληρωμένο τρόπο σε σχέση με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Από την αναζήτηση στην παγκόσμια βιβλιογραφία προκύπτει ότι μέχρι και σήμερα, δεν υπάρχει καμία έρευνα η οποία να περιγράφει την πολιτισμική επάρκεια ειδικά σε σχέση με τρόπους επαφής και επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τους αιτούντες ασύλου. Ωστόσο, η συστηματική περιγραφή της πολιτισμικής επάρκειας μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης των αρμόδιων φορέων παροχής φροντίδας.

Σε ερευνητική μελέτη του Deardorff(2015) παρουσιάζονται ορισμένες στρατηγικές για την ενίσχυση της διαπολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας[16]. Οι μελέτες αυτές εφαρμόσαν διάφορα θεωρητικά μοντέλα, όπως για παράδειγμα την ανάπτυξη της Συνεχόμενης Διαπολιτισμικής Ανάπτυξης(Intercultural Development Continuum - IDC) και το αναπτυξιακό μοντέλο διαπολιτισμικής ευαισθησίας. Το IDC επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της διαπολιτισμικής επάρκειας ικανοτήτων και παρουσιάζει το πως οι άνθρωποι βιώνουν και εμπλέκουν τις πολιτιστικές διαφορές με προεκτάσεις εθνοκεντρισμού και εθνοσχετικισμού .Ο εθνοκεντρισμός υφίσταται όταν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι ο πολιτισμός τους είναι το κεντρικό στοιχείο της πραγματικότητας, και ο εθνοσχετικισμός είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν τις υπόλοιπες κουλτούρες σε σχέση με τη δική τους. Αυτοί οι προσανατολισμοί σχετικά με τις πολιτισμικές ομοιότητες και διαφορές περιγράφουν ένα σύνολο γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων και εκτείνονται μέχρι και τις πιο μονοπολιτισμικές νοοτροπίες, εκεί όπου η άρνηση και η πόλωση είναι έντονη, διευκολύνοντας την διαπολιτισμική ή την παγκόσμια αποδοχή και βοηθώντας στην ομαλότερη προσαρμογή.[21]

Οι Hammer et al. χρησιμοποίησαν τον όρο διαπολιτισμική ευαισθησία αναφερόμενοι στην ικανότητα διάκρισης της σχετικής πολιτιστικής διαφοράς, και τον όρο διαπολιτισμική επάρκεια στην ικανότητα σκέψης και ενέργειας με διαπολιτισμικά κατάλληλους τρόπους [22]. Οι Hammer et al., υποστήριξαν ότι η διαπολιτισμική ευαισθησία αυξάνεται, όσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα άσκησης διαπολιτισμικής επάρκειας. Η διαπολιτισμική επάρκεια αντανακλά το βαθμό στον οποίο η πολιτιστικές ομοιότητες και διαφορές, σχετικά με τις αξίες, τις προσδοκίες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές, είναι αποτελεσματικά γεφυρωμένες, έχοντας πετύχει ένα συγκεκριμένο περιβάλλον στο οποίο ευνοείται η προοπτική μιας αμοιβαίας [23]. Νοσηλευτές, με εθνοσχετικό προσανατολισμό προς τις πολιτιστικές



ομοιότητες και διαφορές, μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα την πολιτιστική ποικιλομορφία σε σχέση με τους νοσηλευτές που έχουν μια εθνοκεντρική λογική. Σύμφωνα με τον Hammer, η ικανότητα ριζικής αλλαγής της πολιτιστικής προοπτικής και η συμπεριφορά γεφύρωσης των πολιτιστικών διαφορών, αυξάνεται σημαντικά όταν διατηρείται μια προοπτική προσαρμογής. Ο εν λόγω συγγραφέας ορίζει την διαπολιτισμική επάρκεια ως την ικανότητα κατανόησης και προσαρμογής της συμπεριφοράς στις πολιτιστικές ομοιότητες και διαφορές [23]. Ο ορισμός της διαπολιτισμικής επάρκειας του Hammer περιλαμβάνει τον ορισμό του υποκειμενικού πολιτισμού του Bennett, σύμφωνα με τον οποίο η αλληλουχία των πεποιθήσεων, των συμπεριφορών και των αξιών διατηρείται από διαφορετικές ομάδες οι οποίες αλληλεπιδρούν μεταξύ.

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική περιλαμβάνει έναν συστηματικό τρόπο μελέτης, αλλά και ταξινόμησης όλων εκείνων των δεδομένων που αφορούν στις αντιλήψεις, στις πεποιθήσεις και στις πρακτικές μιας ομάδας ανθρώπων, οι οποίοι έχουν ορισμένα κοινά πολιτισμικά στοιχεία. Αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιούνται με σκοπό τον σχεδιασμό πολιτισμικά κατάλληλων πλάνων φροντίδας, ο οποίος διαφοροποιείται κατάλληλα αναλόγως με την ομάδα του πληθυσμού[24]. Επιπλέον, όλα αυτά τα δεδομένα μελετών αφορούν κυρίως την ιστορία της υγείας της ομάδας, την κουλτούρα και την αντίληψη για την υγεία που διαθέτει[25]. Ακόμη, η αξιολόγηση των ομοιοτήτων και των διαφορών μεταξύ των πολιτισμών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποικιλομορφία και την καθολικότητα της πολιτισμικής φροντίδας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα, θα πρέπει οπωσδήποτε να αναπτύξουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία.[26]

Ο νοσηλευτής αναπτύσσει και εξελίσσει την πολιτισμική του ικανότητα μέσω της πολιτιστικής επαγρύπνησης, των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της επιθυμίας να προσφέρει φροντίδα. Στην πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνονται τόσο η γνώση του ιστορικού του ατόμου, ο σεβασμός στη θρησκεία του και οι καλλιτεχνικές τους εκφράσεις, όσο και η επίγνωση της προσωπικότητάς του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και των προκαταλήψεών του. Επίσης, η πολιτισμική ευαισθησία και ο σεβασμός αναφέρονται στην αποφυγή χρήσης προσβλητικής γλώσσας, καθώς επίσης και στην αποφυγή απόψεων που προσβάλλουν την κουλτούρα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου.[27, 28]

Άμεσο επακόλουθο των αλλαγών που προξενούν στην κοινωνία οι αυξανόμενες εισροές των μεταναστών είναι η αναγκαιότητα της αναβάθμισης της ιατρικής και της νοσηλευτικής με τέτοιο τρόπο που να μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και διαπολιτισμικά. Η διαπολιτισμική ιατρική/νοσηλευτική είναι ένας χώρος ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες σχετίζονται με τα ιατρονοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας μέσα στα πλαίσια της κουλτούρας.

Στόχος της διαπολιτισμικής ιατρικής/νοσηλευτικής είναι να προετοιμάσει μια νέα γενιά ιατρών/νοσηλευτών προκειμένου όχι μόνο να είναι πιο ευαίσθητοι, αλλά να είναι και ασφαλείς γνώστες της φροντίδας ανθρώπων που έχουν διαφορετικούς ή παρόμοιους τρόπους ζωής, αξίες και πιστεύω. Για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής φροντίδας αυτών των ομάδων ασθενών είναι απαραίτητη η

ευαισθητοποίηση, καθώς επίσης και η παροχή δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας προς τους ανθρώπους αυτούς, δίνοντας βάση στις διαφορετικές δυναμικές των ομάδων πληθυσμού, τόσο σε πολιτιστικό και πολιτισμικό, όσο και σε θρησκευτικό επίπεδο. Σήμερα, οι σύγχρονες κοινωνίες αποτελούνται από διάφορες κοινωνικές ομάδες διαφορετικής κουλτούρας και πολιτισμού, γεγονός που οφείλεται στο διαφορετικό κοινωνικό, φυλετικό, εθνικό, καθώς επίσης και στο οικονομικό υπόβαθρο. Ως εκ τούτου, συμπεραίνουμε πως απαραίτητο και βασικό στοιχείο για την διαπολιτισμική φροντίδα των ασθενών είναι ο σεβασμός της ατομικότητας και των πεποιθήσεών τους, έτσι ώστε να επιλεχθούν σωστά τα εξατομικευμένα πλάνα φροντίδας.[29-31]

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Paez et al, μελετήθηκε για πρώτη φορά η σχέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πολιτισμικής ικανότητας. Η δημοσίευση, λοιπόν, αυτή αποτέλεσε βασικό πυλώνα για τις μεταγενέστερες ερευνητικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν. Στην έρευνα αυτή μελετάται η σχέση των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όσων εργάζονται. Οι πολιτισμικά αρμόζουσες συμπεριφορές, η κατάρτιση πολιτισμικής ποικιλομορφίας και τα προσαρμοσμένα εκπαιδευτικά προγράμματα στα οποία είχαν υποβληθεί οι εξεταζόμενοι, έδειξαν ότι είχαν υψηλότερα ποσοστά ενδεχόμενης εργασίας σε κλινικές, από εκείνους που ήταν σχετικά αδιάφοροι πολιτισμικά.[32]

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζονται οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί βασικών όρων που αφορούν της σύγχρονη πολυπολιτισμική κοινωνία και όχι μόνο. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι έννοιες της διαπολιτισμικής επάρκειας και αναπτύσσεται η διαπολιτισμική ιατρική-νοσηλευτική, ο σκοπός και τα μοντέλα ανάπτυξής της. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο τέταρτο κεφάλαιο τα αποτελέσματα με βάση τη στατιστική ανάλυση. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα και αναπτύσσονται τα συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από την παρούσα έρευνα συγκριτικά με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Να σημειωθεί ότι στο τέλος υπάρχει σχετικό παράρτημα όπου περιέχεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του στατιστικού δείγματος.

Το υλικό μελέτης που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή των κεφαλαίων 1 και 2 της παρούσας διπλωματικής εργασίας, στην πλειοψηφία του, ήταν δημοσιεύσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών. Οι ηλεκτρονικές βάσεις που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να αναζητηθεί το υλικό της μελέτης αυτής, ήταν η ηλεκτρονική βάση PubMed, Sciencedirect και Scopus με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά σε συνδυασμούς (λογικός τελεστής <<and>>), στην αγγλική γλώσσα: πολιτισμική ικανότητα (cultural competence), ιατροί (doctors), νοσηλευτές (nurses), πολιτισμική επάρκεια (cultural), θρησκεία (religion), αξιολόγηση (assessment) και διαπολιτισμική νοσηλευτική (intercultural nursing).

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

#### 1.1 Εθνότητα

Ο όρος «εθνότητα» περιλαμβάνει συγκεκριμένες πολιτισμικές πρακτικές και νοοτροπίες μιας ορισμένης κοινότητας ανθρώπων, οι οποίες ουσιαστικά τους διαφοροποιούν από τα μέλη άλλων κοινοτήτων. Επιπλέον, παράμετροι που μπορούν να διαφοροποιήσουν τις εθνοτικές ομάδες μεταξύ τους είναι η γλώσσα, η θρησκεία, η ιστορία, και η εμφάνιση. Η διαφοροποίηση αυτή αναφέρεται αφενός στον τρόπο που βλέπουν τον εαυτό τους και αφετέρου στον τρόπο που τους βλέπουν άλλες εθνοτικές ομάδες. Ένας ουσιώδης παράγοντας, ο οποίος όχι μόνο διαφοροποιεί τις εθνότητες αλλά αναιρεί πεποιθήσεις που τις διαχωρίζουν σε «ανώτερες», «δυναμικές» ή «ακόμα και νωθρές», είναι η κοινωνική μάθηση. [33]

#### 1.2 Πολιτισμός, κουλτούρα και υγεία

Ο όρος «Πολιτισμός» (πόλις > πολίτης > πολιτισμός) είναι σχετικά νέος και έκανε την αρχική του εμφάνιση στα ελληνικά γράμματα κατά τον 18ο αιώνα από τον Αδαμάντιο Κοραή. Έγινε ουσιαστικά τότε η πρώτη προσέγγιση και αντιστοίχιση του γαλλικού όρου «civilisation», ο οποίος χρησιμοποιείται πλέον υποκαλύπτοντας και την έννοια του culture/kultur και αυτό διότι υπάρχει έλλειψη μιας μονολεκτικής ακριβούς απόδοσης στα ελληνικά της ξενόγλωσσης έννοιας.

Ο όρος «Πολιτισμός», παρόλο που είναι ευρέως διαδεδομένος, δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως το περιεχόμενό του. Καλύπτει ένα ευρύ εννοιολογικό πλαίσιο και επομένως δύναται να υπάρχει πλήθος διαφορετικών ερμηνειών. Κατά κύριο λόγο αναφέρεται στο σύνολο των υλικών και πνευματικών αξιών και επιτευγμάτων που κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά στο πέρασμα των χρόνων, διαμορφώνοντας μια κοινή μνήμη-εικόνα για ένα σύνολο ατόμων και δημιουργώντας κατ' επέκταση το αίσθημα μιας κοινής αφετηρίας, κοινών αναφορών και βιωμάτων, παραπέμποντας σε μια πορεία σταθερής προόδου, κοινωνικής και οικονομικής.[34]

Η έννοια του πολιτισμού είναι ιδιαίτερα ευρεία και περιλαμβάνει ένα σύνθετο σύνολο επιμέρους στοιχείων όπως είναι οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, οι τέχνες, τα ήθη, τα έθιμα και κάθε άλλη ικανότητα αλλά και συνήθειες τις οποίες αποκτά ο άνθρωπος όντας μέλος της κοινωνίας. Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι τα επιμέρους αυτά στοιχεία δεν έχουν κοινή σημασία για όλα τα μέλη της κοινωνίας. Είναι γεγονός ότι όσο πιο σύνθετη είναι μια κοινωνία, τόσο πιο διαφορετικός θα είναι και ο πολιτισμός της, κάτι που οφείλεται στα πολλά και έντονα διαφοροποιημένα στοιχεία. Η κοινωνία εν γένει είναι

διαφοροποιημένη ως σύνολο, λόγω των διάφορων ομάδων που τη συντελούν, δημιουργώντας με τη σειρά τους υποσύνολα που το καθένα από αυτά έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες. Αυτές οι υποομάδες δημιουργούν ένα διαφορετικό πολιτισμό ή υποκοουλτούρα. Θα μπορούσε να λογίζεται ως πολιτισμός ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων, συμπεριφορών και παραδόσεων, τα οποία θα μπορούσαν να μαθαίνονται, να μοιράζονται και ενδεχομένως να κληρονομούνται. Ο όρος «πολιτισμός» μπορεί να αναφέρεται και στον τρόπο ζωής των ατόμων μιας κοινωνίας, και έτσι να επηρεάζει τις αντιλήψεις τους για την υγεία. Οι πολιτισμικές αντιλήψεις μπορούν να παίξουν ένα τόσο καθοριστικό ρόλο στην υγεία ενός ατόμου, όσο οι βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Έτσι, λοιπόν, γίνεται εύκολα αντιληπτό το ότι η γνώση του πολιτισμού και των χαρακτηριστικών μιας κοινωνίας είναι πολύ σημαντική, καθότι θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να γίνουν αποδεκτές από την κοινωνία. Η στάση των γονιών, τα πρότυπα παιδικής ηλικίας, η ομιλία, η ενδυμασία, οι θρησκευτικές και μη πεποιθήσεις, ο τρόπος μεταχείρισης των ασθενών, ακόμα και η αντιμετώπιση των νεκρών αποτελούν πτυχές του πολιτισμού.[35]

Αναπόσπαστα μέρη αποτελούν οι συμπεριφορές και οι αντιλήψεις σχετικά με την υγεία των ανθρώπων. Επιθυμώντας οι διάφορες κοινωνικές ομάδες να διατηρήσουν τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά μέσα στους αιώνες, ενσωμάτωσαν στη διατροφή τους, στις συνήθειες ύπνου, στις μορφές θεραπείας ασθενειών, στις συνήθειες στέγασής τους αλλά και σε άλλους τομείς, την αντίληψή για τις ασθένειες και τρόπους αντιμετώπισής. Αυτά, λοιπόν, τα χαρακτηριστικά διαφοροποιούνται από πολιτισμό σε πολιτισμό και παίζουν καθοριστικό ρόλο από την στιγμή της γέννησης κάθε ατόμου, διότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να ζουν και να συμπεριφέρονται ανεξάρτητα από τον πολιτισμό στον οποίο ζουν.

