



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διαπολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας στον Όμιλο Animus A.E.»

“ Intercultural competence of health professionals in the Animus Group ”

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Αναγνώστου Χρυσάνθη , Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Δρ. Στυλιανή Κοτρώτσιου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας ως επιβλέπουσα.
2. Δρ. Νικόλαος Σκεντέρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ως μέλος.
3. Δρ. Θεοδόσιος Παραλίκας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας ως μέλος

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

“ Intercultural competence of health professionals in the Animus Group ”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη στα Ελληνικά - Λέξεις κλειδιά.....	6
Περίληψη στα Αγγλικά (Abstract) - Λέξεις κλειδιά.....	7
Εισαγωγή.....	8
Γενικό μέρος.....	10
I. Πολιτισμός.....	10
II. Επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενή.....	12
III. Διαπολιτισμική επικοινωνία.....	14
IV. Διαπολιτισμική νοσηλευτική.....	20
V. Ιστορία Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.....	22
VI. Διαπολιτισμικά Μοντέλα Αξιολόγησης.....	23
A) Διαπολιτισμικό Μοντέλο αξιολόγησης (Transcultural Assessment Model)Joyce N. Giger &Ruth Davidhizar.....	23
B) Διαπολιτισμικό Μοντέλο αξιολόγησης (Transcultural Assessment Model) Papadopoulos, Tilki and Taylor.....	25
VII. Αποτελέσματα από αντίστοιχες έρευνες.....	27
VIII. Λίγα λόγια για τον Όμιλο Animus A. E.....	29
Ειδικό μέρος.....	31
Ερευνητική μεθοδολογία.....	31
i. Σκοπός μελέτης.....	31
ii. Αποτελέσματα.....	35
iii. Συζήτηση.....	50
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	55
Παράρτημα.....	59

a. Ερωτηματολόγιο.....	59
b. Άδεια από την επιχείρηση για την διεξαγωγή της έρευνας.....	68

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Κοτρώτσιου Στυλιανή καθώς και την Ρηγάκη Αφροδίτη , την Αναγνώστου Φωτεινή αλλά και τον Ζορμπά Αλέξανδρο οι οποίοι στάθηκαν στήριγμα στην προσπάθεια μου κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας, καθώς η βοήθεια τους ήταν καθοριστική.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ – ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ)

Εισαγωγή: Η διαπολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας είναι η ικανότητα τους να μπορούν να συνυπάρχουν και να επικοινωνούν με ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς, χωρίς να δημιουργούνται προβλήματα και παρεξηγήσεις. Είναι ένα από τα σημαντικά προσόντα που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας υγείας για να μπορέσει να φέρει σε πέρας σωστά και ολοκληρωμένα το πλάνο φροντίδας του. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή / ιατρό, κρίνεται απαραίτητη κι εκεί βοηθάει η διαπολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός: Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαπολιτισμικής επάρκειας στους επαγγελματίες υγείας στον Όμιλο Animus A.E.

Μέθοδος: Τον Φεβρουάριο του 2020 διεξήχθη η έρευνα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας του Ομίλου, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά $n=117$. Η συλλογή του υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS (Statistical Package for the Social Science) 25”.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι από τα 117 άτομα το 65% είναι γυναίκες και το 35% άνδρες, με μέση ηλικία τα 32.8 έτη και διάμεση ηλικία είναι τα 29 έτη. Ξένες γλώσσες μιλάει η συντριπτική πλειοψηφία (81.2 %). Το 33,3% έχει ζήσει σε χώρα του εξωτερικού και το 23,1% έχει παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας. Το 82,1% των ερωτηθέντων έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p value, ορίστηκε στο $p=0.05$.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα της παρούσας δείχνουν ότι η επαφή με άλλους πολιτισμούς, βοηθάει τον άνθρωπο να έχει άνεση με τις άλλες κουλτούρες. Ειδικά στον χώρο της υγείας είναι σημαντικό αυτό για να μπορέσει ο επαγγελματίας υγείας να κάνει ολοκληρωμένα την δουλειά του. Γι' αυτό, με βάση και τη βιβλιογραφία, κρίνεται σημαντική η εισαγωγή σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Επάρκειας σε επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: πολιτισμός, διαπολιτισμική φροντίδα, διαπολιτισμική επικοινωνία, διαπολιτισμική μοντέλα αξιολόγηση

Abstract

Introduction: The intercultural competence of health professionals is their ability to coexist and communicate with people from different cultures, without creating problems and misunderstandings. It is one of the important qualifications that a health professional must have in order to be able to carry out his care plan correctly and completely. Proper communication between patient and nurse / doctor is considered necessary and the intercultural competence of health professionals helps there.

Purpose: The object of this study was to investigate the intercultural competence of health professionals in the Animus SA Group.

Method: In February 2020, the survey was conducted among the Group's health professionals, the sample of the survey was a total of $n = 117$. The collection of research material was carried out using the Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) and concerns cultural competence. The processing and statistical analysis of the empirical research material was done using the software package "SPSS (Statistical Package for the Social Science) 25".

Results: According to the results of the research, out of 117 people, 65% are women and 35% men, with a mean age of 32.8 years and a median age of 29 years. The vast majority (81.2%) speak foreign languages. 33.3% have lived abroad and 23.1% have attended Intercultural Health seminars. 82.1% of respondents have social interactions with people of different cultural backgrounds. The minimum value of the level of statistical significance, p value, was set at $p = 0.05$.

Conclusions: The conclusions of the present show that contact with other cultures helps people to be comfortable with other cultures. Especially in the field of health, this is important for the health professional to be able to do his job completely. For this reason, based on the literature, the introduction of Intercultural Adequacy seminars in health professionals is considered important.

Keywords: culture, intercultural care, intercultural communication, intercultural models evaluation

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα έρευνα θα εξετάσουμε την διαπολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας (ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού) του Ομίλου Animus A.E. Για την έρευνα αυτήν μοιράστηκαν ερωτηματολόγια , αποκλειστικά από την ερευνήτρια , στις δομές του Ομίλου και συμπληρώθηκαν απ' όσους επιθυμούσαν , όσοι ήταν άνω των 18 χρονών και όσοι είχαν την ικανότητα επικοινωνίας και ομιλίας της ελληνικής γλώσσας. Κατά την διανομή των ερωτηματολογίων εξηγήθηκε το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου , ο σκοπός της έρευνας καθώς και ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια.

Όπως θα αναπτυχθεί και παρακάτω στην διπλωματική εργασία η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη που αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ολόπλευρα σαν ένα σύνολο, σαν ένα βιοψυχοκοινωνικό σύνολο. Για την σωστή αντιμετώπιση τόσο από το ιατρικό προσωπικό όσο και από το νοσηλευτικό, χρειάζεται να έχει γνώσεις σε όλους τους τομείς και κλάδους, όπως είναι οι διαπροσωπικές και τεχνικές ικανότητες . Να μπορούν να έχουν την σωστή επικοινωνία με τους ασθενείς. Καθώς για να μπορέσει ο επαγγελματίας υγείας να σχεδιάσει το πλάνο φροντίδας που είναι εξειδικευμένο στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, θα πρέπει να γνωρίζει εκτός από τις ιδιαιτερότητες που έχει ο χαρακτήρας του κάθε ασθενή, να γνωρίζει επίσης και την κουλτούρα του απ' όπου προέρχεται ο κάθε ένας, ώστε να αποφευχθούν παρεξηγήσεις, τυχόν προσβολές από άγνοια και πάνω απ' όλα να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό πλάνο φροντίδας εξατομικευμένο για τον κάθε ασθενή.

Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολιτισμικά καταρτισμένο τότε θα μπορεί να προσαρμόζεται πιο εύκολα σε οποιαδήποτε νέα συνθήκη. Καθώς όταν εμπλεκόμαστε με την πολυπολιτισμικότητα, έχουμε να αντιμετωπίσουμε αρκετά, αλλά και οι ασθενείς από την μεριά τους όταν μπαίνουν σε νοσοκομείο βιώνουν παραπάνω στρες καθώς έρχονται αντιμέτωποι με πολλές καινούριες καταστάσεις. Επομένως , χρειάζονται έναν ιδιαίτερο τρόπο μεταχείρισης , ξεκινώντας από τα απλά , από τον τρόπο επικοινωνίας , από το πώς χρησιμοποιούνται και μεταφράζονται τα λεκτικά και μη – λεκτικά μηνύματα , από το πώς μεταφράζουν οι ασθενείς αυτά που ακούν από την ομάδα επαγγελματιών υγείας. Καθώς ο ασθενής δεν είναι υποχρεωμένος να έχει το γνωστικό επίπεδο που έχει το προσωπικό.