Οι διαφορές που υπάρχουν στους πολιτισμούς δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας και έτσι να προκύπτουν διαφορετικά χαρακτηριστικά για τον καθορισμό της ασθένειας των συμπτωμάτων μιας νόσου. Εντούτοις, οι πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης όπως είναι ο πόλεμος, τα καταπιεστικά καθεστώτα, οι περιβαλλοντικές και οι οικονομικές κρίσεις σε συνδυασμό με την παγκοσμιοποίηση, ανάγκασαν και αναγκάζουν καθημερινά χιλιάδες ανθρώπους να εγκαταλείψουν τον τόπο στον οποίο μεγάλωσαν και να μεταβούν είτε στο εσωτερικό της χώρας τους, είτε σε άλλες χώρες ως μετανάστες ή πρόσφυγες. Όλη αυτή η κατάσταση οδηγεί στη δημιουργία, σε παγκόσμιο επίπεδο, πολυπολιτισμικών πληθυσμών οι οποίοι αποτελούνται από διαφορετικούς πολιτισμούς και υποκοουλτούρες. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι για να είναι σε θέση ένα σύστημα υγείας να ανταποκριθεί με επάρκεια στις απαιτήσεις αυτές, θα πρέπει οι άνθρωποι που το απαρτίζουν να μπορούν να προσδιορίζουν συμπεριφορές υγείας, να προσεγγίζουν τις πολιτισμικά ανομοιογενείς ομάδες, καθώς και να κατανοούν και να αποδέχονται την πολιτισμική διαφορετικότητα ενός πληθυσμού.

### 1.3 Πολιτισμική ταυτότητα

Τα στοιχεία εκείνα που καθορίζουν την πολιτισμική ταυτότητα είναι η κοινή καταγωγή, η γενεαλογία, η γλώσσα, η κουλτούρα, η θρησκεία, καθώς επίσης και οι δεσμοί με ένα συγκεκριμένο τόπο. Επιπρόσθετα, ενδέχεται η πολιτισμική ταυτότητα ενός ατόμου να επηρεαστεί τόσο από τις συναντήσεις ατόμων διαφορετικών λαών, όσο και από τις μεταναστεύσεις τους για την αναζήτηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία του επιστήμονα και «πατέρα της Γενετικής» Gregor Mendel σχετικά με την κληρονομικότητα και τη βιολογία, το άτομο γεννιέται, μεγαλώνει και αφομοιώνει τα πολιτισμικά στοιχεία, την «νοοτροπία» και την «ιδιοφυΐα» του λαού στον οποίο ανήκει.

### 1.4 Πολιτισμική διαφορετικότητα

Ένα από τα θεμελιώδη ζητήματα που αφορούν στην προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, είναι αυτό του σεβασμού της πολιτισμικής διαφορετικότητας και η διασφάλιση της ελεύθερης ανάπτυξης και ανάδειξής της. Υπάρχουν δύο θεωρητικές και μάλιστα αντικρουόμενες κατευθύνσεις σχετικά με τον πολιτισμικό οικουμενισμό και τον πολιτισμικό σχετικισμό, οι οποίες προσεγγίζουν με διαφορετικό τρόπο τον πολιτισμό και την πολιτισμική διαφορετικότητα. Κοινός γνώμονας και των δύο αυτών κατευθύνσεων είναι η αναγνώριση του «άλλου» και είναι και το ζητούμενο της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.

Η πολιτισμική ταυτότητα κάθε ανθρώπου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την προσωπικότητά του αλλά και με την ανθρώπινη αξία του. Επομένως, η προστασία της πολιτισμικής διαφορετικότητας της κάθε κοινωνίας άπτεται άμεσα της έννοιας της Δημοκρατίας. Στις μέρες μας ο κίνδυνος υπονόμησης της πολιτισμικής ταυτότητας είναι πιο μεγάλος από ποτέ, απειλώντας άμεσα την ποιότητα και την ουσία του αγαθού της Δημοκρατίας.

Η πολιτισμική διαφορετικότητα αποτελεί ένα αναφαίρετο Δικαίωμα του Ανθρώπου, ενώ είναι ένας σημαντικός παράγοντας πολιτισμικής και κοινωνικής προόδου. Αν και εφόσον τεθεί ζήτημα προσβολής των πολιτισμικών Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τότε προκύπτει μια τεράστια κρίση στο παραδοσιακό σύστημα αξιών. Αυτό μπορεί να επηρεαστεί άμεσα από την παγκοσμιοποίηση, καθώς και από την αύξηση των μεταναστευτικών κυμάτων. Η πολιτισμική διαφορετικότητα μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να επιφέρει σε μια κοινωνία και αυτό γιατί η δημιουργική συνύπαρξη των πολιτισμικών στοιχείων και στη συνέχεια η γονιμοποίησή τους είναι παράγοντας έμπνευσης, σύνθεσης και ανανέωσης. Κρίνεται σκόπιμη η ενίσχυση της διαφορετικότητας, διότι ενισχύει και θέτει υγιείς βάσεις για την κοινωνική συνοχή, δεδομένου ότι ευνοεί την ομαλή ένταξη των πληθυσμιακών ομάδων με ιδιαιτερότητες στην κοινωνία, συμβάλλοντας, έτσι, στην τόνωση του κοινωνικού ιστού.[33, 36]

## 1.5 Πολυπολιτισμικότητα

Η συνύπαρξη σε ένα δεδομένο γεωγραφικό χώρο μιας πολλαπλής πολιτισμικής ετερότητας, η οποία κυρίως έδραζε τη εθνοτική, θρησκευτική και γλωσσική διαφορά είναι ο ορισμός της έννοιας «πολυπολιτισμικότητας». Άλλοι τρόποι έκφρασης της πολιτισμικής διαφορετικότητας είναι μέσω των προτύπων ζωής και διαβίωσης, του ενδυματολογικού κώδικα, της τέχνης και της λογοτεχνίας του συστήματος αξιών, της κοινωνικής οργάνωσης και συμπεριφοράς, καθώς επίσης και μέσω της γενικότερης κοσμοθεωρίας και αντιμετώπισης διάφορων υπαρξιακών ζητημάτων. Επιπλέον, η πολυπολιτισμικότητα έχει να κάνει και με όλες εκείνες τις αλλαγές που επέρχονται σε όλες τις εκφάνσεις μιας κοινωνίας, επειδή συνυπάρχουν στον ίδιο τόπο άτομα που ανήκουν σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, βάσει των πολιτισμικών παραδόσεων, των αξιών τους και τον τρόπο ζωής τους.

Υπάρχουν θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες για να έχουν εφαρμοσιμότητα πολυπολιτισμικές λύσεις, θα πρέπει να υφίστανται προαπαιτούμενα που θα καταστήσουν το εγχείρημα βιώσιμο. Στα προαπαιτούμενα που μόλις έγινε αναφορά, θα πρέπει να εμπεριέχονται μεταξύ των άλλων κανόνες κοινωνικής συνύπαρξης, έτσι ώστε οι κοινωνίες να είναι σε θέση να αποφύγουν μαζικές παραβατικές συμπεριφορές που θα οδηγήσουν στην αυτοκαταστροφή. Επιπρόσθετα, για να μην μετατραπεί η πολυπολιτισμικότητα σε κοινωνική και ηθική Βαβυλωνία, αλλά να είναι ένας παράγοντας κοινωνικής συνοχής, θα πρέπει να προωθηθεί η παιδεία κυρίως μέσω της καλλιέργειας της γλώσσας, αλλά και της μετάδοσης στοιχείων του πολιτισμού.

Μια «πολυπολιτισμική κοινωνία» είναι η κοινωνία αυτή η οποία αποτελείται από ποικίλους πολιτισμούς, θρησκείες και φυλές. Επιπλέον, πολιτικοί και δημοσιογράφοι υποστηρίζουν ότι μία «πολυπολιτισμική» κοινωνία είναι ανώτερη από την παραδοσιακή «μονοπολιτισμική κοινωνία». Από την άλλη βέβαια υπάρχουν σχετικές επιστημονικές μελέτες οι οποίες αναφέρουν πως οι «πολυπολιτισμικές κοινωνίες» αποτελούν αφορμή συγκρούσεων, ενώ συχνά πολλές από αυτές τις συγκρούσεις οδηγούν σε «εμφύλιους» πολέμους.[37]

Σχετικά με την Ελληνική επικράτεια, υπάρχουν αναφορές οι οποίες τάσσονται υπέρ της «πολυπολιτισμικής» κοινωνίας, ενώ θεωρούν πως ο ελληνικός λαός είναι σύμφωνος να μετατραπεί η Ελλάδα σε «πολυπολιτισμική κοινωνία», δεχόμενος τις όποιες συνέπειες θα προκύψουν από αυτή τη μετατροπή. Θεωρείται αυτονόητο ότι οι Έλληνες είναι υπέρ της «πολυπολιτισμικής κοινωνίας», αν και δεν τους έχει ερωτηθεί ποτέ επισήμως, λόγω του ότι είναι ένας λαός «φιλελεύθερος» και «προοδευτικός».[38]

## 1.6 Διαπολιτισμική επικοινωνία

Ο όρος της διαπολιτισμικής επικοινωνίας αναφέρεται στη στάση ενός ατόμου απέναντι σε ανθρώπους διαφορετικής κουλτούρας, η οποία είναι τέτοια έτσι ώστε να μειώνονται στο ελάχιστο

ενδεχόμενο οποιασδήποτε παρεξήγησης, ενώ παράλληλα να ενισχύει τη δυνατότητα δημιουργίας αποτελεσματικών και ουσιαστικών σχέσεων.[39]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ

### 2.1 Θεωρητική προσέγγιση της επάρκειας

Η αρχική χρήση του όρου στην καθημερινότητα αναφέρεται κυρίως στην, χωρίς ποιοτικό προσδιορισμό, ποσοτική προσέγγιση των υλικών αγαθών. Μια διαφορετική προσέγγιση του όρου «επάρκεια» αποτελεί η κάλυψη μιας ανάγκης μέσα από την χρησιμοποίηση συγκεκριμένης ποσότητας των απαραίτητων αγαθών. Η επάρκεια δύναται να αποκτήσει και ποιοτικά χαρακτηριστικά αν και εφόσον τεθούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις στην κάλυψη της εκάστου ανάγκης. Τα χαρακτηριστικά αυτά διαφοροποιούν τους τρόπους και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την κάλυψή της, αλλά όχι την ανάγκη αυτή κάθε αυτή.

Η δεύτερη χρήση της έννοιας περιλαμβάνει την ικανότητα των ανθρώπων σε συγκεκριμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά. Στην περίπτωση αυτή η επάρκεια ταυτίζεται με την ικανότητα των ανθρώπων να προβάλλουν μια ιδιαίτερη δυναμική και δεξιότητα σε μεμονωμένους τομείς στους οποίους αυτοί εξειδικεύονται.

Από κοινωνιολογικής άποψης, ο όρος «επάρκεια» έχει προσεγγισθεί με ποικίλους τρόπους σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία. Ένας από αυτούς τους τρόπους αφορά στη λειτουργικότητα και έτσι η επάρκεια απεικονίζει την κοινωνική κρίση προκειμένου να μπορεί κάποιος να αποφασίσει αν κάποιο άτομο, σε μια δεδομένη κατάσταση, μπόρεσε να ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε συγκεκριμένες απαιτήσεις. Η κοινωνική επάρκεια και η ψυχική υγεία καθορίζονται από τον βαθμό στον οποίο τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορούν να συνάψουν ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά, και να τερματίζουν όλες όσες αποτελούν βάρος της ψυχικής τους ισορροπίας. Υπάρχουν άλλες δύο έννοιες, από κοινωνιολογικής πλευράς, που είναι οι κοινωνικές δεξιότητες και η κοινωνική αποδοχή ή απόρριψη. Ως κοινωνικές δεξιότητες νοούνται οι συγκεκριμένες συμπεριφοριστικές δεξιότητες που απαιτούνται προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί κάποιος στις δεδομένες κοινωνικές καταστάσεις. Από αυτή, λοιπόν, την κοινωνιολογική σκοπιά, η επάρκεια αφορά και στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων και στην ικανότητα διατήρησής τους, καθώς και στην ευχέρεια τους να ανανεώσουν τη δομή του κοινωνικού τους προφίλ.

Από ψυχολογικής άποψης η επάρκεια είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο οργανώνει την ύπαρξή του προκειμένου να εναρμονίζεται και να βρει τρόπο λειτουργικό μέσα στο περιβάλλον της κοινωνίας στην οποία ζει. Παράγοντες επικινδυνότητας οι οποίοι δυσχεραίνουν την ανάπτυξη της επάρκειας και αλλάζουν την ψυχροσύνθεση του ατόμου είναι η κοινωνική οικονομική τάξη, η εκπαίδευση, το σχολικό περιβάλλον, το φύλο, η εθνική καταγωγή και η ιδιοσυγκρασία. Κάτι που έχει πολύ θετική επίδραση στην ψυχολογική επάρκεια του ατόμου που ζει μέσα σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία είναι οι διαφορές ανάμεσα στις εθνικές ομάδες, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις, στα έθιμα και



στις παραδόσεις, στις ηθικές αρχές, στον τρόπο ντυσίματος και ομιλίας και το γενικότερο τρόπο ζωής. Τέλος, αν και εφόσον τα άτομα μπορούν να ζουν μαζί με άλλα άτομα στο ίδιο περιβάλλον και ταυτόχρονα να είναι πλήρως εναρμονισμένοι και να μπορούν να είναι λειτουργικοί μέσα σε αυτό, τότε θεωρούνται, από ψυχολογικής άποψης, επαρκείς.[40]

## **2.2 Ιατρική και νοσηλευτική επάρκεια**

Ένας φοιτητής ιατρικής ή νοσηλευτικής με την απόκτηση του πτυχίου του ουσιαστικά πιστοποιεί την εκπαιδευτική του επάρκεια. Αυτό σημαίνει ότι, θεωρητικά τουλάχιστον, ο Έλληνας ιατρός/ νοσηλεύτης ο οποίος έχει φοιτήσει σε σχολές της χώρας θεωρείται ότι πληροί όλες τις προϋποθέσεις για να ανταποκριθεί στο έργο του και λογίζεται ως επαρκής. Έχοντας ως εφόδια τις γνώσεις και την παιδεία που έλαβε κατά τη διάρκεια της φοίτησης του, είναι ικανός και έτοιμος να διατελέσει έργο του. Επομένως, η επάρκεια καθορίζεται από την πολιτεία με το παρεχόμενο πτυχίο και αφορά στην επιστημονική, θεωρητική και ερευνητική κατάρτιση και βεβαιώνει την ικανότητα άσκησης ιατρονοσηλευτικού έργου.