Για την σωστή μεταφορά των μηνυμάτων πολλές φορές χρησιμοποιούνται οι συνοδοί του ασθενή αλλά και πάλι αυτό ενέχει ένα μικρό κίνδυνο καθώς κι αυτοί μπορεί να μην θεωρούν σημαντικό να μεταφέρουν στον ασθενή όσα ακούν από τον γιατρό / νοσηλευτή.

Εκεί , λοιπόν , έρχεται να καλύψει το κενό ο μεταφραστής, ένας ορισμός που στα ελληνικά νοσοκομεία τώρα αρχίζει να εισάγεται .

Κατά την διάρκεια της εργασίας θα γίνει ιστορική αναδρομή για το πώς η Madeleine Leininger ανακάλυψε και εισήγαγε στον τομέα, τον ορισμό της «Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής» όπως επίσης θα αναλυθούν και τα δύο διαπολιτισμικά μοντέλα αξιολόγησης, των Giger και Davidhizar καθώς και των Papadopoulos, Tilki και Taylor.

Εν κατακλείδι , η έρευνα έλαβε μέρος στον Όμιλο Animus A. E. καθώς είναι ένας χώρος με ασθενείς χρόνιων αλλά και οξέων νοσημάτων και ο υπάρχει πλούσια πολιτιστική ποικιλομορφία . Επομένως το δείγμα του πληθυσμού είναι αξιοσημείωτο και το αποτέλεσμα της έρευνας θα είναι έγκυρο. Οι πληροφορίες που θα προκύψουν από τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν στην ενημέρωση και την προαγωγή της διαπολιτισμικής επάρκειας, πρώτα και κύρια στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ομίλου Animus A.E.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

I. Πολιτισμός

Ο πολιτισμός είναι ένας ισχυρός δεσμός που είναι άγραφος, μεταφέρεται από τη μια γενιά στην άλλη, μοιράζεται από ανθρώπους και διδάσκεται ασυνείδητα, υπάρχει από τη γέννηση και περιλαμβάνει αξίες, πεποιθήσεις, παραδόσεις και έθιμα. Στην αρχή, σαν μέρος του πολιτισμού, είναι ο άνθρωπος που δημιουργεί και μεταφέρει τον ίδιο τον πολιτισμό. Το άτομο, από τη μία πλευρά, διαμορφώνει τη ζωή του σύμφωνα με πολιτιστικές τελετές, αλλά από την άλλη πλευρά, κάθε άτομο δημιουργεί και διαμορφώνει την κοινωνία¹.

Η σχέση του πολίτη με την πόλη-κοινωνία είναι αμφίδρομη. Στο μεταξύ, ο πολιτισμός είναι η κοινή γλώσσα εκείνων που ζουν στην ίδια κοινωνία. Υπό αυτήν την έννοια, ο όρος πολιτισμός - που δείχνει διαφορετικά νοήματα από τη μια κοινωνία στην άλλη - επηρεάζει επίσης τις αντιλήψεις των ανθρώπων για καταστάσεις όπως η υγεία, η ασθένεια, η ευτυχία και η αίσθηση³. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη που έκανε το ο Irving Zola στον τρόπο με τον οποίο ασθενείς από διαφορετικές χώρες-πολιτισμούς, περιέγραφαν τα συμπτώματά τους στον γιατρό, κατά την επίσκεψή τους και συνέκρινε λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο τα εξέφρασαν.

Οι Ιρλανδοί για παράδειγμα, υποδεικνύουν πιο συχνά τις ακριβείς θέσεις των συμπτωμάτων τους, περιγράφουν πάντα συγκεκριμένα μια δυσλειτουργία και ελαχιστοποιούν τον πόνο. Από την άλλη, οι Ιταλοί παραπονούνται για περισσότερα συμπτώματα, αλλά συχνά, αυτά είναι αόριστα, εμμένουν στον πόνο που αισθάνονται και υπογραμμίζουν ότι η διάθεση τους και οι σχέσεις τους με τους άλλους έχουν αναστατωθεί. Επίσης ανάλογα την κοινωνία, οι άνθρωποι αποδίδουν περισσότερη ή λιγότερη σημασία σε ορισμένα όργανα και ορισμένα μέρη του σώματος. Έτσι, για παράδειγμα, στις δυτικές κοινωνίες η καρδιά έχει συγκεκριμένη συμβολική σημασία ενώ στην Ιαπωνία, από παράδοση, η μεγαλύτερη σημασία αποδίδεται στην κοιλιακή χώρα (ham). Αυτή θεωρείται η πηγή της ζωής. Αντίθετα οι μεσογειακοί λαοί αποδίδουν την μεγαλύτερη σημασία στην καρδιά και στον εγκέφαλο³⁰.

Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούμε στο πως μεταβολίζουν τα φάρμακα οι διάφορες πολιτιστικές ομάδες. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι διαφορετικές φυλές μεταβολίζουν τα φάρμακα με διαφορετικούς τρόπους και με διαφορετικούς ρυθμούς. Για παράδειγμα, οι Κινέζοι είναι πιο ευαίσθητοι στις καρδιαγγειακές επιδράσεις της Προπρανολόλης από ό,τι οι λευκοί.

Τα αντιυπερτασικά είναι μια άλλη κατηγορία φαρμάκων που μεταβολίζονται διαφορετικά ανάλογα με τη φυλή. Για παράδειγμα, οι Αφροαμερικανοί τείνουν να χρειάζονται υψηλότερες δόσεις β-αδρενεργικών παραγόντων αποκλειστές όπως το Inderal. Οι Κινέζοι τείνουν να χρειάζονται μόνο τη μισή δοσολογία Inderal σε σύγκριση με αυτή που χρειάζονται οι λευκοί Αμερικανοί².

Μία κατηγορία διαφορών μεταξύ φυλετικών ομάδων είναι η ευαισθησία σε ασθένειες. Η αυξημένη ή μειωμένη συχνότητα μπορεί να προκληθεί γενετικά, περιβαλλοντικά ή γονιδιακά-περιβαλλοντικά. Ένα παράδειγμα είναι ότι οι Ινδιάνοι της Αμερικής έχουν συχνότητα φυματίωσης που είναι 7 έως 15 φορές μεγαλύτερη από αυτή των μη Ινδιάνων².

Επομένως, η υγεία και η ασθένεια είναι βιολογικά αλλά και κοινωνικά και πολιτιστικά γεγονότα. Μια κατάσταση που θεωρείται ως ασθένεια από μια κοινωνία δεν είναι δεδομένο ότι θα θεωρηθεί ως ασθένεια και από μια άλλη κοινωνία. Οι αντιλήψεις για την ασθένεια και την υγεία, που διαφέρουν από τη μια κοινωνία στην άλλη, διαφέρουν ανάλογα με τις ανάγκες υγείας και τις πολιτιστικές δομές εκείνων που υπάρχουν στην κοινωνία⁴. Επομένως, ο πολιτισμός είναι τρόπος ζωής μιας κοινωνίας και επηρεάζει όχι μόνο τις αντιλήψεις για την υγεία των ατόμων, αλλά και τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις κοινωνικές στάσεις τους για την υγεία και την ασθένεια^{5,6}. Έτσι, οι γλωσσικές και πολιτιστικές διαφορές αλλά και οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία που έχει ο κάθε πολιτισμός, μεταξύ των ασθενών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ενδέχεται να επηρεάσουν τη φροντίδα των ασθενών⁷.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας, όπου ζουν κι εργάζονται, ώστε να μπορούν και να προσφέρουν τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας όπου θα είναι πλήρως αποδεκτές από τους ασθενείς.

Ως αποτέλεσμα μιας σειράς γεγονότων (της αυξανόμενης παγκοσμιοποίησης στον κόσμο, των πολέμων και συνεπώς της μετανάστευσης) έχουν προκύψει πολυπολιτισμικοί πληθυσμοί και δημογραφικές δομές που αποτελούνται από άτομα, οικογένειες και ομάδες από διαφορετικούς πολιτισμούς και υποκουλτούρες^{8,9}. Αυτή η κατάσταση ανάγκασε τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και τους οργανισμούς να λάβουν υπόψη τις πολιτιστικές διαφορές λόγω διαφορών στα επίπεδα υγείας ατόμων διαφορετικών πολιτισμών^{8,10}.

Π. Επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή

Η νοσηλευτική ως επιστήμη υγειονομικής περίθαλψης, επικεντρώνεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικό και πνευματικό ον. Η πρακτική της απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Αυτό σημαίνει μια σύνθεση γνώσεων, κλινικής εργασίας και διαπροσωπικής επικοινωνίας³². Η επικοινωνία είναι ένα ζωτικό στοιχείο στη Νοσηλευτική σε όλους τους τομείς της δραστηριότητας και σε όλες τις παρεμβάσεις τους, όπως η πρόληψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση, η εκπαίδευση και η προώθηση της υγείας. Η νοσηλευτική διαδικασία επιπλέον ως επιστημονική μέθοδος, η άσκηση και η εφαρμογή της Νοσηλευτικής, επιτυγχάνεται μέσω διαλόγου, μέσω του διαπροσωπικού περιβάλλοντος και με συγκεκριμένες δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας³².

Η ποιοτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή πραγματοποιείται με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και την αποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι μια δυναμική και συνεχής διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο αλληλεπιδρά με άλλο άτομο με τη χρήση γραπτού ή προφορικού λόγου, χειρονομιών, εκφράσεων προσώπου και στάσης του σώματος.

Ως επικοινωνία, λοιπόν, μπορούμε να ορίσουμε την ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ ανθρώπων που χρησιμοποιούν ομιλία ή κάποιο άλλο μέσο. Η θεραπευτική πρακτική περιλαμβάνει την προφορική επικοινωνία υπαλλήλων υγείας και νοσηλευτικό προσωπικό αφενός και ασθενή ή τους συγγενείς του από την άλλη. Είναι μια αμφίδρομη διαδικασία. Ο ασθενής μεταφέρει τους φόβους και τις ανησυχίες του στους νοσηλευτές και τους βοηθά να κάνουν τη σωστή νοσηλευτική διάγνωση. Το νοσηλευτικό προσωπικό παίρνει τις πληροφορίες και με τη σειρά του μεταδίδει άλλες πληροφορίες στον ασθενή με διακριτικότητα ως προς τη φύση της πάθησης και συμβουλεύει για τη θεραπεία και σχέδιο αποκατάστασης της υγείας³².

Η ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και του ατόμου που παρέχει φροντίδα υγείας, σύμφωνα με πάρα πολλές μελέτες, συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών, καλύτερη προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η αποτελεσματική διαπολιτισμική επικοινωνία, όπως θα παρουσιάσουμε παρακάτω εκτενέστερα, περιλαμβάνει το σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών, την επιθυμία απόκτησης γνώσης των αξιών των πολιτισμών και την αποδοχή διαφορετικών πολιτισμικών τρόπων ζωής.

Το σημαντικότερο όμως στοιχείο αλλά και εμπόδιο για την αποτελεσματική επικοινωνία είναι η γλώσσα. Οι γλωσσικές διαφορές επηρεάζουν κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό την επικοινωνία. Έλλειψη κατανόησης ή παρερμηνευση των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία. Ως λύση για να υπερκεραστεί ο γλωσσικός φραγμός προτείνεται να λειτουργήσουν σαν διερμηνείς οι συγγενείς, το προσωπικό με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο με τον ασθενή ή ένας επαγγελματίας διερμηνέας.

Όλες όμως οι παραπάνω εναλλακτικές προτάσεις έχουν πλεονεκτήματα αλλά και βασικά μειονεκτήματα. Σαφέστατα, η παρουσία των συγγενών και φίλων δίνει στον ασθενή την αίσθηση της ασφάλειας και οι συγγενείς είναι πάντα διαθέσιμοι, αλλά ίσως να μην έχουν ικανοποιητικό επίπεδο της ομιλούμενης γλώσσας ώστε να μεταφράσουν σωστά μια πληροφορία ή να μην μεταφράσουν όλο το περιεχόμενο θεωρώντας ότι μερικά στοιχεία δεν είναι απαραίτητα να ειπωθούν.

Πολλά όμως είναι τα νοσοκομεία που προσπαθούν να παρέχουν επαγγελματίες διερμηνείς. Θα πρέπει η επιλογή τους να είναι πολύ προσεχτική γιατί πρώτον δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι τις ίδιες γνώσεις σε θέματα υγείας και δεύτερον να προασπίζεται το ζήτημα της εχεμύθειας μιας και αποτελεί εξέχουσα ηθική αξία στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας.

Ένα ακόμη στοιχείο κατά την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας αποτελεί η γνώση των οικογενειακών δεσμών, των μελών του φιλικού υποστηρικτικού δικτύου καθώς και των « σημαντικών άλλων» γιατί είναι απαραίτητα για να προσδιοριστεί ο ρόλος τους κατά την παροχή φροντίδας και για την λήψη σημαντικών αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του ασθενή.

Επιπλέον, κάθε ασθενής έχει τα δικά του ειδικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν όχι μόνο τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, αλλά και εάν και πώς θα συνεργαστούν με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και πώς οι ίδιοι θα αναλάβουν αυτοδιαχείριση της υγείας τους ⁴⁵.

III. Διαπολιτισμική επικοινωνία

Οι δεξιότητες της επικοινωνίας περιλαμβάνουν τη λεκτική επικοινωνία (γλώσσα, διάλεκτοι, τόνος και αποχρώσεις της φωνής), τη μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, χειρονομίες, κινήσεις του σώματος, εκφράσεις του προσώπου καθώς και ειδικές πρακτικές (αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού, η χρήση του εθιμοτυπικού πρωτοκόλλου κατά τη προσφώνηση των ονομάτων). Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πιθανό να διαφέρουν ανάμεσα στις κουλτούρες και η άγνοια τους μπορεί να επιφέρει εμπόδια στην επικοινωνία. Για παράδειγμα σε κάποιους πολιτισμούς το να κουνάς το κεφάλι πάνω κάτω σημαίνει ότι γνέφεις καταφατικά, ενώ το να κουνάς το κεφάλι δεξιά αριστερά σημαίνει όχι, κινήσεις που έχουν αντίστροφο μήνυμα σε πολλές κουλτούρες.

Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί κατανόηση του ασθενή και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα την ειλικρινή πρόθεση του νοσηλευτή να καταλάβει τι απασχολεί τον ασθενή. Το να κατανοείς μόνο τον ασθενή δεν επαρκεί, αλλά το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει επίσης να μεταφέρει το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Είναι μια αντανάκλαση της γνώση των συμμετεχόντων, του τρόπου σκέψης και αίσθησης και την παρότρυνση αξιοποίησης των δυνατοτήτων τους ³².

Για να είναι οι νοσηλευτές επιτυχημένοι στη δουλειά τους πρέπει να μελετήσουν την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις στην εκπαίδευσή τους με ειδικά μαθήματα και πρακτική άσκηση. Χρειάζονται να μάθουν τις διάφορες πτυχές και εφαρμογές της επικοινωνίας σε διάφορους τομείς της νοσηλευτικής ³⁶. Σε αυτό το πλαίσιο είναι κατανοητό ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στη σημασία της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς και ο νοσηλευτής πρέπει να εστιάσει στις επικοινωνιακές δεξιότητες του.

Επίσης, ένας σημαντικός αρωγός στην επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών κουλτούρων αποτελεί ένα μεγάλο ποσοστό του προσωπικού με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή που εργάζεται στα νοσοκομεία. Στις γλώσσες όμως υπάρχουν πολλές διαφορές λόγω ποικιλίας στις διαλέκτους αλλά σύμφωνα και με έρευνες οι ομοεθνείς ασθενείς είναι πιο απαιτητικοί ασθενείς σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο προσωπικό με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο κατά την άσκηση των καθηκόντων τους³³.

Ιδανικά ο θεσμός του Διαπολιτισμικού Μεσολαβητή, θεσμός ανερχόμενος στην

Ελλάδα, θα λειτουργήσει ως διάυλος επικοινωνίας μεταξύ ατόμων με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή και υπηρεσιών υγείας διασφαλίζοντας θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα³³.

Η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως συναλλαγή και δημιουργία μηνυμάτων. Ολόκληρη η διαδικασία εμφανίζεται σε ένα πλαίσιο που αποτελείται από τον φυσικό χώρο, τις πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες και τις ψυχολογικές συνθήκες³². Η επικοινωνία βοηθά στην απόδοση ακριβούς, συνεπούς και εύκολης νοσηλευτικής εργασίας, διασφαλίζοντας και την ικανοποίηση του ασθενούς και την προστασία της υγείας του επαγγελματία. Όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν εκπαιδεύονται στις δεξιότητες επικοινωνίας, αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στο διαχωρισμό της εργασίας από την προσωπική τους ζωή και τείνουν να μεταφέρουν προβλήματα από ένα στο άλλο³².