## **2.3 Διαπολιτισμική επάρκεια ιατρών και νοσηλευτών**

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική, αλλά και η επάρκεια των νοσηλευτών προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν επιτυχώς στις απαιτήσεις της, είναι πιο αναγκαία και επίκαιρη από ποτέ. Έχει αναφερθεί και παραπάνω ότι η κουλτούρα κάθε ανθρώπου διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής σε μία κοινωνία, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία και την ασθένεια όλων όσων την αποτελούν. Από την άλλη υπάρχει πλήθος ευάλωτων κατηγοριών ατόμων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, κάτι που οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας στο να πρέπει να γνωρίζουν ποιες είναι οι διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ασθενών τους. Με αυτό τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας προσαρμόζουν την παρεχόμενη φροντίδα με τρόπο τέτοιο που να ικανοποιούνται οι ασθενείς τους, με βάση και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες τους. Επιπλέον, όλοι όσοι εργάζονται στον τομέα της υγείας θα πρέπει να συμβιβάζονται και να εναρμονίζονται με τις παραδόσεις και τους κανόνες ορισμένων ασθενών, αφήνοντας πίσω κάθε προσωπικό τους πιστεύω.[41]

Η πολυπολιτισμική εμπειρία και η εθνοκεντρική συμπεριφορά αποτελούν παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την πολιτισμική επάρκεια και επιδρούν στην πολιτιστική ικανότητα των νοσηλευτών. Ακόμη, οι συνθήκες εκείνες στις οποίες συνυπάρχουν άτομα διαφόρων πολιτισμών οδηγούν στη δημιουργία διαπολιτισμικού άγχους, το οποίο επηρεάζει την πολιτιστική ικανότητα, αλλά

και τις πολιτιστικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας. Ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος είναι η προσφορά πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης σε θέματα παροχής φροντίδας υγείας και η αύξηση τόσο της άμεσης, όσο και της έμμεσης πολυπολιτισμικής εμπειρίας. Επομένως, προκειμένου να παρέχουν ποιοτική, επαρκή και αποτελεσματική παροχή υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στις ιδιαιτερότητες των ασθενών, όπως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι προσωπικές αντιλήψεις και η κουλτούρα του ασθενή.

Τα νέα δεδομένα που οδήγησαν στη δημιουργία πολυπολιτισμικών κοινωνιών, κάνουν απαραίτητη και αναγκαία την παροχή ολιστικής και κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς διαφόρων πολιτισμών. Ως εκ τούτου αν οι επαγγελματίες υγείας δεν δεχθούν την κατάλληλη εκπαίδευση, θα είναι αδύνατον να προσφέρουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Ωστόσο, τίθενται κάποιοι περιορισμοί σχετικά με την προσέγγιση ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, αφενός από τους επαγγελματίες υγείας και αφετέρου από εκείνους που σχετίζονται με το σύστημα. Σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας, οι περιορισμοί προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους ή όταν τα πιστεύω των θεραπειών διαφέρουν από αυτά των ασθενών. Αναφορικά με το σύστημα, οι περιορισμοί έχουν να κάνουν με τις υπηρεσίες και τις υπάρχουσες υποδομές, οι οποίες όταν δημιουργήθηκαν δε λήφθηκαν υπόψη οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που ενδέχεται να υπάρχουν σε μια κοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, οι περιορισμοί αυτοί αναφέρονται είτε στο υπάρχον προσωπικό ή στο υλικό που μπορεί να είναι τέτοιο που να μειώνει την ικανότητα μιας υπηρεσίας να εναρμονίσει την παροχή φροντίδας ανάλογα με τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις βαριές ασθένειες και το θάνατο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ΜΕΘ σχετικά με τον επιτρεπτό αριθμό που μπορούν να δεχθούν ή τον αριθμό των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτή, παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά μια κοινωνία, διότι επηρεάζεται τόσο η δυναμική των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και ο χρόνος που μπορεί ένας νοσηλευτής να διαθέσει προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών.

Σε σχετική έρευνα των Cai et al(2017) αναδεικνύεται η σκοπιμότητα της ορθής αξιολόγησης της διαπολιτισμικής επάρκειας στο χώρο της υγείας μέσω κατάλληλων εργαλείων και επομένως η διαπολιτισμική επάρκεια να μπορεί να γίνει πιο κατανοητή σε παγκόσμιο επίπεδο. Ενδεχομένως, αυτά τα εργαλεία, να μπορέσουν να αποτελέσουν τη βάση ανάπτυξης σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων ή πρωτοκόλλων, με σκοπό να βελτιωθεί η εργασιακή πρακτική σε ότι έχει να κάνει με την πολιτιστική κουλτούρα.[42]

Προκειμένου να πραγματοποιείται αποτελεσματική και ποιοτική παροχή υγείας, τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και εκείνοι που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας κρίνεται σκόπιμο να λάβουν υπόψη τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προσωπικές αντιλήψεις και την κουλτούρα του ασθενή. Η διαπολιτισμική ιατρική/ νοσηλευτική αποτελεί αναγκαιότητα στη σύγχρονη εποχή, είτε για

τον ελλαδικό, είτε για τον ευρωπαϊκό χώρο, η οποία πηγάζει από τις διαφορές (πολιτισμικές, εθνικές, θρησκευτικές κ.ά.) που υπάρχουν στον πληθυσμό της Ελλάδας και της Ευρώπης, λόγω του αυξημένου μεταναστευτικού ρεύματος των τελευταίων δεκαετιών.

Στις μέρες μας η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένα επείγον, προς εφαρμογή, ζήτημα διότι όσον αφορά τα ελληνικά, αλλά και ευρωπαϊκά δεδομένα, αυξάνεται συνεχώς η ροή των προσφύγων και των μεταναστών από χώρες της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής. Σε καμία περίπτωση η διαπολιτισμική νοσηλευτική δεν αποτελεί πολυτέλεια, αλλά είναι μια αναγκαιότητα και ταυτόχρονα μια σημαντική διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Θα πρέπει όλοι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν όλες εκείνες τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την πολιτισμική επάρκεια, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πολιτισμικές, εθνικές και θρησκευτικές διαφορές του ελληνικού και ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι από τις εντονότερες των τελευταίων δεκαετιών.

Απαραίτητο, πλέον, προσόν των ιατρών και των νοσηλευτών είναι η απόκτηση όλων εκείνων των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων που έχουν να κάνουν με την πολιτισμική επάρκεια, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις διαπολιτισμικές διαφορές που εμφανίζουν οι ασθενείς τους και να μπορούν να τους παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα, με βασικό γνώμονα τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.[43]

## 2.4 Σκοπός και χρησιμότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης

Έχει παρατηρηθεί ότι οι οικογένειες οι οποίες προέρχονται από διαφορετικές χώρες, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ασθένεια, έχουν χαμηλό επίπεδο προληπτικής υγειονομικής φροντίδας, το επίπεδο υγείας δεν είναι ιδιαίτερα καλό, ενώ έχουν περιορισμένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, στα μέλη των οικογενειών αυτών αποθαρρυντικό παράγοντα αποτελεί ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο οποίος τους αποτρέπει από το να αναζητούν έγκαιρα και άμεσα ιατρονοσηλευτική φροντίδα, για σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό. Συγκριτικά με τον γηγενή πληθυσμό, τα άτομα αυτά πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, αλλά και από οξεία συμπτώματα, σε μεγαλύτερο ποσοστό λόγω των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης, της ανέχειας, της ανεπαρκούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της συχνά δυσμενούς κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης. Δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις ύπαρξης απόψεων και πεποιθήσεων οικογενειών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, σχετικά με εναλλακτικές και παραδοσιακές μορφές θεραπείας. Αυτές οι πεποιθήσεις ενδέχεται, όμως, να αποθαρρύνουν τα άτομα αυτά στο να αναζητήσουν συμβατική ιατρική βοήθεια. Είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια μόνο οι ασθενείς με οξεία συμπτώματα και καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή τους. Λόγοι οι οποίοι καθιστούν τις ομάδες αυτές του πληθυσμού αποκλεισμένες από το κοινωνικό σύστημα υγείας

είναι κυρίως η γλώσσα και κατ' επέκταση η επικοινωνία, όπως επίσης και οι πιθανές αρνητικές εμπειρίες μη εξυπηρέτησής τους στις υπηρεσίες υγείας των ίδιων ή ομοεθνών τους.

Προκειμένου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να είναι ικανό να ανταπεξέλθει σε όλα αυτά τα νέα δεδομένα εξαιτίας όσων περιγράφηκαν παραπάνω, θα πρέπει απαραίτητως να αναπτύξουν την ικανότητα να ανταπεξέρχονται αποτελεσματικά στην φροντίδα των διαπολιτισμικών ασθενών και κατ' επέκταση στις διάφορες διαπολιτισμικές πεποιθήσεις τους, κάτι που θα πρέπει να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Αυτός είναι ο λόγος, για τον οποίο η συγκεκριμένη εκπαίδευση είναι απαραίτητο να αποτελεί μέρος του προγράμματος σπουδών των σχολών νοσηλευτικής[40]. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι νοσηλευτές στην μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία, θα είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι όσον αφορά την ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα ασθενών διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων και διαφορετικής κουλτούρας. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση των νοσηλευτών τους εξοπλίζει αφενός με τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται επαρκώς στις εκάστοτε ανάγκες κι ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου και αφετέρου τους βοηθά να κατανοούν τη διαφορετικότητα των ατόμων που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς και να την αποδέχονται, ακόμα και όταν οι πεποιθήσεις μεταξύ των είναι τελείως διαφορετικές.

Σύμφωνα με τους Creech et al., η σημαντική βελτίωση των πολιτιστικών ικανοτήτων των νοσηλευτών, η οποία παρατηρήθηκε στη μεταπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, οφείλεται στην ενσωμάτωση της πολιτιστικής εκπαίδευσης στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών με σκοπό την βελτίωση της επάρκειας τους [44]. Από την άλλη πλευρά οι Gower et al., υποστηρίζουν πως η επάρκεια των νοσηλευτών στην Αυστραλία, καθώς επίσης και η πολιτιστική τους εκπαίδευση, οφείλονται στην πολιτιστική ικανότητα των εκπαιδευτικών μετά από έρευνες στις προσωπικές, πολιτιστικές και εκπαιδευτικές στρατηγικές που ακολούθησαν οι ακαδημαϊκοί της νοσηλευτικής και της μαιευτικής.[45]

Μία άλλη άποψη σχετικά με την εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής διατυπώνει ο Kokko, κατά την οποία οι φοιτητές νοσηλευτικής επωφελούνται από τις σπουδές τους στο εξωτερικό αναπτύσσοντας την πολιτιστική τους ικανότητα, λόγω της αλληλεπίδρασης με τους συμφοιτητές τους. [46]

Έτσι μπορεί κανείς να συμπεράνει, πως λόγω της πολυπολιτισμικότητας των σύγχρονων κοινωνιών στα ανεπτυγμένα κράτη, όπως είναι η Ελλάδα, απαραίτητη προϋπόθεση για την επάρκεια των νοσηλευτών αποτελεί η ενσωμάτωση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στο πρόγραμμα σπουδών. Κατά αυτόν τον τρόπο θα θεωρείται δεδομένη η ισότητα των ατόμων που αποτελούν την κοινωνία καθώς επίσης και η ελευθερία τους, η ελεύθερη έκφραση των πεποιθήσεών τους, η διαφορετικότητα, το πολιτισμικό δικαίωμα της έκφρασης των αξιών τους και κατ' επέκταση οι φυλετικές, γλωσσικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές διακρίσεις θα αποτελούν πλέον παρελθόν, αφού τη θέση τους θα πάρουν η δικαιοσύνη, η ίση μεταχείριση των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων καθώς επίσης και η παροχή ίσων ευκαιριών.[47]

Στην Ελλάδα οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τη διαπολιτισμική εκπαίδευση είναι σχετικά λίγες σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στην έρευνα του Πουρναρά, στην οποία μελετήθηκε η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των φοιτητών σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα των ασθενών, διαπιστώθηκε πως οι η εκπαίδευσή τους ήταν τόσο ανεπαρκής, ώστε τελικά η αντιμετώπιση των διαπολιτισμικών ασθενών εξαρτιόταν αποκλειστικά από τις δικές τους προσωπικές πεποιθήσεις και τις δικές τους προσλαμβάνουσες, παρά από την γνώση και πληροφόρηση που τους παρείχε η εκπαίδευσή τους.[48]

Στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας μελετήθηκε από τους Lim et al. η επάρκεια των φοιτητών στην Αυστραλία. Η έρευνα έδειξε ότι όχι μόνο τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των φοιτητών δεν μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας, αλλά επίσης πως στη διαπολιτισμική φροντίδα ασθενών η αποτελεσματικότητά τους μπορεί να είναι μειωμένη λόγω της αρνητικής επίδρασης της προετοιμασίας και της κλινικής τους εμπειρίας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Οι ερευνητές συμπέραναν τελικά πως είναι αναγκαία και η θεωρητική αλλά και η κλινική πρακτική εκπαίδευση των φοιτητών σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα των ασθενών. Ακολούθως και οι Assemi et al., επισημαίνουν την ανάγκη για την περαιτέρω εμβάθυνση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, σύμφωνα με τους οποίους η αντίληψη για τα διαπολιτισμικά ζητήματα των φοιτητών φαρμακευτικής σχολής, οι οποίοι μελετήθηκαν για την επίδραση που είχαν πάνω τους τα μαθήματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, αυξήθηκε μετά τη διδασκαλία αυτών των μαθημάτων, όπως επίσης και οι ικανότητες και δεξιότητες των παραπάνω θεωρήθηκαν σημαντικά βελτιωμένες σε θέματα που αφορούν την επικοινωνία και την πολυπολιτισμικότητα σε σχέση με τους ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς.[49]

Σε άλλη έρευνα, οι Sargent et al., κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι με την εισαγωγή μαθημάτων διαπολιτισμικού περιεχομένου στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής βελτιώνεται το επίπεδο των σπουδαστών στον τομέα της διαπολιτισμικής φροντίδας και επιπλέον οι ερευνητές συμπέραναν πως υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στο επίπεδο της διαπολιτισμικής επάρκειας μεταξύ των φοιτητών, αφού πρώτα μελέτησαν το επίπεδο της πολιτισμικής ικανότητάς τους.[50]

Οι Ladson et al., μελετώντας το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας σε φοιτητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η διαπολιτισμική επάρκεια των φοιτητών σχετίζεται με το έτος στο οποίο σπούδασαν, με την ηλικία καθώς επίσης και το φύλο τους. Έτσι σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα οι φοιτητές άνω των 30 ετών γνώριζαν περισσότερο όσον αφορά την πολυπολιτισμική διαχείριση των ασθενών, ενώ οι γυναίκες παρουσιάστηκαν περισσότερο ευαίσθητες και ικανές στη διαχείριση των διαπολιτισμικών τους αντιλήψεων σε αντίθεση με τους άνδρες φοιτητές. Στην έρευνα των Bussey-Jones et al., οι οποίοι μελέτησαν το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας φοιτητών ιατρικής, όσον αφορά θέματα που σχετίζονται με την πολιτισμική τους ικανότητα, όπως οι ανισότητες στον τομέα της υγείας,

τα στερεότυπα, οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. κατέληξαν στο ότι το επίπεδο των γνώσεων των φοιτητών σε σχέση με τα διαπολιτισμικά ζητήματα ήταν χαμηλό.[51]