Η επικοινωνία είναι ενδογενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης. Η επικοινωνία έχει περιεχόμενο και αξία. Το περιεχόμενο αφορά αυτά που ειπώθηκαν, ενώ η σχέση αφορά το πώς ειπώθηκε. Η φύση της σχέσης εξαρτάται από το πώς κατανοούν τα δύο μέρη την επικοινωνία³². Η επικοινωνία δεν είναι ποτέ μονόδρομη. Είναι μια αλληλεπίδραση στην οποία γίνεται μεταξύ ενός αποστολέα που γίνεται δέκτης και αντίστροφα. Η αποτυχία αναγνώρισης αμφίδρομης επικοινωνιακής ικανότητας, συχνά οδηγεί σε αρνητικά συμπεράσματα και στάσεις³².

Επιπλέον, το μήνυμα που αποστέλλεται δεν είναι το ίδιο με το μήνυμα που λαμβάνεται. Η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων βασίζεται σε μεμονωμένους παράγοντες και υποκειμενικές αντιλήψεις. Αυτό το γεγονός, σε συνδυασμό με τη διαδικασία ανατροφοδότησης κάνει την επικοινωνία. Ερμηνεύουμε κάτι που ακούσαμε όχι σύμφωνα με όσα είπε ο αποστολέας αλλά σύμφωνα με τον δικό μας κώδικα⁴¹. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό να επεξηγούν τους τεχνικούς όρους και ιατρική ορολογία που χρησιμοποιούν κατά την επαφή τους με τους ασθενείς, επειδή συχνά διαπιστώνεται ότι ο ασθενής αποδίδει διαφορετικές ερμηνείες σε αυτό που ακούει ή ακόμη περισσότερο δεν μπορεί να καταλάβει τι εννοούσε ακριβώς ο θεραπευτής, αυξάνοντας έτσι το ψυχικό άγχος, γεγονός που καθιστά πιο δύσκολη την επικοινωνία με τον ασθενή³².

Η επικοινωνία γίνεται και χωρίς λόγια. Είναι μια συνεχής διαδικασία. Αυτή η μη λεκτική επικοινωνία εκφράζεται από τις εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες, στάση και φυσικά εμπόδια όπως απόσταση από τον συνομιλητή⁴³. Είναι σημαντικό να υπάρχει μια συμφωνία μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Ιδιαίτερα υπό στρεσογόνες συνθήκες όπου είναι δύσκολο να δεις τις αλλαγές στα μη λεκτικά μηνύματα των ασθενών, με

τους οποίους επικοινωνούμε ως επί το πλείστον³².

Επίσης στη διαπολιτισμική επικοινωνία σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν ο προσωπικός χώρος .Ο προσωπικός χώρος θεωρείται η απόσταση που αναγκαία πρέπει να τηρείται κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας δύο ή περισσότερων ατόμων η παραβίαση της οποίας συνεπάγεται πιθανή απώλεια της άνεσης, έως και προσβολή του ατόμου. Σε κάποιες χώρες οι άνθρωποι στέκονται σε απόσταση ενός περίπου μέτρου από το συνομιλητή τους και σε άλλες κουλτούρες οι άνθρωποι στέκονται αρκετά κοντά, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αμηχανία σε κάποιον που δεν είναι εξοικειωμένος με αυτή την προσέγγιση³³.

Βασικό στοιχείο διαφορετικότητας μεταξύ των διάφορων πολιτισμών αποτελεί και η βλεμματική επαφή, ως μη λεκτική συμπεριφορά επικοινωνίας. Οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας προέρχονται από μια κουλτούρα που δίνει έμφαση στην οπτική επαφή κατά την διάρκεια της συνομιλίας, αλλά σε άλλες κουλτούρες για παράδειγμα δείχνουν σεβασμό όταν αποφεύγουν να κοιτούν απευθείας στα μάτια το συνομιλητή τους ³³.

Επίσης , οι χειρονομίες και το άγγιγμα του σώματος ενός ανθρώπου είναι ζητήματα εξέχουσας σημασίας κατά την προσέγγιση ενός ασθενή με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι χειρονομίες διαφέρουν σε κάποια πολιτισμικά πλαίσια και είναι καλύτερο να αποφεύγονται. Ενώ αναγνωρίζονται τα πολύ σημαντικά οφέλη που προκύπτουν από την εδραίωση θεραπευτικής σχέσης μέσω της επαφής , η φυσική επαφή με τους ασθενείς μπορεί να κρύβει διαφορετικά μηνύματα στους διάφορους πολιτισμούς .Το πιο εμφανές ζήτημα κατά την επαφή αφορά στην εξέταση ασθενούς διαφορετικού φύλου από τον επαγγελματία υγείας, ιδιαίτερα σε κουλτούρες όπως οι μουσουλμάνοι και οι εβραίοι³³ .

Τέλος, οι πολιτισμοί που έχουν πιο συνεκτικό περιεχόμενο λέξεων (high context cultures) επικοινωνούν μεταξύ τους με έμμεσο και πιο σιωπηρό τρόπο (υπάρχουν πολλές ερμηνείες για αυτά που λένε) , σε αντίθεση με κουλτούρες που το περιεχόμενο των λέξεων είναι πιο χαλαρό (low context cultures) που οι άνθρωποι επικοινωνούν με άμεσο και σαφή τρόπο. Το περιεχόμενο των λέξεων διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο κατά την αποστολή και τη λήψη μηνυμάτων επικοινωνίας³³ .

Μια ακόμη σημαντική πλευρά στην επικοινωνία είναι η ακρόαση. Είναι απαραίτητη στην πρακτική της νοσηλευτικής και απαιτεί συγκέντρωση προσοχής και κινητοποίηση όλων των αισθήσεων για την αντίληψη των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων που εκπέμπονται από κάθε ασθενή. Ακούγοντας τους, οι νοσηλευτές αξιολογούν την κατάσταση και τα προβλήματα του ασθενούς, τους ενισχύουν την αυτοεκτίμησή τους και ενσωματώνουν τόσο τη νοσηλευτική διάγνωση όσο και τη διαδικασία φροντίδας σε όλα τα επίπεδα ³².

Οι καλές προσωπικές σχέσεις περιγράφονται ως η ικανότητα του νοσηλευτή να κάνει ερωτήσεις με καλοσύνη και να παρέχει πληροφορίες με τρόπο που δεν τρομάζει, που δείχνει ενδιαφέρον, δημιουργεί συναισθήματα αποδοχής, εμπιστοσύνης και αρμονικής σχέσης, ειδικά στη σύγχρονη πολυπολιτισμική κοινωνία. Η θεραπευτική σχέση είναι μια σημαντική προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, όχι μόνο για τη μετάδοση πληροφοριών αλλά επιπλέον για να μπορεί αποτελεσματικά να αξιοποιεί την ψυχική κατάσταση που ενεργοποιείται απ' αυτήν. Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών περιλαμβάνουν την ικανότητα να εκφράσουν την ειλικρινή ανησυχία για τη φροντίδα του ασθενούς και ο ασθενής να γίνει κοινωνός αυτού του ενδιαφέροντος³².

Η επικοινωνία μεταξύ υπαλλήλων υγείας - σε αυτήν την περίπτωση νοσηλευτή και ασθενή- είναι μια διαδικασία που ξεκινά με την πρώτη επαφή των δύο και διαρκεί όσο η θεραπευτική σχέση. Ο νοσηλευτής, που θέλει να δημιουργήσει τη σωστή σχέση με τον ασθενή, πρέπει να τον/την κερδίσει από την πρώτη στιγμή. Αυτό θα συμβεί εάν η συνομιλία πραγματοποιείται σε κατάλληλες συνθήκες. Ακόμα κι αν φαίνεται προφανές, πρέπει να σημειωθεί ότι η ευγένεια και η καλοσύνη απαιτείται από το μέρος του νοσηλευτή ³².

Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται άνετα με το νοσηλευτή αλλά και ο ίδιος με τη σειρά του (σ.σ. ο νοσηλευτής) πρέπει να προστατεύει το κύρος του ασθενή και να μην προκαλεί παρεξηγήσεις. Ένα βασικό στοιχείο είναι η ανάγκη για ένα ήρεμο - ειρηνικό περιβάλλον χωρίς συγχύσεις, κάτι που θα διασφαλίσει την κατάλληλη εχεμύθεια στο διάλογο. Συχνά βλέπουμε το φαινόμενο σοβαρών συζητήσεων που πραγματοποιούνται στη μέση του διαδρόμου των εξωτερικών ιατρείων ή κάποιας κλινικής ή σε κάποιο γραφείο του νοσοκομείου, στο οποίο τρίτα άτομα, που δεν σχετίζονται με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ασθενούς, εισέρχονται. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον οι ασθενείς ντρέπονται να εκφραστούν ελεύθερα³².

Δυστυχώς, η έννοια της ιδιωτικής ζωής είναι σχεδόν άγνωστη στο ελληνικό νοσοκομειακό σύστημα. Ειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις γίνονται στους ασθενείς, σε θαλάμους χωρίς παραβάν ή σε διαδρόμους, μπροστά σε άλλους. Οι ασθενείς και οι επισκέπτες των νοσοκομείων μετακινούνται χωρίς περιορισμούς σε όλους τους τομείς της κλινικής. Ωστόσο, εναπόκειται σε εμάς να διδάξουμε στους συναδέλφους μας και ειδικά στους νέους νοσηλευτές και στους ασθενείς τους, το σωστό παράδειγμα, ώστε να αλλάξουν τα πράγματα αργά προς το καλύτερο ³².

Ακόμη περισσότερο από την άνεση του χώρου, η επικοινωνία με τον ασθενή απαιτεί

άφθονο χρόνο. Κάθε ασθενής έχει τον δικό του τρόπο και ρυθμό για να αποκαλύψει το πρόβλημά του, αλλά χρειάζεται λίγο χρόνο για να μάθει τους νοσηλευτές και να νιώσει την απαραίτητη εμπιστοσύνη στο πρόσωπό τους. Ο ασθενής πρέπει να έχει την αίσθηση ότι ο χρόνος - είτε είναι πέντε λεπτά ή μια ώρα - είναι αποκλειστικά δικός του. Ο ασθενής που έχει την αμέριστη προσοχή του νοσηλευτή αποκαλύπτει το πρόβλημά του νωρίτερα, με την ικανοποίηση ότι ο νοσηλευτής ακούει και παρακολουθεί μόνο αυτόν.

Αφού ο νοσηλευτής ακούσει τους ασθενείς, θα πρέπει να τους μιλήσει. Η γλώσσα που θα χρησιμοποιήσει για αυτόν τον σκοπό είναι πολύ σημαντική. Συχνά ο ασθενής βομβαρδίζεται με μεγάλα λόγια με ελάχιστη έως και καθόλου σημασία για αυτόν. Για άλλη μια φορά ο νοσηλευτής μπορεί να απευθύνεται προς τους ασθενείς με ακατανόητο τρόπο. Συχνά οι ασθενείς ντρέπονται για την άγνοιά τους ή είναι διστακτικοί να ζητήσουν μια επεξήγηση, και ως αποτέλεσμα οι συμβουλές είναι ανεπαρκής και δεν οδηγούν στο σωστό αποτέλεσμα για τον ασθενή. Επομένως, η γλώσσα επικοινωνίας θα πρέπει να είναι στο επίπεδο του ακροατή, ο οποίος δεν είναι υποχρεωμένος να έχει τις δικές μας επιστημονικές γνώσεις, αλλά πρέπει να καταλάβει τι του λέμε ³².

Μια άλλη σημαντική προϋπόθεση για την ορθή και επιτυχημένη επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι η ειλικρίνεια και η τιμιότητα. Η συζήτηση με τον ασθενή δεν πρέπει να αφήνει υποψίες, αμφιβολίες και παρεξηγήσεις. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής υποψιάζεται ότι ενώ συζητάμε μαζί του, κάνουμε νοήματα σε έναν συνοδό, θα υποψιάζεται ότι δεν του λέμε ολόκληρη την αλήθεια. Γι' αυτό όπου κρίνουμε ότι υπάρχει η ανάγκη για ξεχωριστή και ιδιωτική συζήτηση με κάποιον από το περιβάλλον του ασθενούς, θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί για τον τόπο, τον τρόπο και την ώρα αυτής της επικοινωνίας, η οποία πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τη συζήτηση με τον ασθενή ³².

Η επικοινωνία όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι αμφίδρομη, αλλά ο νοσηλευτής ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος για τη σωστή τους συμπεριφορά. Ο ασθενής μπαίνει στο διάλογο υπό πίεση από τα συναισθηματικά γεγονότα που αντιμετωπίζει. Επιπλέον, είναι ανάλογα με την ψυχосύνθεση του ασθενή, μπορεί να είναι λίγο ή πολύ ήρεμος. Αντιδράσεις όπως ο θυμός, η δυσπιστία, η γκρίνια, η επιθετικότητα και η άρνηση της πραγματικότητας είναι γνωστοί αμυντικοί μηχανισμοί, οι οποίοι ενεργοποιούνται για να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση που αντιμετωπίζει ³². Ο θυμωμένος ασθενής συνήθως δεν έχει προηγούμενες προσωπικές διαφορές με τους επαγγελματίες υγείας, αν και είναι οι άμεσοι αποδέκτες του θυμού του. Οι τελευταίοι πρέπει να τα κατανοούν και να αποδέχονται τέτοιους μηχανισμούς που εξυπηρετούν το υποκείμενο

άγχος του ασθενούς και να προσπαθούν να ανταποκρίνονται με πληροφορίες, ευαισθητοποίηση και ετοιμότητα να παρέχουν κάθε δυνατή βοήθεια ³².

Τέλος, οι άνθρωποι διαφέρουν στις ανάγκες τους για επικοινωνία. Μερικοί περιμένουν ή απαιτούν ακρόαση από τον ασθενή, χωρίς να νοιάζονται πολύ για τις απαντήσεις. Κάποιοι ασθενείς θέλουν μια συγκεκριμένη εξήγηση για τα πάντα από ότι τους συμβαίνει. Αυτές οι διαφορετικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αναλόγως από τους νοσηλευτές, οι οποίοι θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσουν τι έχει ανάγκη κάθε ασθενής. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποφεύγετε από τους φροντιστές να είναι σιωπηλοί και αδιάφοροι στις ερωτήσεις του ασθενούς. Στις καλύτερες περιπτώσεις, ο ασθενής θα φύγει απογοητευμένος και στη χειρότερη πραγματικά αγανακτισμένος με τους νοσηλευτές ³².

Συμπερασματικά, η επικοινωνία με τον ασθενή είναι ένα ξεχωριστό μέρος του «μεγάλου έργου» της ιατρικής του Ιπποκράτη . Δεν βασίζεται μόνο σε μια έμφυτη ικανότητα που ποικίλλει από άτομο σε άτομο, αλλά στην απαραίτητη εκπαίδευση και εμπειρία που αποκτάται κατά τη διάρκεια της άσκησης. Η ανάγκη για εκπαίδευση στην επικοινωνία έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως. Τα αποτελέσματα αυτού θα είναι να δείξει μεγαλύτερη κατανόηση μεταξύ των ασθενών με μεγαλύτερο όφελος για τους ασθενείς και προσωπική ικανοποίηση των νοσηλευτών στην απόδοση της νοσηλευτικής ³².

Μια ακόμη σημαντική πλευρά είναι πως η καλή επικοινωνία βελτιώνει και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, η οποία φαίνεται στα αποτελέσματα. Επιπροσθέτως, θεωρείται αναφαίρετο δικαίωμα και προϋπόθεση για την οικοδόμηση μιας πραγματικής και ουσιαστικής σχέσης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας ³².

Έτσι, για τη σύγχρονη νοσηλευτική ως υπηρεσία στους ανθρώπους για την υλοποίηση του έργου, υπάρχει η ανάγκη για διάλογο και καλό διαπροσωπικό κλίμα που αναπτύσσεται προσωπικά με κάθε ασθενή , ειδικά στη σύγχρονη πολυπολιτισμική κοινωνία μας. Η βέλτιστη κατάρτιση και συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτών στα θέματα που σχετίζονται με τη σωστή τεχνική επικοινωνίας θα τους επιτρέψει να ανταποκριθούν επαρκώς και ανθρώπινα στις προσδοκίες των ασθενών ³³.

Επομένως, ο όρος διαπολιτισμική επικοινωνία είναι σημαντικός για να επιτρέπεται η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού υγείας και των ασθενών που είναι από διαφορετικούς πολιτισμούς . Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που υποχρεούνται να καταλάβουν το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή για να μπορέσει να διαμορφώσει το πλάνο φροντίδας του με βάση τον πολιτισμό του ασθενούς, τις συνήθειες ακόμη και τα ήθη και τα έθιμα τους.

Τα άτομα πρέπει να είναι εφοδιασμένα με ορισμένες δεξιότητες , έτσι ώστε η διαπολιτισμική επικοινωνία να μπορεί να επιτύχει τους στόχους της και να πραγματοποιηθεί σωστά . Αυτές οι δεξιότητες, που ονομάζονται πολιτιστικές ικανότητες, απαιτούν τη γνώση διαφορετικών πολιτιστικών εθίμων και αξιών, την προσαρμογή των παραδόσεων της κοινωνίας και την ευαισθησία κατά τη φροντίδα.