Οι Lipson et Desantis στην έρευνά τους αναφέρονται στο πρόγραμμα σπουδών στις σχολές νοσηλευτικής και σημειώνουν πως θα πρέπει να περιέχει την παροχή των κατάλληλων γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή της σωστής διαπολιτισμικής φροντίδας. Σύμφωνα όμως με τους συγγραφείς παρότι είναι κοινά αποδεκτό ότι υφίσταται πρόοδος με την ενσωμάτωση τέτοιων μαθημάτων και πρακτικών στη νοσηλευτική εκπαίδευση, δεν υπάρχει κάποιο κοινά αποδεκτό πρότυπο σχετικά με το πρόγραμμα διδασκαλίας το οποίο πρέπει να ακολουθηθεί από τις σχολές νοσηλευτικής όπως επίσης και στο πως θα είναι εφικτό να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα των γνώσεων που θα παρέχονται στους φοιτητές.[52]

Σε άλλη έρευνα των LaTonya et al., αξιολογήθηκαν οι γνώσεις και η διαχείριση των ατόμων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων από τους σπουδαστές. Το συμπέρασμα των ερευνητών ήταν πως μετά την διδασκαλία κατάλληλων μαθημάτων διαπολιτισμικής επάρκειας οι φοιτητές βελτίωσαν τις γνώσεις τους, ενώ διαπιστώθηκε πως οι φοιτητές παρουσίασαν μεγαλύτερη πρόθεση να μάθουν περισσότερα για τον συγκεκριμένο τομέα καθώς επίσης και ικανοποίηση από τη διδασκαλία.[53]

Οι Krainovich-Miller et al., με την χρήση μιας κλίμακας που σχετίζεται με την πολυπολιτισμική επαγρύπνηση των φοιτητών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτή η επαγρύπνηση των φοιτητών παρουσιάζει αυξητική τάση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, ενώ σχετίζεται με το επίπεδο των σπουδών τους (προπτυχιακό, μεταπτυχιακό, διδακτορικό).[54]

Στην μελέτη των White-Means et al., οι οποίοι μελέτησαν την πολιτισμική επάρκεια φοιτητών ιατρικών, νοσηλευτικών και φαρμακευτικών σχολών σε σχέση με τη φυλή και το χρώμα του δέρματος των ασθενών, συμπέραναν ότι η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από τους προαναφερθέντες φοιτητές επηρεάζεται σημαντικά από την εθνικότητα των ασθενών, ενώ επίσης διαπιστώθηκε πως οι λευκοί φοιτητές παρουσίαζαν προτίμηση στους λευκούς ασθενείς.[55]

Οι Poirier et al., μελέτησαν το κατά πόσο η διδασκαλία των κατάλληλων διαπολιτισμικών νοσηλευτικών μαθημάτων μπορεί να βελτιώσει την διαπολιτισμική ικανότητα των φοιτητών της φαρμακευτικής και ως εκ τούτου διαπίστωσαν πως η διδασκαλία τέτοιων μαθημάτων μπορεί να αυξήσει την διαπολιτισμική ικανότητα των φοιτητών και την επικοινωνία τους με ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου σε σχέση με τους ίδιους.[56]

Μια άλλη μελέτη, αυτή των Jirwe et al., ασχολήθηκε με την καταγραφή των εμπειριών των φοιτητών όταν αυτοί έρχονται σε επαφή με ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής και μάλιστα σε περιπτώσεις όπου η γλώσσα ήταν διαφορετική και υπήρχαν σοβαρές επικοινωνιακές δυσκολίες. Μη μπορώντας να επικοινωνήσουν και να έρθουν σε διάλογο με αυτούς, οδηγήθηκαν θέλοντας και μη σε μια κατάσταση απρόσωπης και αποστασιοποιημένης παροχής υπηρεσιών. Επίσης, το άγχος και ο φόβος των φοιτητών ήταν μεγαλύτερο σκεπτόμενοι το ενδεχόμενο να υποπέσουν σε κάποιο λάθος ή κάποια

παράλειψη. Ακόμα και σε περιπτώσεις όπου μέσω τρίτων ατόμων που γνώριζαν την γλώσσα, προσπάθησαν οι φοιτητές να επικοινωνήσουν, πάλι η έλλειψη αυτοπεποίθησης ήταν εμφανής. Εκεί που κατέληξε η έρευνα αυτή είναι ότι θα πρέπει οι φοιτητές να είναι εξοπλισμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να μπορούν να παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα στους ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.[57]

Ο Esposito στην έρευνά του αναφέρει πως μέσω της ανάπτυξης πρωτοβουλιών κατάρτισης, αλλά και λόγω της ποικιλομορφίας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, οι νοσηλευτές έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο σε ότι αφορά τον τομέα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, ενώ επίσης διαπιστώνει ότι έχει αναπτυχθεί σημαντικά η ετοιμότητα των νοσηλευτών να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους διαπολιτισμικούς ασθενείς.[58]

Τέλος, τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και εκείνοι που ασχολούνται με τη δημιουργία σχετικών προγραμμάτων σπουδών θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν και να αναγνωρίσουν τις δυσκολίες της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, διότι μόνο έτσι θα βελτιωθούν οι δεξιότητες στην επικοινωνία.[59]

## **2.5 Ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας**

Ο βασικός στόχος της ανάπτυξης της πολιτισμικής επάρκειας στη νοσηλευτική πρακτική είναι η παροχή φροντίδας στα άτομα που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς και κουλτούρες. Για να το πετύχουν αυτό οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη τη διαφορετικότητά των ανθρώπων αυτών και δείχνουν τον απαραίτητο σεβασμό στους ανθρώπους που ανήκουν σε άλλους πολιτισμούς[24]. Ο όρος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας έχει χρησιμοποιηθεί από την Leininger προκειμένου να περιγράψει την παροχή της φροντίδας εκείνης που αναγνωρίζει την πολιτισμική ποικιλομορφία, αλλά επιπλέον αναγνωρίζει και τις πολιτισμικές ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη θεωρία της Leininger βασικός στόχος είναι η διευκόλυνση των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα, να διακρίνουν αλλά και να κατανοήσουν τους πολιτισμικούς παράγοντες που αφορούν στις ομοιότητες και στις διαφορές που μπορεί να έχουν επίδραση στους ανθρώπους. Ως γνώμονα αυτή τη θεωρία έχουν κατά καιρούς σχεδιαστεί και εφαρμοστεί διάφορα μοντέλα στη Β. Αμερική και στην Ευρώπη. Γενική διαπίστωση αποτελεί το ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι πλέον απαραίτητο να έχουν τέτοιου είδους διαπολιτισμική εκπαίδευση, διότι είναι σύνηθες πλέον οι άνθρωποι να ζουν σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες και ότι η πολιτισμική ταυτότητα παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και πρακτικών σχετικά με την υγεία. Αυτή η εκπαίδευση καθιστά του επαγγελματίες υγείας ικανούς να παρέχουν φροντίδα με τρόπο αποδοτικό και πολιτισμικά κατάλληλο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θεωρείται δεδομένη πλέον η πολυπολιτισμικότητα των κοινωνιών, και έτσι πολλές χώρες, αναπτύσσουν ένα διαπολιτισμικό πλαίσιο σε πολλούς τομείς, όπως και σε αυτόν της εκπαίδευσης. Στις μέρες μας οι επαγγελματίες υγείας, τόσο κατά την βασική τους εκπαίδευση στην απόκτηση του πτυχίου τους, όσο και κατά την δια βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση, γίνονται δέκτες πληροφοριών και γνώσεων που σχετίζονται με την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας. Αν και εφόσον η απόκτηση των πολιτισμικών ικανοτήτων συνδυαστεί καταλλήλως με το γνωστικό υπόβαθρο, μπορεί να οδηγήσει σε μια πολιτισμικά επαρκή παροχή φροντίδας. Οι γνώσεις αυτές εστιάζουν σε διαφορετικές πτυχές της ζωής των ανθρώπων αυτών, όπως στη δομή της οικογένειας, στον τρόπο ζωής, στην λαϊκή και παραδοσιακή θεραπευτική, στην αξιολόγηση του πόνου μέσω της γλώσσας του σώματος και στις αξίες σχετικά με τον πόνο, στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις για το θάνατο. Όλα τα παραπάνω συντελούν στην καλύτερη αξιολόγηση των ασθενών και σαφώς και στην καλύτερη φροντίδα τους. Όλοι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια είναι σε θέση να προσφέρουν κατάλληλη φροντίδα σε ανθρώπους διαφορετικών πολιτισμών, εθνικοτήτων και κουλτούρας, διασφαλίζοντας πέραν των άλλων τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους.[60]

## **2.6 Μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας**

Στη σύγχρονη εποχή η εισροή μεταναστών ολοένα αυξάνεται, κάτι που καθιστά πιο επίκαιρο από ποτέ την δημιουργία των κατάλληλων εκείνων μοντέλων που αφορούν στην ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας σε όλες τις δομές υπηρεσιών υγείας. Όλα αυτά τα μοντέλα έχουν βοηθητικό χαρακτήρα προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Επιπλέον, περιγράφουν διαστάσεις και διαδικασίες που αφορούν τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, ενώ ενισχύουν όλες εκείνες τις δεξιότητες σχετικά με την επικοινωνία με τους ασθενείς και με τις οικογένειές τους.

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος μοντέλων σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια, τα οποία αναφέρουν προτάσεις σχετικά με την διάρθρωση της ιατρικής/ νοσηλευτικής πρακτικής με μια κατεύθυνση διαπολιτισμική [61]. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν είτε γλωσσικά στοιχεία, όπως είναι η κυρίαρχη γλώσσα ή οι διάλεκτοι, είτε μη γλωσσικές παραλλαγές, όπως ο τόνος της φωνής και οι αποχρώσεις της. Επιπλέον, στην ίδια εργασία γίνεται αναφορά για μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, εκφράσεις προσώπου, χρήση αγγίγματος, γλώσσα σώματος), αλλά και η χρήση του πρωτοκόλλου εθιμοτυπίας κατά τη χρήση των ονομάτων. Ένα άλλο μοντέλο είναι αυτό των Laferriere et.al, σύμφωνα με το οποίο η ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας προϋποθέτει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας, με βασικό γνώμονα τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Είναι το αποτέλεσμα της



σύνθεσης πολλών γνώσεων και δεξιοτήτων που μπορούν να αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της ζωής (προσωπικής-επαγγελματικής) ενός ανθρώπου και μπορούν να προστίθενται συνεχώς νέες. Προκειμένου να δοθεί σε αυτήν τη γνώση και στις δεξιότητες μια δομή και επιπλέον να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους προτείνονται τα στάδια της πολιτισμικής επάρκειας, της πολιτισμικής γνώσης, της πολιτισμικής ευαισθησίας και της πολιτισμικής ικανότητας.[62]

Ένα άλλο σημαντικό μοντέλο είναι αυτό των Purnell το οποίο μπορεί να καθοδηγήσει την εκτίμηση του πολιτισμού, τους τομείς που παρέχουν ένα αρχικό πλαίσιο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την οικογένεια και ένα πλαίσιο αναφοράς για την διαπολιτισμική αξιολόγηση. Στο μοντέλο αυτό υπάρχουν 12 διαφορετικοί τομείς οι οποίοι είναι κοινοί για όλους τους πολιτισμούς. Οι τομείς αυτοί είναι: 1) συνολική θεώρηση, τόπος προέλευσης και τοπογραφία 2) επικοινωνία, 3) οι ρόλοι και η δομή της οικογένειας, 4) θέματα εργατικού δυναμικού 5) βιοπολιτισμική οικολογία, 6) συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, 7) διατροφή, 8) εγκυμοσύνη και πρακτικές τεκνοποίησης 9) τελετουργίες θανάτου, 10) πνευματικότητα, 11) πρακτικές υγειονομικής φροντίδας, και 12) επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, σε πρακτικό επίπεδο, οι συγγραφείς της εν λόγω εργασίας αναφέρουν ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν γλωσσικά στοιχεία (κυρίαρχη γλώσσα, διαλέκτους), μη γλωσσικές παραλλαγές (τόνος και αποχρώσεις της φωνής), μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, εκφράσεις προσώπου, χρήση αγγίγματος, γλώσσα σώματος, ειδικές πρακτικές, αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού), δυναμικότητα (αντίληψη του κόσμου κατά το παρελθόν, το παρόν και προοπτικές για το μέλλον), και την χρήση του πρωτοκόλλου εθιμοτυπίας κατά τη χρήση των ονομάτων. Είναι προφανές ότι τα στοιχεία αυτά ενδεχομένως να διαφοροποιούνται από κουλτούρα σε κουλτούρα, ενώ από την άλλη η άγνοιά τους πιθανόν να δυσχεράνει την επικοινωνία.

Οι Papadopoulos et al. όρισαν ένα επιπλέον μοντέλο σύμφωνα με το οποίο προκειμένου να αναπτυχθεί πολιτισμική ικανότητα, θα πρέπει να παρασχεθεί αποτελεσματική φροντίδα υγείας έχοντας ως κεντρικό γνώμονα τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει ένα σύνολο γνώσεων και δεξιοτήτων, που μπορούν να αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής, ενώ μπορούν να προστίθενται συνεχώς νέες. Προκειμένου αυτή η γνώση και οι δεξιότητες να έχουν μια δομή αλλά και για να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους, προτείνονται τα εξής στάδια: α) πολιτισμικής επάρκειας, β) πολιτισμικής γνώσης, γ) πολιτισμικής ευαισθησίας και δ) πολιτισμικής ικανότητας.[63]

Εκτός από το μοντέλο που αναπτύχθηκε στην παραπάνω παράγραφο, υπάρχουν πολλές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με μοντέλα πολιτισμικής επάρκειας στα οποία υπάρχουν χρήσιμες λύσεις και προτάσεις σε ότι έχει να κάνει με την διάρθρωση της νοσηλευτικής πρακτικής με διαπολιτισμική κατεύθυνση. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι αυτό των Campinha-Bacote, το οποίο παρέχει μία περιεκτική λίστα από διάφορα μοντέλα και εργαλεία, που έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να γίνεται συλλογή δεδομένων που αφορούν στα πολιτισμικά στοιχεία, απαραίτητα για τη σωστή εκτίμηση των

αναγκών του αρρώστου [64]. Στο μοντέλο αυτό δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον παράγοντα «πολιτισμική αξιολόγηση», το οποίο είναι κάτι περισσότερο από την επιλογή ενός εργαλείου και ικανοποίηση των συστατικών στοιχείων του. Η αξιολόγηση αυτή θα πρέπει να γίνεται με έναν πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο, σύμφωνα με τον οποίο θα ελέγχεται το «επίγον» της κατάστασης υγείας του ασθενή, καθώς επίσης και η υπάρχουσα γνώση σχετικά με τον πολιτισμό του, προκειμένου να μην υπάρχουν ατυχή περιστατικά και να συμπεριληφθεί η οικογένεια του στη διαδικασία. Στο ίδιο μοντέλο αναφέρεται ότι για να πραγματοποιηθεί μια αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτισμικής αξιολόγησης είναι αναγκαίο να ενσωματώνονται και τα στοιχεία του πολιτισμικού περιεχομένου στα ήδη υπάρχοντα νοσηλευτικά έντυπα. Ως εκ τούτου η διαφορετικότητα στον πολιτισμό δεν λογίζεται ως ένα επιπλέον στοιχείο, αλλά ως ένα αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλευτικής διαδικασίας.