Είναι προφανές , λοιπόν , ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πολύ προσεχτικοί κατά την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης με ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο αξιολογώντας με σεβασμό και εντάσσοντας στην καθημερινή πρακτική τα ιδιαίτερα στοιχεία της αποτελεσματικής διαπολιτισμικής επικοινωνίας³².

IV. Διαπολιτισμική νοσηλευτική

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική, ιδρύθηκε σαν τομέας πριν από περισσότερα από 50 χρόνια, στόχος της είναι να παρέχει πολιτισμικά σύμφωνη φροντίδα ¹¹ .

Οι επικεφαλίδες ιατρικών θεμάτων του MEDLINE (MeSH) ορίζουν τη διαπολιτισμική νοσηλευτική ως ειδικότητα νοσηλευτικής που δημιουργήθηκε για να απαντήσει στην ανάγκη ανάπτυξης μιας παγκόσμιας προοπτικής στην πρακτική της νοσηλευτικής σε έναν κόσμο αλληλεξαρτώμενων εθνών και ανθρώπων. Το επίκεντρο αυτής της νοσηλευτικής πειθαρχίας είναι η ενσωμάτωση διεθνούς και διαπολιτισμικού περιεχομένου στην εκπαίδευση. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες, τα μαθήματα της νοσηλευτικής περιλαμβάνουν μελέτη στον τομέα των πολιτισμικών διαφορών και διεθνή θέματα υγείας.

Η Madeleine Leininger είναι ιδρυτής και ηγέτης του τομέα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και την ορίζει ως:

«Ένας ουσιαστικός τομέας μελέτης και πρακτικής που επικεντρώνεται σε συγκριτικές αξίες πολιτιστικής φροντίδας (φροντίδα), πεποιθήσεις και πρακτικές ατόμων ή ομάδων παρόμοιων ή διαφορετικών πολιτισμών. Στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να παρέχει συγκεκριμένες και καθολικές πρακτικές νοσηλευτικής περίθαλψης για την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων ή να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν δυσμενείς ανθρώπινες καταστάσεις, ασθένειες ή το θάνατο με πολιτισμικά σημαντικούς τρόπους.» ¹² .

Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές μελετούν τις σχέσεις της πολιτισμικής φροντίδας από

την άποψη της νοσηλευτικής. Διαθέτοντας έναν συνδυασμό εκπαίδευσης και εμπειρίας, παρέχουν γνώσεις, ικανές αλλά και ασφαλής φροντίδα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών. Η μελέτη τους περιλαμβάνει σύμβολα, εκφράσεις και νοήματα πολιτιστικής φροντίδας ¹³. Η έρευνα στη διαπολιτισμική νοσηλευτική επικεντρώνεται στην ανακάλυψη σε μεγάλο βαθμό άγνωστων και αόριστα γνωστών ανησυχιών σχετικά με την πολιτιστική φροντίδα και την υγεία από δύο οπτικές γωνίες: Η οπτική προοπτική επικεντρώνεται στην τοπική κουλτούρα των ιθαγενών και των ντόπιων. Η ηθική προοπτική επικεντρώνεται στον κόσμο των ξένων και ιδιαίτερα στις επαγγελματικές απόψεις ¹⁴.

Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές είναι ειδικοί και σύμβουλοι. Λειτουργώντας σε διαφορετικά περιβάλλοντα κλινικής πρακτικής και σε σχολεία νοσηλευτικής, βοηθούν τους άλλους να γίνουν ευαίσθητοι και γνώστες για διαφορετικές κουλτούρες. Μπορούν να εντοπίσουν πολιτισμούς που παραμελούνται¹⁵ και βοηθούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να αξιολογήσουν τον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετούν, ή αποτυγχάνουν να εξυπηρετήσουν, διαφορετικούς πολιτισμούς σε μια κοινότητα. Ανεξάρτητα από το σκηνικό, οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές δεσμεύονται για την πολιτιστική διαφάνεια, μια δια βίου στάση που προωθεί την πολιτιστική αυτογνωσία και τη συνεχή ανάπτυξη των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων τους ¹⁶, ¹⁷.

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική έχει αναγνωριστεί στη νοσηλευτική και σε άλλους τομείς ως μια από τις σημαντικότερες και αυξανόμενες τάσεις στον 20ο και τον 21ο αιώνα ^{13,15}. Οι ηγέτες των νοσηλευτών ισχυρίζονται ότι η πολιτιστική ευαισθητοποίηση και η διαπολιτισμική φροντίδα γίνονται ολοένα και πιο σημαντικές καθώς ο κόσμος γίνεται έντονα όλο και πιο πολύπλοκος και πολυπολιτισμικός ^{15, 18}.

V. Ιστορία της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής

Η Leininger ήταν η ιδρυτής και ηγέτης αυτής της νέας, ειδικής γνωστικής ειδικότητας στη νοσηλευτική. Η πρώτη επαγγελματίας νοσηλεύτρια με μεταπτυχιακές σπουδές και διδακτορικό στην ανθρωπολογία. Η Leininger πήρε την έννοια «κουλτούρα» από την ανθρωπολογία και την «φροντίδα» από τη νοσηλευτική και αναδιατύπωσε αυτές τις δύο κυρίαρχες έννοιες σε «φροντίδα πολιτισμού»¹⁹. Το πρωτοποριακό της έργο ξεκίνησε με τη θεωρία της «ποικιλομορφίας και καθολικότητας της πολιτιστικής φροντίδας», που τελειοποιήθηκε το 1975 με το εννοιολογικό «μοντέλο ανατολής». Χωρίζει την εξέλιξη της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής σε τρεις εποχές:

- καθιέρωση του αντικειμένου (1955–1975)
- επέκταση προγράμματος και έρευνας (1975-1983)
- καθιέρωση διαπολιτισμικής νοσηλευτικής παγκοσμίως (1983 έως σήμερα)²⁰.

Στην αρχή στα μέσα της δεκαετίας του 1950, δεν υπήρχε πολιτιστική βάση γνώσης για να καθοδηγήσει τις νοσηλευτικές αποφάσεις και δράσεις για την κατανόηση των πολιτιστικών συμπεριφορών ως τρόπου παροχής θεραπευτικής φροντίδας²⁰. Η Leininger έγραψε τα πρώτα βιβλία σε αυτόν τον τομέα και επινόησε τους όρους, «διαπολιτισμική νοσηλευτική» και «πολιτισμικά συνεκτική φροντίδα». Έπειτα, (σ.σ. η Leininger) ανέπτυξε και δίδαξε το πρώτο πανεπιστημιακό μάθημα στη διαπολιτισμική νοσηλευτική το 1966 στο Πανεπιστήμιο του Κολοράντο. Προγράμματα στη διαπολιτισμική νοσηλευτική για την προετοιμασία του μεταπτυχιακού και του διδακτορικού ξεκίνησαν λίγο μετά, στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Σε αναγνώριση της ηγεσίας της, η Leininger τιμήθηκε ως ζωντανός θρύλος της Αμερικανικής Ακαδημίας Νοσηλευτικής το 1998.

Σήμερα, η διαπολιτισμική θεωρία νοσηλευτικής συνεχίζει να επεκτείνεται και να τελειοποιείται^{21,22-26}. Οι πρόσφατες εκπαιδευτικές και θεωρητικές προσεγγίσεις στον τομέα περιλαμβάνουν το μοντέλο διαπολιτισμικής αξιολόγησης²⁷, το μοντέλο συνέπειας κληρονομιάς²⁸, το μοντέλο πολιτιστικής ικανότητας²⁵, το μοντέλο υπηρεσιών υγειονομικής

περίθαλψης²⁹ και την υποστήριξη για την εφαρμογή διαπολιτισμική νοσηλευτική σε κλινικό και κοινοτικό πλαίσιο, καθώς και διαπολιτισμικός οδηγός αξιολόγησης νοσηλευτικής^{22,23}.

VI. Διαπολιτισμικά Μοντέλα Αξιολόγησης

Τα διαπολιτισμικά νοσηλευτικά μοντέλα παρέχουν έναν καλό οδηγό για το νοσηλευτικό προσωπικό για εξοικείωση με την πολιτισμική δομή της κοινωνίας και την αξιολόγηση της. Εκτός από τις μελέτες της Leininger, άλλες μελέτες έχουν διεξαχθεί και άλλα μοντέλα έχουν προταθεί στον τομέα της διαπολιτισμικής φροντίδας από ερευνητές, όπως από τους Purnell, Paulanka, Campinha-Bacote, Andrews, Boyle, Spector και Giger .