Τέλος, η γνώση από μόνη της δεν συνεπάγεται παροχής φροντίδας πολιτισμικά ευαίσθητης και επαρκούς. Οι επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα οι νοσηλευτές, προτίθενται να παράσχουν πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα, αποδεκτή από ένα σύνολο πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων. Η καθημερινή νοσηλευτική και ιατρική πρακτική δείχνει ότι οι ίδιοι ως άτομα έχουν ανεπτυγμένη κουλτούρα και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς, ενώ συνήθως γνωρίζουν ότι οι ατομικές πολιτισμικές αξίες επηρεάζουν την σκέψη τους, την στάση τους και την συμπεριφορά τους. Επιπλέον, για να είναι η συμπεριφορά ανάλογη και απαλλαγμένη από στερεότυπα, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν πολιτισμική ευαισθησία απέναντι στη διαφορετικότητα και στην ξένη κουλτούρα. Είναι γεγονός ότι στη σύγχρονη νοσηλευτική, κάθε νοσηλευτής είναι σχεδόν απαραίτητο να συμπεριλάβει στα καθήκοντά του την προσέγγιση της κάθε οικογένειας ως μοναδικής, με σεβασμό στις πολιτισμικές της διαφορές ώστε να της παρασχεθεί κάθε δυνατή βοήθεια και νοσηλευτική φροντίδα, με κύριο γνώμονα την καταπολέμηση της ασθένειας και τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

## **2.7 Τρόποι προσέγγισης πολιτισμικά διαφορετικών οικογενειών**

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών, λόγω της νέας τάξης πραγμάτων σε ότι έχει να κάνει με το μεταναστευτικό, συμπεριέλαβε το 2006 με σχετική επισήμανση ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ανεξάρτητη και δεν καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά όλων εκείνων που την έχουν ανάγκη, όπως είναι η ηλικία, το χρώμα, ο πολιτισμός, η αναπηρία ή η ασθένεια, το φύλο, η εθνικότητα, οι πολιτικές πεποιθήσεις, η φυλή ή η κοινωνική θέση. Στις μέρες μας όλοι οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με μια νέα κοινωνική πραγματικότητα η οποία διαρκώς αλλάζει. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται πλέον να φροντίσουν θύματα πολέμου, ανθρώπους που προέρχονται από καταπιεστικά πολιτικά συστήματα ζητώντας πολιτικό άσυλο, αλλά και οικονομικούς μετανάστες. Προκειμένου, λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές ή ιατροί, να είναι σε θέση να μπορούν να παράσχουν την κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας, θα πρέπει να είναι πάνω

από όλα ενήμεροι σε θέματα που κυρίως έχουν να κάνουν με τους παράγοντες (ιστορικούς, πολιτισμικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς) που καθορίζουν τη ζωή και τη διαβίωσή τους.[65]

Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαθέτουν την απαραίτητη πολιτισμική επάρκεια, θα πρέπει να είναι σε θέση να κατέχουν τη θεωρητική γνώση των οικογενειακών συστημάτων και τα χαρακτηριστικά οικογενειών που έχουν διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Η γνώση αυτή συμβάλει στην παροχή κατάλληλης φροντίδας και προασπίζει την υγείας της οικογένειας. Θα πρέπει να πραγματοποιείται θετική προσέγγιση στις οικογένειες αυτές, κάτι που ωφελεί σημαντικά στο να γίνει πιο αντιληπτή η αγωνία που βιώνουν οι οικογένειες αυτές, αλλά και στο να εντοπισθούν τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζουν κατά την προσαρμογή τους. Είναι γεγονός ότι κάθε οικογένεια ορίζει τα δικά της, μοναδικά όρια σύμφωνα με τα οποία λειτουργεί. Έτσι και σε ζητήματα προσαρμογής σε μια καινούργια κατάσταση οι οικογένειες αναπτύσσουν ένα δικό τους τρόπο επίλυσης των προβλημάτων τους σχετικά με την προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην αρμονική λειτουργία των οικογενειών και την ευημερία τους είναι αφενός ο τύπος της εκτεταμένης οικογένειας και αφετέρου το υποστηρικτικό δίκτυο της κοινότητας.[25]

Στα πλαίσια των εργασιακών τους δραστηριοτήτων και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους διαδρομής, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν ασθενείς και οικογένειες διαφορετικών πολιτισμών και κουλτούρας. Ορισμένες φορές τίθεται η αναγκαιότητα του διαχωρισμού των ασθενών σε αυτούς που έχουν την υποστήριξη από την οικογένεια και το συγγενικό τους περιβάλλον και σε αυτούς που κατάγονται από προβληματικές οικογένειες και δεν τυγχάνουν υποστήριξης. Με αυτό τον τρόπο γίνεται διαχωρισμός σε «καλές» και «προβληματικές» οικογένειες. Στην κατηγορία της «καλής» οικογένειας ανήκουν εκείνοι οι ασθενείς που ανταποκρίνονται και συμμορφώνονται στις οδηγίες των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας, κάνοντας έτσι πιο εύκολη τη θεραπευτική σχέση. Από την άλλη στην «προβληματική» οικογένεια ανήκουν οι ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται επιτυχώς και δεν ακολουθούν το θεραπευτικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διάφορα προβλήματα μεταξύ αυτών και των επαγγελματιών υγείας που τους φροντίζουν.

Ο τρόπος με τον οποίο χαρακτηρίζεται μια οικογένεια σε «καλή» ή «προβληματική», ενδεχομένως ορισμένες φορές να επηρεάζεται από το πολιτισμικό υπόβαθρο ή την κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και να μην είναι και τόσο αντικειμενικός. Θα πρέπει να τονιστεί και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ότι πιθανόν οι οικογένειες αυτές να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση σύμφωνα με ένα δικό τους πλαίσιο αναφοράς, το οποίο να είναι και πιο συμβατό με την κουλτούρα τους. Υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο οικογένειες που ανήκουν σε τόσο διαφορετικούς πολιτισμούς να αγνοούν παντελώς το ποια είναι η αρμόζουσα συμπεριφορά στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται την δημιουργία παρεξηγήσεων και συγκρούσεων. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να μπορείς να προσαρμοστείς σε μία διαφορετική κουλτούρα με τόσα

διαφορετικά πρότυπα και αξίες, πόσο μάλλον όταν χρειάζεται να προσαρμοστείς σε θέματα φροντίδας υγείας που πιθανόν να αισθάνεσαι πιο ευάλωτος και άρρωστος.

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω ο τρόπος με τον οποίο διαχωρίζονται οι οικογένειες δεν είναι και τόσο αντικειμενικός και αμερόληπτος. Η άγνοια της κουλτούρας άλλων πληθυσμών μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας σε λανθασμένες γενικεύσεις και εσφαλμένες απόψεις, στάσεις και συμπεριφορές. Δημιουργείται έτσι μια προκατάληψη απέναντι σε αυτούς τους ανθρώπους και δεν τους αφήνει περιθώρια σκέψης ότι πολλές από αυτές τις οικογένειες ενδεχομένως να δείχνουν τεράστια υπομονή όταν έρχονται αντιμέτωπες με την ασθένεια, το τραύμα ή απροσδόκητες κρίσεις. Η συμπεριφορά αυτή των επαγγελματιών υγείας οδηγεί μεταξύ των άλλων σε μειωμένη ή ανεπαρκή νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών. Οι ελληνικές οικογένειες από την άλλη κατά την υγειονομική τους φροντίδα βασίζονται συνήθως σε ένα ευρύ υποστηρικτικό δίκτυο, το οποίο απαρτίζεται κυρίως από τα μέλη της οικογένειας, αλλά και από συγγενείς, φίλους και τον κοινωνικό περίγυρο. Αυτού του είδους η υποστήριξη που συνηθίζεται στη χώρα μας, πιθανόν να μην είναι τόσο συνηθισμένη και κατανοητή σε άλλους πολιτισμούς.

Τέλος, κάτι που καθιστά υποχρεωτικό στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ακολουθούν μια πολιτισμική προσέγγιση, είναι το γεγονός της συνεχώς αυξανόμενης συσχέτισης μεταξύ κοινωνικού υπόβαθρου της οικογένειας και της συμπεριφοράς της απέναντι στην υγεία. Πλέον αυτού του είδους η προσέγγιση έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα, ειδικά όσον αφορά στην προαγωγή και την διατήρηση της υγείας.

## 2.8 Αναπροσαρμογή της εκπαίδευσης

Προκειμένου να προσφερθεί η κατάλληλη «ποιοτική φροντίδα», οι γιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία. Η πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνει τη γνώση του ιστορικού του ατόμου, καθώς και τον σεβασμό στις εορτές και στις καλλιτεχνικές του εκφράσεις. Επιπλέον, περιλαμβάνει την επίγνωση της προσωπικότητας του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και προκαταλήψεων του. Από την άλλη, η πολιτισμική ευαισθησία αναφέρεται στον σεβασμό σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, στην αποφυγή προσβλητικής γλώσσας, καθώς επίσης και στην αποφυγή των απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου.

Κατά την διάρκεια της φροντίδας ενός ασθενή από διαφορετικό πολιτισμό, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να γνωρίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες, όπως:

1. Τον τρόπο προσφώνησης.
2. Αν χρειάζεται διερμηνέα.
3. Αν η οπτική επαφή θεωρείται ευγένεια ή αγένεια.

4. Να τηρείται η απόσταση μεταξύ των ομιλητών που θεωρείται κατάλληλη για συνομιλία.
5. Η σημασία των μη λεκτικών μηνυμάτων όπως χειρονομίες, νεύματα, στάση σώματος κ.α.
6. Από ποιόν, πότε και που, είναι αποδεκτή η σωματική επαφή.
7. Από ποια άτομα λαμβάνονται οι αποφάσεις στην οικογένεια του.

Επιπρόσθετα, τα εμπόδια που συναντά ο ιατρός ή ο νοσηλευτής προσφέροντας φροντίδα σε πληθυσμούς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο είναι τα εξής:

1. Δυσκολία στη γλώσσα και την επικοινωνία.
2. Έλλειψη γνώσης για τις πολιτισμικές διαφορές.
3. Δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων.
4. Δυσκολία στην επεξήγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
5. Έλλειψη εναλλακτικών τρόπων διατροφής, που να είναι σύμφωνοι με τις πολιτισμικές προτιμήσεις και συνήθειες του ασθενή.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2018 η καθαρή μετανάστευση ήταν 16.440 άτομα [66]. Η καινούργια, λοιπόν, αυτή πραγματικότητα η οποία συμβαίνει τα τελευταία χρόνια με όλο αυτό το μεταναστευτικό-προσφυγικό ζήτημα, έχει αλλάξει άρδην την υπάρχουσα κατάσταση στη χώρα μας. Ένας αλλοδαπός μετανάστης το πρώτο πράγμα που βιώνει είναι το πολιτισμικό σοκ. Σχετικά με το κομμάτι εκείνο που αφορά την παρούσα εργασία, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η υγεία των μεταναστών επηρεάζεται αρνητικά από την κοινωνική απομόνωση, τον κοινωνικό στιγματισμό και τις διακρίσεις στην αγορά εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη θέσεων εργασίας. Το επακόλουθο των προηγούμενων είναι ότι αναγκάζονται οι νέοι να δουλεύουν ως ανειδίκευτοι εργάτες και να καταδικάζονται σε χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Κάπως έτσι, λοιπόν, αυξάνονται οι κοινωνικές ανισότητες και στον τομέα της υγείας. Αυτές οι ανισότητες διακρίνονται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο τους και την κοινωνική τους τάξη και σχετίζονται με περιβαλλοντικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες.

Τέλος, ο ρατσισμός που βιώνουν αυτά τα άτομα τόσο στην κοινωνία, όσο και στον χώρο της υγείας, επηρεάζει αρνητικά την υγεία τους, η έλλειψη γνώσεων η οποία οφείλεται είτε σε άγνοια είτε σε στερεότυπα, είτε σε εθνοκεντρικά συμπλέγματα, είτε σε ρατσιστικές προκαταλήψεις οδηγεί στην παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των μεταναστών και σε απομόνωση από τις κατάλληλες υπηρεσίες παροχής υποστήριξης και αρωγής.[60]

#### **3.1 Σκοπός μελέτης**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου της διαπολιτισμικής επάρκειας και της παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας, στους χρήστες ψυχικής υγείας διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης.

#### **3.2 Πληθυσμός στόχος**

Ο πληθυσμός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας.

#### **3.3 Πληθυσμός πρόσβασης**

Ο πληθυσμός πρόσβασης της διπλωματικής αυτής εργασίας ήταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

### 3.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

- **Κριτήρια ένταξης**
  1. Άνδρες και γυναίκες.
  2. Ηλικίας 18 ετών και άνω.
  3. Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.
- **Κριτήρια αποκλεισμού**
  1. Ηλικία κάτω των 18 ετών.
  2. Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
  3. Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

### 3.5 Ερευνητική διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. 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 είναι το Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) (Apostolara et al, 2016), και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο στον Ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από 62 ερωτήσεις με τις παρακάτω 6 θεματικές ενότητες:

1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αποτελείται από 14 ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου που αφορούν σε δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά και 2 ερωτήσεις που αφορούν στην συναναστροφή με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής κλειστού τύπου.
2. Γνώση
3. Δεξιότητες
4. Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων
5. Πολιτισμική συνειδητοποίηση
6. Εκπαίδευση και κατάρτιση

Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε θετικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 0 σε αρνητικότερη κλιμάκωση.

### **3.6 Στατιστική μεθοδολογία**

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 μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που μπορούν να προβλέψουν μία συνεχή μεταβλητή έγινε χρήση της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης. Στην ανάλυση της παλινδρόμησης εφαρμόστηκε, για την επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών, η μέθοδος Forward η οποία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις διερευνητικών μελετών, που δεν υπάρχει προηγούμενη γνώση ως προς το ποιες είναι οι μεταβλητές που επηρεάζουν τη μεταβλητή απόκρισης.

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 Δειγματοληπτική μέθοδος**

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 το δείγματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Περιγραφική ανάλυση δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 154 άτομα (107 γυναίκες και 44 άνδρες) μέσης ηλικίας 44.3 έτη. Στον **Πίνακα 1** που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

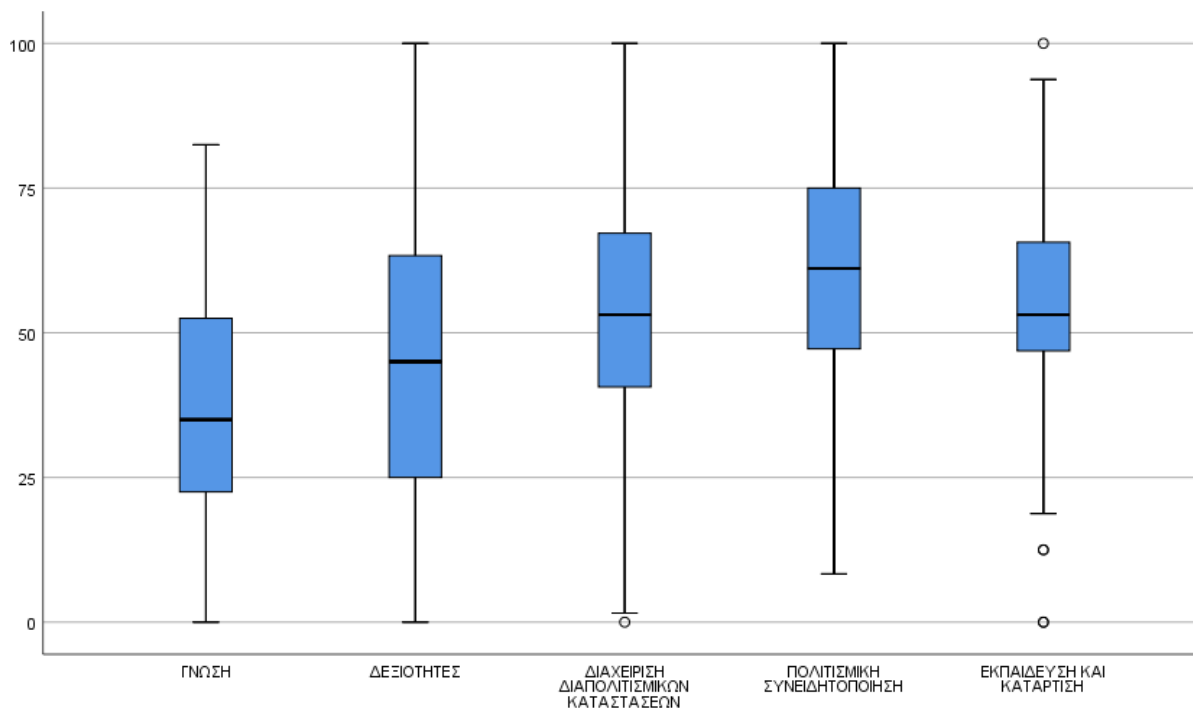
	Mean	Standard Deviation	Median	N	N %
Ηλικία	44.3	8.8	46.0		
Πόσα έτη εργάζεσθε με την παραπάνω ιδιότητα;	17.2	9.9	17.5		
Ποιο είναι το επάγγελμα σας στο νοσοκομείο;	Νοσηλεύτης/ τρια			110	71.4
	Ιατρός			44	28.6
Φύλο	Γυναίκα			107	69.5
	Άνδρας			47	30.5
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια			36	23.4
	Τριτοβάθμια			118	76.6
Μεταπτυχιακό	Όχι			122	79.2
	Ναι			32	20.8
Διδακτορικό	Όχι			151	98.1
	Ναι			3	1.9
Έχετε σπουδάσει στην Ελλάδα για το βασικό σας πτυχίο	Όχι			8	5.2
	Ναι			146	94.8
Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό;	Όχι			147	95.5
	Ναι			7	4.5
Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας	Όχι			109	70.8
	Ναι			45	29.2
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	Όχι			131	85.1
	Ναι			23	14.9
Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;	Όχι			49	31.8
	Ναι			105	68.2

Στον επόμενο πίνακα (**Πίνακας 2**) παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο-χαμηλό επίπεδο, με τάση αρνητικής κλιμάκωσης (36.8%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση αρνητικής κλιμάκωσης(44.5%). Οι δείκτες της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση θετικής κλιμάκωσης(53.4%).Οι τιμές της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο, με τάση θετικής κλιμάκωσης(60.5%).Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση θετικής κλιμάκωσης(54.4%).Οι παραπάνω τιμές προκειμένου να γίνουν πιο εύκολο αντιληπτές έχουν απεικονισθεί στο **Γράφημα 1** υπό μορφή box plot.

**Πίνακας 2.** Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα).

	Mean	Standard Deviation	Minimum	Median	Maximum
ΓΝΩΣΗ	36.8	20.8	.0	35.0	82.5
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	44.5	24.1	.0	45.0	100.0
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	53.4	21.9	.0	53.1	100.0
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	60.5	19.5	8.3	61.1	100.0
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ	54.4	17.6	.0	53.1	100.0

**Γράφημα 1.**Θηκογράμματα (box plots) των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα).



#### 4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον **Πίνακα 3** καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q., ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι υποκλίμακες κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως αποδεκτές.

**Πίνακας 3.** Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q.

<i>Reliability Statistics</i>		
	Cronbach's Alpha	N of Items
<i>ΓΝΩΣΗ</i>	<b>.902</b>	10
<i>ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ</i>	<b>.956</b>	15
<i>ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ</i>	<b>.946</b>	16
<i>ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ</i>	<b>.858</b>	9
<i>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ</i>	<b>.655</b>	8

## 4.3 Γραμμική παλινδρόμηση

### 4.3.1 Γνώση

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες οι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή ( $p= 0.001$ ), η παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας ( $p= 0.005$ ), και το φύλο ( $p = 0.009$ ) μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ. Συγκεκριμένα:

1. Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 11.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.
2. Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 12.5 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας.
3. Τα άρρενα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 9 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα θηλυκού γένους.

Το συγκεκριμένο παλινδρομικό μοντέλο είναι σε θέση να εξηγήσει το 16.1% της συνολικής διασποράς των τιμών της υποκλίμακας ΓΝΩΣΗ. Τα στατιστικά δεδομένα έχουν συγκεντρωθεί όλα στον Πίνακα 4.

**Πίνακας 4.** Στατιστικά δεδομένα που σχετίζονται με την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ.

Model	Coefficients <sup>a</sup>			
	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.

	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	24.544	2.811		8.730	.000
Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;	11.192	3.413	.251	3.279	.001
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	12.506	4.374	.215	2.859	.005
Φύλο	9.041	3.434	.201	2.633	.009

a. Dependent Variable: ΓΝΩΣΗ

#### 4.3.2 Δεξιότητες

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες η παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας ( $p= 0.004$ ), ( $p= 0.005$ ), και οι κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ. Συγκεκριμένα:

- Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ 15.4 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας.
- Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ 11.3 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.

Το συγκεκριμένο παλινδρομικό μοντέλο είναι σε θέση να εξηγήσει το 10.2% της συνολικής διασποράς των τιμών της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ. Τα στατιστικά δεδομένα έχουν συγκεντρωθεί όλα στον **Πίνακα 5**.

**Πίνακας 5.** Στατιστικά δεδομένα που σχετίζονται με την υποκλίμακα ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.

Model	Coefficients <sup>a</sup>		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	Unstandardized Coefficients B	Std. Error			
(Constant)	34.524	3.285		10.509	.000
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	15.411	5.199	.229	2.964	.004
Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;	11.306	3.979	.220	2.842	.005

a. Dependent Variable: ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

#### 4.3.3 Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες κανένας δεν μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.

#### 4.3.4 Πολιτισμική συνειδητοποίηση

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες η επαγγελματική ιδιότητα ( $p= 0.008$ ) μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ. Συγκεκριμένα:

- Από τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι ιατροί, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ 9.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Το συγκεκριμένο παλινδρομικό μοντέλο είναι σε θέση να εξηγήσει το 4% της συνολικής διασποράς των τιμών της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ. Τα στατιστικά δεδομένα έχουν συγκεντρωθεί όλα στον **Πίνακα 6**.

**Πίνακας 6.** Στατιστικά δεδομένα που σχετίζονται με την υποκλίμακα ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ.

Model	Coefficients <sup>a</sup>		Standardized Coefficients	t	Sig.
	Unstandardized Coefficients	Std. Error			
(Constant)	48.649	4.656		10.449	.000
Ποιο είναι το επάγγελμά σας στο νοσοκομείο;	9.230	3.417	.214	2.701	.008

a. Dependent Variable: ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

#### 4.3.5 Εκπαίδευση και κατάρτιση

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες η επαγγελματική ιδιότητα ( $p= 0.008$ ) μπορούν να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ. Συγκεκριμένα:

- Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 16.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας.
- Για κάθε ένα έτος εργασιακής εμπειρίας καταγράφεται μείωση στη μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 0.4 ποσοστιαίων μονάδων.
- Από τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι ιατροί, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 6.6 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερες από τα αντίστοιχα άτομα που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Το συγκεκριμένο παλινδρομικό μοντέλο είναι σε θέση να εξηγήσει το 17.6% της συνολικής διασποράς των τιμών της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ. Τα στατιστικά δεδομένα έχουν συγκεντρωθεί όλα στον **Πίνακα 7**.



**Πίνακας 7.** Στατιστικά δεδομένα που σχετίζονται με την υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Constant)	67.949	5.685		11.952	.000
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	16.186	3.669	.330	4.411	.000
Πόσα έτη εργάζεσθε με την παραπάνω ιδιότητα;	-.429	.141	-.242	-3.042	.003
Ποιο είναι το επάγγελμα σας στο νοσοκομείο;	-6.648	3.109	-.172	-2.138	.034

a. Dependent Variable: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανήκαν στο γυναικείο πληθυσμό (69.5%), γεγονός που επιβεβαιώνεται και στις περισσότερες μελέτες [67,68]. Περισσότεροι από τους μισούς (76.6%) είχαν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, δεδομένου ότι η φοίτηση στην Ιατρική Σχολή είναι μόνο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ στη Νοσηλευτική Σχολή είναι και πανεπιστημιακής και τεχνολογικής. Το ένα πέμπτο κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και σχεδόν το 2% διδακτορικό. Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό είχε αποκτήσει το βασικό του πτυχίο εκτός Ελλάδας. Ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων είχαν ζήσει και εκτός Ελλάδος και είχαν αποκτήσει διαφορετικές εμπειρίες από την επαφή με την διαφορετική κουλτούρα πολλών ανθρώπων. Μόνο ένας στους έξι είχε παρακολουθήσει ένα τουλάχιστον σεμινάριο διαπολιτισμικής υγείας, ενώ οι πιο πολλοί από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, ιδιαίτερα σημαντικό βέβαια στοιχείο για την αποδοχή και το σεβασμό της διαφορετικότητας.

### Γνώσεις

Σε ό,τι αφορά την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο-χαμηλό επίπεδο, με τάση αρνητικής κλιμάκωσης (36.8%).

- Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση αρνητικής κλιμάκωσης (44.5%).
- Οι δείκτες της υποκλίμακας ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση θετικής κλιμάκωσης (53.4%).
- Οι τιμές της υποκλίμακας ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο, με τάση θετικής κλιμάκωσης (60.5%).
- Οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση θετικής κλιμάκωσης (54.4%).

Από τα παραπάνω προκύπτει το γενικό συμπέρασμα ότι ακόμη και αν το ποσοστό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δεν κατέχει σε μεγάλο βαθμό τις απαραίτητες γνώσεις που αφορούν τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων τα οποία έχουν πολιτισμική συνειδητοποίηση και είναι ευαίσθητα απέναντι σε θέματα ανθρώπων διαφόρων πολιτισμών, θρησκείας και γενικότερα κουλτούρας. Αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με την μελέτη του Πουρναρά διότι

αφενός επιβεβαιώθηκε και από αυτόν η ανεπαρκής εκπαίδευσή σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα των ασθενών και αφετέρου ότι τελικά η αντιμετώπιση των διαπολιτισμικών ασθενών εξαρτάται αποκλειστικά από τις προσωπικές πεποιθήσεις και προσλαμβάνουσες των νοσηλευτών, παρά από την γνώση και την πληροφόρηση τους [48]. Το συμπέρασμα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι σε αυτά τα άτομα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Ψ.Ν.Θ.) αν δοθεί η απαιτούμενη γνώση τα αποτελέσματα θα είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακά, όπως επιβεβαιώνεται και από τους Poitieretal., οι οποίοι μελέτησαν το κατά πόσο η διδασκαλία κατάλληλων διαπολιτισμικών νοσηλευτικών μαθημάτων μπορεί να βελτιώσει την διαπολιτισμική ικανότητα των νοσηλευτών κατά την εμπλοκή τους με ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου.[56]

Προκειμένου να είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε καλύτερα την σημαντικότητα της επίδρασης της κάθε παραμέτρου του ερωτηματολογίου, «κρατήσαμε» σταθερούς κάθε φορά ορισμένους παράγοντες και μελετήσαμε την επίδραση που επιφέρει μόνο αυτός που διαφοροποιείται κάθε φορά.

Τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 11.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Αναμενόμενο συμπέρασμα το συγκεκριμένο και αυτό διότι όλοι όσοι έρχονται σε επαφές με άτομα άλλης πολιτισμικής καταγωγής είναι σε θέση να γνωρίζουν θέματα που έχουν να κάνουν με το ρατσισμό και την ανισότητα που αντιμετωπίζουν κατά την παροχή Υγείας. Εκτός από το κομμάτι της γνώσης και η παράμετρος των δεξιοτήτων επηρεάζεται από τις κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους άλλων πολιτισμών. Ειδικότερα, τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ 11.3 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι παραπάνω τοποθετήσεις σχετικά με τη γνώση και τις δεξιότητες όπως αυτές επηρεάζονται από τις κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή, ενισχύονται από έρευνες των Khannaetal. (2009) και των LaTonyaetal. (2008), σύμφωνα με τους οποίους η γνώση και οι δεξιότητες αυξάνονται όσο οι επαφές των νοσηλευτών με ανθρώπους άλλης πολιτισμικής καταγωγής μεγαλώνουν. Πέραν αυτού παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν το επίπεδο της γνώσης τους, τόσο μεγαλύτερη γινόταν και η πρόθεση των επαγγελματιών υγείας να μάθουν περισσότερα για τον συγκεκριμένο τομέα της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.[69,53]

Επιπλέον, αναφορικά με τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφηκε μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 12.5 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας. Εδώ, λοιπόν, είναι εμφανής η σημαντικότητα της ύπαρξης σεμιναρίων και το πόσο ουσιαστικό ρόλο διαδραματίζουν στην απόκτηση της απαιτούμενης γνώσης. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αυτό έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των Poirieretal., οι οποίοι μελέτησαν την σημαντικότητα των διαπολιτισμικών νοσηλευτικών μαθημάτων στην βελτίωση της διαπολιτισμική ικανότητα των νοσηλευτών κατά την εμπλοκή τους με ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου.[56]

Σε σχέση με τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν σε σχέση με το φύλο, παρατηρήθηκε ότι τα αρρενα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ 9 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα θηλυκού γένους. Αυτό το συμπέρασμα έρχεται σε αντίθεση με σχετική μελέτη των Ladsonetal., σύμφωνα με τους οποίους οι γυναίκες ήταν περισσότερο ευαίσθητες, ικανές και με μεγαλύτερη γνώση σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας [67].Επιπλέον, αυτό που πρέπει να σχολιαστεί είναι ότι το στατιστικό δείγμα που είχαμε για τις γυναίκες ήταν πολύ μεγαλύτερο. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες ήταν 107 (69.5%) και οι άνδρες 47 (30.5%). Αυτό σημαίνει ότι μπορεί πιο εύκολα να επηρεαστεί το συνολικό ποσοστό που αφορά τη ΓΝΩΣΗ από το μεγάλο πλήθος των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες.