Αρχικά θα αναλύσουμε το Διαπολιτισμικό Μοντέλο Αξιολόγησης των Giger και Davidhizar και στην συνέχεια το Διαπολιτισμικό Μοντέλο Αξιολόγησης των Papadopoulos , Tilki και Taylor.

A) Διαπολιτισμικό Μοντέλο Αξιολόγησης των Giger and Davidhizar

Το μοντέλο αναπτύχθηκε το 1988 ως απάντηση στην ανάγκη για φοιτητές νοσηλευτικής σε ένα προπτυχιακό πρόγραμμα για την αξιολόγηση και παροχή φροντίδας σε ασθενείς που ήταν πολιτισμικά διαφορετικοί. Το μοντέλο περιλαμβάνει έξι πολιτιστικά φαινόμενα: επικοινωνία, χρόνος, χώρο, κοινωνική οργάνωση, περιβαλλοντικός έλεγχος και βιολογικές παραλλαγές².

Σήμερα, η τέταρτη έκδοση της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής: Αξιολόγηση και η παρέμβαση , βρίσκεται σε εξέλιξη. Το 1998, ο εκδοτικός οίκος Mosby Yearbook δημοσίευσε ένα συνοδευτικό βιβλίο που απευθύνεται στην Καναδική εθνικότητα². Επιπλέον, εκδόθηκε ένας οδηγός τσέπης από τον Mosby που παρέχει μια γρήγορη, φιλική προς το χρήστη, μορφή για την κατανόηση διαφόρων πολιτιστικών ομάδων . Αυτά τα βιβλία παρέχουν κεφάλαια με έξι πολιτιστικά φαινόμενα και κεφάλαια που αφορούν πολιτιστικές ομάδες που έχουν συνταχθεί από νοσηλευτικό προσωπικό που είναι ειδικοί στον πολιτισμό ή που είναι μέλη της πολιτιστικής ομάδας.

Το διαπολιτισμικό μοντέλου των Giger και Davidhizar προβλέπει ότι κάθε άτομο

είναι πολιτισμικά μοναδικό και πρέπει να αξιολογείται σύμφωνα με τα έξι πολιτιστικά φαινόμενα που αναφέρθηκαν και πιο πάνω, δηλαδή: (α) επικοινωνία, (β) χώρο, (γ) κοινωνική οργάνωση, (δ) χρόνο, (ε) περιβαλλοντικό έλεγχο και (στ) βιολογικές παραλλαγές.

(α) Επικοινωνία: Η επικοινωνία αγκαλιάζει το σύνολο της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης και συμπεριφοράς. Η επικοινωνία είναι το μέσο με το οποίο μεταδίδεται και διατηρείται ο πολιτισμός. Τόσο με την λεκτική όσο και με τη μη λεκτική επικοινωνία μαθαίνεται ένας πολιτισμός. Η επικοινωνία παρουσιάζει συχνά το πιο σημαντικό πρόβλημα στη συνεργασία με ασθενείς με διαφορετικά πολιτιστικά υπόβαθρα

(β) Χώρος: Το διάστημα αναφέρεται στην απόσταση μεταξύ ατόμων όταν αλληλεπιδρούν. Όλη η επικοινωνία πραγματοποιείται στο πλαίσιο του χώρου. Σύμφωνα με τον Hall, υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές ζώνες διαπροσωπικού χώρου: οικεία, προσωπική, κοινωνική και συμβουλευτική. Οι κανόνες που αφορούν την προσωπική απόσταση ποικίλλουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Η εδαφικότητα αναφέρεται σε συναισθήματα ή μια στάση απέναντι στον προσωπικό τομέα. Κάθε άτομο έχει τη δική του εδαφική συμπεριφορά. Συναισθήματα εδαφικότητας ή παραβίασης του προσωπικού και οικείου χώρου του ασθενή μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση της θεραπείας από τον ασθενή ή να μην επιστρέψει για περαιτέρω φροντίδα.

(γ) Κοινωνική οργάνωση: Η κοινωνική οργάνωση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο μια πολιτιστική ομάδα οργανώνεται γύρω από την οικογενειακή ομάδα. Η οικογενειακή δομή και οργάνωση, οι θρησκευτικές αξίες και πεποιθήσεις και οι αναθέσεις ρόλων μπορεί να σχετίζονται με την εθνικότητα και τον πολιτισμό.

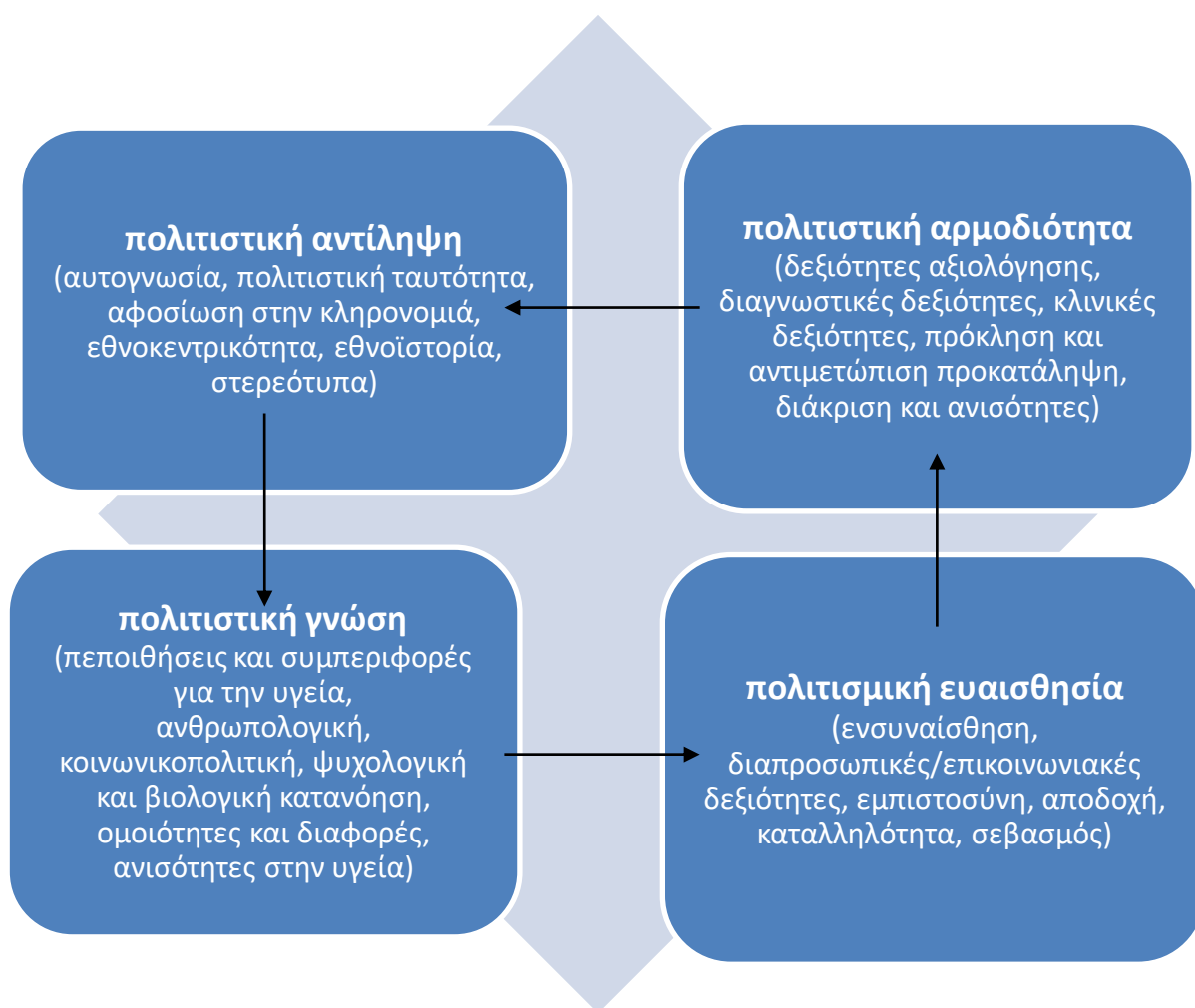
(δ) Χρόνος: Ο χρόνος είναι μια σημαντική πτυχή της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Οι πολιτιστικές ομάδες μπορεί να ανήκουν στο παρελθόν, το παρόν ή στο μέλλον. Η προληπτική υγειονομική περίθαλψη απαιτεί κάποιο μελλοντικό προσανατολισμό στο χρόνο, επειδή οι προληπτικές ενέργειες παρακινούνται από κάποια μελλοντική επιβράβευση.

(ε) Περιβαλλοντικός έλεγχος: Ο περιβαλλοντικός έλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τη φύση και να σχεδιάζει τους άμεσους παράγοντες στο περιβάλλον του που τον επηρεάζουν.