Αναφορικά με τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφηκε μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ 15.4 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας. Όπως έγινε αναφορά και στην παράγραφο «Μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας», ένα από τα μοντέλα της πολιτισμικής επάρκειας και συγκεκριμένα αυτό των Laferrriereet.al, τονίζει το γεγονός ότι η ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας προϋποθέτει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας, με βασικό γνώμονα τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα της σύνθεσης πολλών γνώσεων και δεξιοτήτων που μπορούν να αποκτηθούν κατά τη διάρκεια ζωής (προσωπικής-επαγγελματικής) ενός ανθρώπου και μπορούν να προστίθενται συνεχώς νέες. Ένα ακόμα πράγμα που αναφέρθηκε είναι ότι προκειμένου να δοθεί σε αυτήν τη γνώση και στις δεξιότητες μια δομή και επιπλέον για να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους προτείνονται τα στάδια της πολιτισμικής επάρκειας, της πολιτισμικής γνώσης, της πολιτισμικής ευαισθησίας και της πολιτισμικής

ικανότητας [62]. Με άλλα λόγια τόσο σε αυτό το μοντέλο, όσο και άλλα που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία, διαπιστώνεται η άρρηκτη σχέση μεταξύ γνώσεων και δεξιοτήτων. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και στα στατιστικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Σχετικά με την εκπαίδευση και την κατάρτιση διαπιστώθηκε ότι τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 16.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας. Το αποτέλεσμα θεωρείται λογικό διότι η παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων στόχο έχει την αναβάθμιση τόσο της εκπαίδευσης του προσωπικού, όσο και της κατάρτισης του. Συνολικά, τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με όλες σχεδόν τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και αφορούν στην εκπαίδευση. Ενδεικτικά αναφέρεται η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Beachetal. που τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης για την αύξηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας κατά τη φροντίδα ασθενών πολυπολιτισμικής ποικιλομορφίας.[70]

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό φαινόμενο το οποίο παρατηρήθηκε ήταν ότι για κάθε ένα έτος εργασιακής εμπειρίας καταγράφετε μείωση στη μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 0.4 ποσοστιαίων μονάδων. Αυτό το εύρημα έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα που πραγματοποίησε η Αποστολάρα στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής, όπου οι μεγαλύτερες ηλικίες συσχετίζονται με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης/κατάρτισης.[71]

Κατά την μελέτη της παραμέτρου πολιτισμική συνειδητοποίηση, διαπιστώθηκε ότι από τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι ιατροί, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ 9.2 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερες από τα αντίστοιχα άτομα που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκριτικά εδώ να αναφέρουμε την έρευνα των Bussey-Jonesetal., οι οποίοι διαπίστωσαν ακριβώς το αντίθετο, ότι δηλαδή το επίπεδο των γνώσεων των ιατρών σε σχέση με τα διαπολιτισμικά ζητήματα ήταν χαμηλό.[51]

Είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι για όλους τους παραπάνω παράγοντες που αφορούν την μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε η ανάλυση της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward. Σε όλες τις περιπτώσεις έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία των υποκλιμάκων πέραν της υποκλίμακας «ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ».

Τέλος, αναφορικά με τη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων που υπήρχαν μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών, διαπιστώθηκε ότι από τα άτομα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής

υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι ιατροί, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, καταγράφουν μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ 6.6 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερες από τα αντίστοιχα άτομα που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό το συμπέρασμα έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι γιατροί έχουν σημαντικά μεγαλύτερη εκπαίδευση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, μέσω της ανάδειξης της κατάρτισης των ιατρών από τα προγράμματα σπουδών τους [72] και από την άλλη μέσω της ανάδειξης της έλλειψης διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης.[73,74]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ευαισθητοποίηση τους σε ζητήματα που αφορούν στην πολυπολιτισμικότητα και στην διαφορετικότητα, καθώς και η απόκτηση βασικών δεξιοτήτων, όπως η Πολιτισμική Ικανότητα συνιστά αναγκαία προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη άσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων τους, την ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας. αλλά και ευρύτερα, τον προσανατολισμό σε ένα ανθρωπιστικό πρότυπο εκπαίδευσης.

Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι το ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Ψ.Ν.Θ. αν και δεν κατέχει σε μεγάλο βαθμό τις απαραίτητες γνώσεις που αφορούν τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, ωστόσο υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων τα οποία έχουν πολιτισμική συνειδητοποίηση και είναι ευαίσθητα απέναντι σε θέματα ανθρώπων διαφόρων πολιτισμών, θρησκείας και γενικότερα κουλτούρας. Ακόμη, η παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων έδειξε ότι έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του επιπέδου της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του προσωπικού.

Αναφορικά με τις επαφές με άτομα άλλων χωρών, προέκυψε ότι τα άτομα που είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη «γνώση» και στις «δεξιότητες», που υποδηλώνει μεγαλύτερη συνειδητοποίηση, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή αντίστοιχα.

Η εκπαίδευση, κατάρτιση και η πολιτισμική συνειδητοποίηση των ιατρών φάνηκε να είναι μεγαλύτερη από αυτή των νοσηλευτών. Επιπλέον, το επίπεδο της γνώσης των ανδρών φάνηκε να είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών.

Τέλος, τα έτη προϋπηρεσίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα και να προβλέπουν την εκπαίδευση και κατάρτιση των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνονται τα έτη υπηρεσίας τόσο μειώνεται ο βαθμός της εκπαίδευσης και της κατάρτισης του προσωπικού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ικανότητα προσφοράς διαπολιτισμικής φροντίδας στους ασθενείς καθιστά τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα τους νοσηλευτές, εξοπλισμένους απέναντι σε μια κοινωνία που απαιτεί επάρκεια και εγρήγορση, καθώς μέρα με τη μέρα προστίθενται μεγάλος αριθμός ανθρώπων οι οποίοι ανήκουν σε διαφορετικές εθνικότητες και κατά την απορρόφησή τους στον γενικό πληθυσμό οι απαιτήσεις για την σωστή φροντίδα τους, όταν το έχουν ανάγκη, αυξάνονται. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αντιμετωπίζουν ολιστικά τους ασθενείς και για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαίο, τώρα περισσότερο από ποτέ, να τους δίνεται η απαραίτητη γνώση ώστε να είναι επαρκείς απέναντι σε αυτή την πρόκληση. Έτσι οι ανάγκες αυτές καθιστούν απαραίτητη τη σύσταση περισσότερων εργασιών σχετικά με την διαπολιτισμική επάρκεια στον τομέα της υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, σε έναν κόσμο που αλλάζει ραγδαία. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από όλους εκείνους τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να ενταχθούν τέτοιου είδους σεμινάρια στα βασικά θέματα της επιμορφωτικής κατάρτισης του προσωπικού του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε από την παρούσα μελέτη ήταν ότι κατά την εργασιακή «γήρανση» του προσωπικού, παρατηρήθηκε ότι αυτό ατονεί ως προς την ικανότητα του να ανταπεξέλθει σε ζητήματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας κάτι που είναι σημαντικό να τροποποιηθεί. Ενδεχομένως θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για περεταίρω επιμόρφωση του προσωπικού με πολλά χρόνια υπηρεσίας προκειμένου να μπορεί να λειτουργήσει σε αρμονία με το υπόλοιπο, νεότερο, προσωπικό.

Τέλος, δεδομένου ότι θα πρέπει όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να είναι εξίσου καλού επιπέδου όσον αφορά την εκπαίδευση και την κατάρτιση του σε θέματα διαπολιτισμικής παροχής υγείας, απαιτείται να γίνει ο σωστός σχεδιασμός προκειμένου να μειωθεί στο ελάχιστο η διαφορά που παρατηρήθηκε αναφορικά με την επάρκεια μεταξύ του προσωπικού, ιατρών και νοσηλευτών.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαρβάκης, Αθ., Παρασάνογλου, Δ. Παύλου, Μ. (2001). Μετανάστες στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
2. Καβουνίδη Τζ. (2002). Χαρακτηριστικά μεταναστών: το Ελληνικό Πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998. Αθήνα: Σάκκουλας.
3. Μίτιλης Α. και Σκαλή Θ. «Το δικαίωμα στην Εκπαίδευση». Στο Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (2004) Σχέδιο Δράσης «Καινούργια Αρχή», Συγγραφική ομάδα Μίτιλης Α., Σκαλή Θ. Οδηγός Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης, επιμέλεια έκδοσης Σκλάβου Κ. Αθήνα.
4. Γκόβαρης, Χ. (2000) Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και το δίλλημα των πολιτισμικών διαφορών, Παιδαγωγικός Λόγος, 3: 23-30.
5. Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Devillé, W., vanWilligen, L.H., Hovens, J.E., van der Ploeg, H.M., 2006. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(1), 18–26.
6. Johnson, D.R., Ziersch, A.M., Burgess, T., 2008. I don't think general practice should be the frontline: experiences of general practitioners working with refugees in South Australia. *Australia and NewZealand Health Policy* 5, 20.
7. Blackwell, D., Holden, K., Tregoning, D., 2002. An interim report of health needs assessment of asylum seekers in Sunderland and North Tyneside. *Public Health* 116 (4), 221–226.
8. Hallas, P., Hansen, A.R., Staehr, M.A., Munk-Andersen, E., Jorgensen, H.L., 2007. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* 7, 288.
9. Adams, K.M., Gardiner, L.D., Assefi, N., 2004. Health care challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *British Medical Journal* 328 (7455), 1548–1552.
10. O'Donnell, C.A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K., 2007. “They think we're OK and we're not”. A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research* 7, 75.
11. Drennan, V., Joseph, J., 2005. Health visitors and refugee families: issues in professional practice. *Journal of AdvancedNursing* 49 (2), 155–163.
12. Feldmann, T., Bensing, J.M., de Ruijter, A., Boeije, H.R., 2007. Afghan refugees and their general practitioners in the Netherlands: to trust or not to trust? *SociologyofHealth&Illness* 29 (4), 515–535.
13. Procter, N., 2006. ‘They first killed his heart (then) he took his own life’. Part 2: practice implications. *International Journal of Nursing Practice* 12 (1), 42–48.

14. O'Donnell, C.A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K., 2008. Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 58 (557), e1–e11.
15. Bhatia, R., Wallace, P., 2007. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice* 8, 48.
16. Deardorff, D., 2015. Intercultural competence: mapping the future research agenda. *Int. J. Intercult. Relat.* 48, 3–5.
17. Bennett, M.J., 1986. A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *Int. J. Intercult. Relat.* 10 (2), 179–195.
18. Bennett, M.J., 1993. Toward ethno relativism: A developmental model of intercultural sensitivity. In: Paige, M. (Ed.), *Education for the Intercultural Experience*. Intercultural Press, Yarmouth, ME, pp. 109–135.
19. Bennett, M.J., 2004. Becoming interculturally competent. In: Wurzel, J. (Ed.), *Toward Multiculturalism: A Reader in Multicultural Education*, 2nd ed. pp. 62–77.
20. Bennett, M.J. (2011). *Developing intercultural sensitivity*.
21. Hammer, M.R., 2012. The Intercultural Development Inventory: A new frontier in assessment and development of intercultural competence. In: Vande Berg, M., Paige, R.M., Lou, K.H. (Eds.), *Student learning abroad*. Ch. 5. Chstylyus publishing, Sterling, VA, pp. 115–136.
22. Hammer, M.R., Bennett, M.J., Wiseman, R., 2003. Measuring intercultural sensitivity: the intercultural development inventory. Guest Ed. In: Paige, R.M. (Ed.), *Special Issue on the Intercultural Development*. *International Journal of Intercultural Relations*. 27. pp.421–443 4.
23. IDI. (2019). *The Intercultural Development Inventory (IDI)*.
24. Leininger M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd ed. McGraw-Hill, New York, 1995.
25. Καλοκαιρινού Α, Αποστολάρα Π, Κούτα Χ. Κουλτούρα, Δομές, Υγεία και Ασθένεια. Στο Papadopoulousetal (eds) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2011: 41–53.
26. Καλοκαιρινού Α, Κοδέλλα Κ, Τολικά Φ. Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική* 2003,42:451–456.
27. Campinha–Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J TranscultNurs* 2002, 13:181–184.
28. Campinha-Bacote J. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*. 5th ed. Cincinatti, OH:Transcultural CARE Associates, 2007.
29. Jha B, Seavy J, Young D, Bonner A. Positive mental health outcomes in individuals with Dementia: the essential role of cultural competence.
30. Westphal RJ, Convoy SP. Military culture implications for mental health and nursing care.

31. Song L, et all. Associations between patient-provider communication and sociocultural factors in prostate cancer patients: a cross- sectional evaluation of racial differences. *Patient Educ Couns* 2014.
32. Paez KA, Allen JK, Carson KA, Cooper LA. Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Soc Sci Med* 2008.
33. Γλύκατζη – Αρβελέρ Ελένη, (2007) Πολιτισμός και ελληνισμός, Καστανιώτη.
34. Μπιτσάνη Ευ, Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη. Σχεδιασμός πολιτιστικής πολιτικής και πολιτιστικού προϊόντος. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004.
35. Douglas M. K., Pierce J. U., Rosenkoetter M., Callister L. C., Hattar-Pollara M., Lauderdale J., Miller J., Milstead J., Nardi D. A., Pacquiao D. (2009) “Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: A Request for Comments”, *Journal of Transcultural Nursing*, 20(3): 257-269.
36. Kostoulas-Makrakis, N. (2015) Intercultural communication and sustainable leadership: The case of a joint master course, *Curriculum Design and Classroom Management: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*, pp. 1426-1442.
37. Kofou, I., Anastasiadou, S. (2013) Language and communication needs analysis in intercultural education, *International Journal of Diversity in Education*, 12 (2), pp. 15-65.
38. Derri, V., Kellis, I., Vernadakis, N., Albanidis, E., Kioumourtzoglou, E. (2014), The effect of an intercultural Physical Education Program in comparison to the typical one on students' social skills learning, *Journal of Human Sport and Exercise*, 9 (1), pp. 91-102.
39. D., Hajisoteriou, C., Angelides, P. (2014) Intercultural education in Europe: Policies, practices and trends, *British Educational Research Journal*, 40 (2), pp. 300-318.
40. Γεωργογιάννης, Π.,(2007) Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα, Τυροcenter, Πάτρα.
41. Schartner, A. (2016) The effect of study abroad on intercultural competence: a longitudinal case study of international postgraduate students at a British university, *Multilingual and Multicultural Development*, 37 (4), pp. 402-418.
42. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. (2017). Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.*, 19(2):157-162.
43. Theodorou, E. (2011) I'll race you to the top: Othering from within - attitudes among pontian children in Cyprus towards other immigrant classmates, *Childhood*, 18 (2), pp. 242-260.
44. Creech, C., Filter, M., Wehbe-Alamah, H., McFarland, M. R., Andrews, M., & Pryor, G. (2017). An intervention to improve cultural competence in graduate nursing education. *Nursing education perspectives*, 38(6), 333.

45. Gower, S., van den Akker, J., Jones, M., Dantas, J. A., & Duggan, R. (2016). Australian nursing and midwifery educators delivering evidence-based education in Tanzania: a qualitative study. *Nurse education in practice*, 18, 16-22.
46. Kokko, R. (2011). Future nurses' cultural competencies: what are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 673-682.
47. Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2003). Διαπολιτισμική εκπαίδευση .Αθήνα: Άτραπος.
48. Πουρναράς Ν., Τσόμπανου Μ., Σουρτζή Π. (2004) «Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας», *Νοσηλευτική*, 43 (2), 185-194.
49. Assemi M., Cullander C., Hudmon K.S. (2004) "Implementation and Evaluation of Cultural Competency Training for Pharmacy Students", *The Annals of Pharmacotherapy*, 38 (5), 781-786.
50. Sargent S., Sedlak C., Martsof D. (2005) "Cultural competence among nursing students and faculty", *Nurse Education Today*, 25 (3), 214-221.
51. Bussey-Jones J., Genao I., St. George D. M., Corbie-Smith G. (2005) "Knowledge of Cultural Competence among Third-Year Medical Students", *Journal of the National Medical Association*, 97 (9), 1272-1276.
52. Lipson J., Desantis L. (2007) "Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education", *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (1), 10S-20S.
53. LaTonya, R., Gagan J., Sherman J., Evans E., Lawrence L. (2008) Assessment of third year pharmacy students' attitudes toward cultural competency before and after an educational intervention. *American College of Clinical Pharmacy 2008 Spring Practice and Research Forum/ Updates in Therapeutics: The Pharmacotherapy Preparatory Course, Phoenix-Arizona.*
54. Krainovich-Miller B., Yost J. M., Norman R. G., Auerhahn C., Dobal M., Rosedale M., Lowry M., Moffa C. (2008) "Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency", *Journal of Transcultural Nursing*, 19 (3), 250-258.
55. White-Means S., Dong Z., Hufstader M., L. Brown (2009) "Cultural Competency, Race, and Skin Tone Bias Among Pharmacy, Nursing, and Medical Students: Implications for Addressing Health Disparities", *Medical Care Research and Review*, 66 (4), 436-455.
56. Poirier T., Butler L., Devraj R., Gupchup G., Santanello C., Lynch. C. (2009) "Cultural Competency Course for Pharmacy Students", *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73 (5), 1- 6.
57. Jirwe M., Gerrish K., Emami A. (2010) "Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 436-444.
58. Esposito CL. (2013). Provision of culturally competent health care: an interim status review and report. *J N Y State Nurses Assoc.*, 43(2):4-10.

59. Henderson S, Barker M, Mak A. (2016). Strategies used by nurses, academics, and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse Educ Pract.*, 16(1):71-78.
60. Papadopoulos I, Καλοκαιρινού Α, Κούτα Χ. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2011:81-104,199-200, 317-318, 291-292, 271-272, 241-242.
61. Little, D. (2012) The European Language Portfolio in whole-school use, *Innovation in Language Learning and Teaching*, 6 (3), pp. 275-285.
62. Resta, P., Laferriere, T. (2015) Digital equity and intercultural education, *Education and Information Technologies*, 20 (4), pp. 743-756.
63. Papadopoulos I, Tilki M & Lees S (1998) *Transcultural Care: A guide for health care professionals*. Dinton: Quay Publications.
64. Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.
65. 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.
66. Ελληνική Στατιστική Αρχή. 2019. Δελτίο Τύπου Υπολογιζόμενος Πληθυσμός και Μεταναστευτικές ροές της Χώρας έτους 2018. Ελληνική Δημοκρατία. Πειραιάς. Ημερομηνία πρόσβασης [31/12/19] από ηλεκτρονική διεύθυνση: [https://www.statistics.gr/el/c/document\\_library](https://www.statistics.gr/el/c/document_library).
67. Ladson G. M., Lin, J-M., Flores, A. and D. Magrane (2006) An assessment of cultural competence of first- and second-year medical students at a historically diverse medical school. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195(5): 1457-1462.
68. Μανομενίδης Γ. (2009) Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού για Ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση. *Νοσηλευτική* 48(4): 439-446.
69. Khanna S. K., Cheyney M., Engle M. (2009). Cultural Competency in Health Care: Evaluating the Outcomes of a Cultural Competency Training Among Health Care Professionals. *Journal of the National Medical Association* 101(9): 886-892.
70. Beach M. C., Price E. G., Gary T. L., Robinson K. A., Gozu A., Palacio A., Smarth C., Jenckes M., Feuerstein C., Bass E. B., Powe N. R., Cooper L. A. (2005) Cultural Competence A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care* 43: 356-373.
71. Αποστολάρα Π., διδακτορική διατριβή, «Διερεύνηση της πολιτισμικής ικανότητας του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των παιδιατρικών νοσοκομείων», Αθήνα, 2012.
72. White A. & Hoffman L (2006) Culturally competent care education at Harvard Medical School: Background. History and accomplishments by the president and fellows of Harvard College. Harvard

Medical School. Available at [http://www.hms.harvard.edu/cccec/\\_pdfs/CCCECStatusReport61406.pdf](http://www.hms.harvard.edu/cccec/_pdfs/CCCECStatusReport61406.pdf) accessed in December 28 , 2010.

73. Καλαφάτη Μ. & Παϊκοπούλου Δ. (2011) Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 50(1): 49–62.

74. Manley A. B. (2002) Incorporating Cultural Competency into the Bachelors of Science in Nursing Curriculum: a study of methods used by accredited Tennessee BSN programs. University of Tennessee Honors Thesis Projects.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι (Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλονίκης)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θεσσαλονίκη, 26-11-2019  
Αρ. Πρωτ.: Δ39/48839

- Γε. Διοικητής  
- Επιστ. Συμβούλιο  
28/05/20

Προς:  
Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» - Ψ.Ν.Θ.  
Οργανική Μονάδα Ψ.Ν.Θ.

Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Ψ.Ν.Θ.  
Οργανική Μονάδα  
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
Αρ. Πρωτ. 10613/Ρ8-5-20

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της κ. Κοράκη Χρυσούλας.  
ΣΧΕΤ.: Το αρ. πρωτ. 22546/15-11-2019 έγγραφό σας.

Με το αρ. πρωτ. 22546/15-11-2019 έγγραφό σας, μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά αναφορικά με την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας της κ. Κοράκη Χρυσούλας, φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ψυχική Υγεία, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η ερευνητική εργασία θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Διερεύνηση της Διαπολιτισμικής Επάρκειας των Επαγγελματιών Υγείας». Επιβλέτουσα καθηγήτρια είναι η κ. Κοιρώτσιου Σουλιάνη.

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:

- την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστέλλετε,
- την αξιολόγηση των δεδομένων που θα αντληθούν (σε συνάρτηση με τον σκοπό διενέργειας της έρευνας),
- την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διάνομή ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου σας),
- τη λήψη της θετικής γνώμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας αναφορικά με την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας [10<sup>η</sup>/12-11-2019 (θέμα 1<sup>ο</sup>) Συνεδρίαση],

και υπό τις προϋποθέσεις ότι:

- η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας θα είναι εθελοντική μετά από αναλυτική ενημέρωση,
- δεν θα υπάρξει καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του Φορέα σας κατά τη διεξαγωγή ή εξέλιξη της ερευνητικής εργασίας,
- θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, του ασφαλή των στοιχείων που θα ληφθούν και της μη παρακώλυσης της λειτουργίας του Νοσοκομείου,

εγκρίνουμε την αίτηση της κ. Κοράκη Χρυσούλας, εφιστώντας την προσοχή, τόσο εκ μέρους της Υπηρεσίας σας όσο και εκ μέρους της ίδιας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή ερευνητή.

Παρακαλούμε να ενημερώσετε σχετικά την αίτούσα.



- Επιστημ. Συμβούλιο
- Γραφείο Διοικητή
  - Γραφείο Υπαδιοικητών

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ (Ερωτηματολόγιο)



ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ



### Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Ηλικία:.....

2. Φύλο: .....Αντρας  Γυναίκα

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Άγαμος/η .....

Παντρεμένος/η .....

Διαζευγμένος/η ....

Χήρος /α .....

Άλλο.....

4. Υπηκοότητα: .....



5. Χώρα καταγωγής:.....

6. Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά ;.....Ναι .....Όχι

Εάν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε:.....

7. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας:

Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης(ΔΕ) .....

Τεχνολογικής Εκπαίδευσης(ΤΕ) .....

Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ) .....

8. Μεταπτυχιακό .....

Διδακτορικό .....

9. Έχετε σπουδάσει στην Ελλάδα για το βασικό σας πτυχίο;

Ναι .... Όχι.....

Αν ναι ,σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει; .....

10. Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό;

Ναι .... Όχι.....

Αν ναι ,σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει; .....

11. Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας ;

Ναι .... Όχι.....

Αν ναι, πόσα χρόνια; .....

12. Ποιο είναι το επάγγελμα σας στο νοσοκομείο:

Γιατρός .....

Νοσηλεύτης .....

13. Πόσα έτη εργάζεσθε με την παραπάνω ιδιότητα; .....

14. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

Κλινική.....

ΜΕΘ.....

Διοικητική θέση...

Άλλο .....

15. Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;

Ναι .... Όχι.....

16. Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;

Ναι ....      Όχι.....     

## B. Γνώση

Πόσο ΓΝΩΣΤΗΣ είστε για κάθε μια από τις ακόλουθες θεματικές περιοχές;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
1. Δημογραφικά στοιχεία των διαφορετικών εθνικών ομάδων μέσα στο νοσοκομείο					
2. Κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των διαφορετικών εθνικών ομάδων					
3. Κίνδυνοι υγείας που βιώνουν οι διαφορετικές εθνικές ομάδες					
4. Ανισότητες στον Τομέα Υγείας που αφορούν τις διαφορετικές εθνικές ομάδες					
5. Κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα στη θεραπεία/φροντίδα στο τμήμα σας					
6. Εθνοφαρμακολογία (διαφοροποιήσεις στις φαρμακευτικές αποκρίσεις σε διάφορες ομάδες πληθυσμού)					

7. Εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπευτικές παραδόσεις (π.χ., ιατρική Αγιουβέρδα (Ayurvedic), παραδοσιακή κινεζική ιατρική)					
8. Αντίκτυπος του ρατσισμού, των λανθασμένων αντιλήψεων, της προκατάληψης και της διάκρισης στη φροντίδα υγείας που βιώνουν διάφορες ομάδες πληθυσμών στη χώρα σας, στο παρελθόν και σήμερα.					
9. Εθνικές/ τοπικές πολιτικές που σχετίζονται με την πολιτισμική διαφορετικότητα στην φροντίδα υγείας					
10. Η πολιτική του νοσοκομείου σας σχετικά με το θέμα της πολιτισμικής διαφορετικότητας					

### Γ. Δεξιότητες

Πόσο ΚΑΤΑΡΤΙΣΜΕΝΟΣ είστε αναφορικά με τα κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα στους ακόλουθους τομείς της φροντίδας του ασθενή;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
1. Χαιρετισμός των ασθενών με τρόπο που να ανταποκρίνεται στην πολιτισμική του καταγωγή					
2. Εκμείευση των πιστεύω του ασθενή για την υγεία και την ασθένεια (π.χ., την αιτιολογία, όνομα, θεραπεία, πορεία, πρόγνωση)					

3. Εκπαίδευση των πληροφοριών για τη χρήση των πρακτικών θεραπειών ή/και άλλων εναλλακτικών μορφών θεραπείας					
4. Εκπαίδευση των πληροφοριών για τη χρήση των πρακτικών θεραπειών ή/και άλλων εναλλακτικών θεραπειών					
5. Φυσική Εξέταση του ασθενή με τρόπο που να σέβεται την πολιτισμική του παράδοση					
6. Συνταγογράφηση/διαπραγμάτευση ενός σχεδίου θεραπείας που να σέβεται την πολιτισμική του παράδοση					
7. Παροχή εκπαίδευσης και συμβουλευτικής στους ασθενείς κατά τρόπο που να σέβεται την πολιτισμική τους παράδοση					
8. Παροχή κλινικών προληπτικών υπηρεσιών κατά τρόπο που να σέβεται την πολιτισμική τους παράδοση					
9. Παροχή φροντίδας για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς κατά τρόπο που να σέβεται την πολιτισμική τους καταγωγή					
10. Αξιολόγηση των γνώσεων υγείας του ασθενή					
11. Συνεργασία με διερμηνείς που διευκολύνουν τους ασθενείς					
12. Διαχείριση των διαπολιτισμικών συγκρούσεων σχετικά με τη διάγνωση ή τη θεραπεία					

13. Διαχείριση των διαπολιτισμικών προβλημάτων συμμόρφωσης του ασθενή					
14. Διαχείριση των ηθικών συγκρούσεων που προκύπτουν από τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας					
15. Να ζητάτε συγγνώμη για παρανοήσεις ή τα λάθη που προκύπτουν από τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας					

#### Δ. Καταστάσεις

Πόσο ANETA μπορείτε να διαχειριστείτε τις ακόλουθες διαπολιτισμικές καταστάσεις;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
1. Να φροντίσετε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή					
2. Να φροντίσετε ασθενείς με περιορισμένη επάρκεια στην Ελληνική γλώσσα.					
3. Να φροντίσετε ασθενή που επιμένει να χρησιμοποιεί πρακτικούς θεραπευτές ή εναλλακτικές θεραπείες					
4. Να προσδιορίσετε τις πεποιθήσεις που δεν αναφέρονται από έναν ασθενή ή τον φροντιστή του αλλά παρεμποδίζουν τη θεραπευτική αγωγή					

5. Να διακρίνετε τα μη λεκτικά συνθήματα ή τις συγκεκριμένες χειρονομίες που έχουν διαφορετικές έννοιες στους διαφορετικούς πολιτισμούς					
6. Ερμηνεία του πόνου και της θλίψης όπως εκφράζονται στους διαφορετικούς πολιτισμούς					
7. Να συμβουλευσετε έναν ασθενή να αλλάξει συμπεριφορές ή πρακτικές που σχετίζονται με τις πολιτιστικές πεποιθήσεις του, και που μπορεί να χειροτερεύουν την υγεία του					
8. Να μιλήσετε με έναν έμμεσο παρά άμεσο τρόπο στον ασθενή για την ασθένειά του/της εάν αυτό υπαγορεύεται από την πολιτισμική του καταγωγή.					
9. Να ανακοινώσετε τις "κακές ειδήσεις" στην οικογένεια του ασθενή πρώτα παρά στον ασθενή εάν αυτό υπαγορεύεται από την πολιτισμική του καταγωγή.					
10. Να συνεργαστείτε με επαγγελματίες φροντίδας υγείας από διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.					
11. Να συνεργαστείτε με έναν συνάδελφο που κάνει ανάρμοστα σχόλια για τους ασθενείς από μια συγκεκριμένη εθνική ομάδα					
12. Να φροντίσετε έναν ασθενή που κάνει ανάρμοστα σχόλια για την εθνική σας καταγωγή					

13. Να διαχειριστείτε ασθενείς που κάνουν ανάρμοστα σχόλια για ασθενείς από διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.					
14. Να διαχειριστείτε μεγάλες ομάδες συγγενών που συνοδεύουν και επισκέπτονται τους ασθενείς					
15. Να διαχειριστείτε ασθενείς που έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες λόγω των πολιτισμικών τους καταβολών (π.χ. Ραμαζάνι (Ramadan), ή διαφορετικούς τρόπους προετοιμασίας των τροφίμων, όπως halal ή kosherκ.λπ)					
16. Να υποστηρίζετε τους ασθενείς που έχουν ανάγκη να ασκήσουν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα.					

#### Ε. Συνειδητοποίηση

1. Πόσο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ θεωρείτε ότι διαδραματίζουν τα κοινωνικά και πολιτισμικά θέματα στις σχέσεις σας με:

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Ασθενείς					
β. Συγγενείς					
γ. Άλλους επισκέπτες					
δ. Συνάδελφους από το επάγγελμά σας					
ε. Άλλο προσωπικό					



2. Σε ποιο βαθμό συνειδητοποιείτε ;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Την Εθνική ή πολιτιστική σας ταυτότητα;					
β. Τα Εθνικά ή πολιτιστικά σας στερεότυπα;					
γ. Τις λανθασμένες αντιλήψεις και προκαταλήψεις της εθνικής σας ομάδας;					

3. Πόσο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ θεωρείτε ότι είναι για τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν εκπαίδευση στην πολιτισμική διαφορετικότητα ή/και την πολυπολιτισμική φροντίδα υγείας;

Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ

#### Φ. Εκπαίδευση και κατάρτιση

1. Σε ποιο βαθμό έχετε εκπαιδευθεί σχετικά με θέματα πολυπολιτισμικότητας;

	Καθόλου	Λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
α. Στο σχολείο					

β. Στη βασική επαγγελματική εκπαίδευση					
δ. Σε προγράμματα κατάρτισης στο νοσοκομείο					
ε. Σε προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης εκτός νοσοκομείου					

2. Με ποιες από τις παρακάτω προτάσεις θα συμφωνούσατε προκειμένου να ενσωματωθεί η διαπολιτισμική εκπαίδευση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και στην κλινική πρακτική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ένταξη της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στα προγράμματα σπουδών

Περισσότερα συνεχιζόμενα προγράμματα κατάρτισης στα νοσοκομεία

Τροποποίηση της πολιτικής υγείας του νοσοκομείου σας

Ένταξη της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στην ευρύτερη κοινωνική πολιτική

3. Παρακαλώ προτείνετε περαιτέρω σχόλια ή προτάσεις που μπορείτε να έχετε.

## Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Αποστολάρα Παρασκευή [2016]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.