(στ) Βιολογικές παραλλαγές: Βιολογικές διαφορές, ειδικά γενετικές παραλλαγές, υπάρχουν μεταξύ ατόμων σε διαφορετικές φυλετικές ομάδες. Είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι

διαφέρουν πολιτισμικά. Λιγότερο αναγνωρισμένες και κατανοητές είναι οι βιολογικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων σε διάφορες φυλετικές ομάδες. Υπάρχει τόσο μεγάλη ποικιλομορφία στις πολιτιστικές και τις φυλετικές ομάδες. Η γνώση γενικών βασικών δεδομένων σε σχέση με τη συγκεκριμένη πολιτιστική ομάδα είναι ένα εξαιρετικό σημείο εκκίνησης για να παρέχει την κατάλληλη πολιτισμική φροντίδα.

B) Διαπολιτισμικό Μοντέλο Αξιολόγησης των Papadopoulos , Tilki and Taylor



Το μοντέλο αποτελείται από τέσσερα στάδια όπως φαίνεται παραπάνω. Το πρώτο στάδιο του μοντέλου είναι η **πολιτιστική αντίληψη** που ξεκινά με μια εξέταση

των αξιών και πεποιθήσεών μας. Η φύση της οικοδόμησης της πολιτιστικής ταυτότητας καθώς και η επιρροή της στους ανθρώπους. Οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές για την υγεία θεωρούνται απαραίτητες σανίδες μιας πλατφόρμας μάθησης. Η φύση κατασκευής πολιτισμικής ταυτότητας όπως και η επίδραση της στις αντιλήψεις και τις πρακτικές του κόσμου για την υγεία θεωρούνται απαραίτητα σκαλοπάτια μιας πλατφόρμας μάθησης.

Η **πολιτιστική γνώση**, το δεύτερο στάδιο, μπορεί να αποκτηθεί με διάφορους τρόπους. Σημαντική επαφή με άτομα από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορούν να βελτιώσουν τις γνώσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους στην υγεία καθώς και να κατανοήσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Μέσω της κοινωνιολογικής μελέτης οι μαθητές ενθαρρύνονται να μάθουν για την εξουσία, όπως την επαγγελματική δύναμη και τον έλεγχο, ή να κάνουν συνδέσμους μεταξύ προσωπικών θέσεων και διαρθρωτικών ανισοτήτων.

Ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη **πολιτιστικής ευαισθησίας**, το τρίτο στάδιο, είναι ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες βλέπουν τους ανθρώπους στη φροντίδα τους. Εκτός αν οι ασθενείς θεωρούνται αληθινοί συνεργάτες, δεν επιτυγχάνεται πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα. Το αντίθετο σημαίνει ότι οι επαγγελματίες χρησιμοποιούν τη δύναμή τους με καταπιεστικό τρόπο. Οι ισότιμες συνεργασίες περιλαμβάνουν εμπιστοσύνη, αποδοχή και σεβασμό καθώς και αρωγή και διαπραγμάτευση.

Η επίτευξη του τέταρτου σταδίου, **πολιτιστική αρμοδιότητα**, απαιτεί τη σύνθεση και την εφαρμογή που προηγουμένως απέκτησε, συνειδητοποίηση, γνώση και ευαισθησία. Περαιτέρω έμφαση δίνεται σε πρακτικές δεξιότητες όπως αξιολόγηση των αναγκών, κλινική διάγνωση και άλλες δεξιότητες φροντίδας. Ένα πιο σημαντικό συστατικό αυτού του σταδίου της ανάπτυξης είναι η ικανότητα αναγνώρισης της πρόκλησης του ρατσισμού και άλλων μορφών διακρίσεων και καταπιεστικής πρακτικής. Αυτό το μοντέλο συνδυάζει τόσο την πολυπολιτισμική όσο και την αντιρατσιστική προοπτική και διευκολύνει την ανάπτυξη μιας ευρύτερης κατανόησης σχετικά με τις ανισότητες, τα δικαιώματα του ανθρώπου και την ιθαγένεια, προωθώντας ταυτόχρονα την ανάπτυξη δεξιοτήτων που απαιτούνται για να επιφέρει αλλαγές σε επίπεδο ασθενούς³⁴.

Συμπερασματικά, η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι μια ουσιαστική πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης σήμερα και αναπτύχθηκε λόγω της ανάγκης παροχής φροντίδας σε ανθρώπους από πολλούς διαφορετικούς πολιτισμούς. Σε κάθε δομή που εργάζεται, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τόσο τις πολιτιστικές ιδιότητες των ασθενών/υγιών ατόμων, των οικογένειές τους καθώς και το πρωτόκολλο του ιδρύματος που

εργάζονται. Καθώς η πολιτιστική πολυμορφία έχει εκφάνσεις σε κάθε πτυχή της ζωής, καθώς επηρεάζει άμεσα τις πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης⁴⁵.

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ορίζεται ως ένας επίσημος τομέας της μελέτης και της πρακτικής που επικεντρώνεται στην ανθρώπινη φροντίδα σχετικά με τις διαφορές και ομοιότητες στις πεποιθήσεις, στις αξίες και στον τρόπο ζωής στον εκάστοτε πολιτισμό. Επιπλέον, παρέχεται σύμφωνα με τον πολιτισμό τους, ουσιαστική και ευεργετική υγειονομική περίθαλψη. Αυτό απαιτεί από το νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίσουν και να εκτιμήσουν τις πολιτιστικές διαφορές στην υγειονομική περίθαλψη, στις αξίες, στις πεποιθήσεις και στα έθιμα.

Οι νοσηλευτές / τριες πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες στην πολιτισμική επάρκεια. Η πολιτιστικά ικανή νοσηλευτική περίθαλψη βοηθά στη διασφάλιση της ικανοποίησης του ασθενούς και του θετικού αποτελέσματος. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επωφεληθούν από πολλούς οδηγούς και μοντέλα ενώ μπορούν να κάνουν και πολιτισμική αποτίμηση⁴⁶.

VII. Αποτελέσματα από αντίστοιχες έρευνες

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η παρούσα εργασία αφορά μια έρευνα που έγινε για την διαπολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας στον Όμιλο Animus. Αντίστοιχες έρευνες υπάρχουν τόσο σε διεθνή όσο και σε ελληνική βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, σε έρευνα που έγινε για να προσδιοριστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου, του CCCQ-G συγκεκριμένα, των Apostolaraet. al. (2016) φάνηκε να κατακτούν υψηλότερες βαθμολογίες οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παρακολουθήσει διαπολιτισμικά μαθήματα υγείας³⁷.

Η εγκυρότητα του παραπάνω ερωτηματολογίου, του C.C.C.Q, έχει αποδεχθεί και δοκιμαστεί επιτυχώς σε πολλές περιστάσεις και γι' αυτό και χρησιμοποιήθηκε και στην έρευνα των Mareno, N. et. al. (2013) που έλαβε χώρα στις Η.Π.Α.. Προκύπτει μάλιστα, από την έρευνα, ότι η αξιολόγηση των επιπέδων πολιτιστικής ικανότητας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η βάση για την επέκταση των εκπαιδευτικών ευκαιριών που στοχεύουν στη βελτίωση της πολιτιστικής ευαισθητοποίησης, των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της άνεσης κατά τη διάρκεια συναντήσεων ασθενών ή και της οικογένειας³⁵.

Σε έρευνα που έγινε από τους Seeleman, C. et. al. (2014) σε Πανεπιστήμιο της

Ατλάντα, έδειξε ότι πρέπει να γίνουν βελτιώσεις στα εκπαιδευτικά προγράμματα εστιάζοντας στην καλύτερη κατανόηση και την βελτίωση της ευαισθησίας στην ποικιλομορφία της συμπεριφοράς διαβούλευσης ως προς την πολυπολιτισμικότητα των ασθενών.

Στην ερευνητική εργασία των Μπουτσιούκα Ε. κ.ά. (2017), απευθυνόμενη σε φοιτητές νοσηλευτικής με σκοπό να εξεταστούν οι παράμετροι γνώσης, δεξιοτήτων, ικανοτήτων και στάσεων σχετικά με την φροντίδα ατόμων διαφορετικής κουλτούρας αλλά και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αξιολογούσαν με υψηλότερα επίπεδα στις παραμέτρους όσοι είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (μεταπτυχιακό), κλινική εμπειρία, παρακολούθηση σεμιναρίων καθώς είχαν και θετικότερες στάσεις. Επομένως, για μια αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ατόμων διαφορετικής προέλευσης χρειάζεται η εκπαίδευση στη διαπολιτισμική φροντίδα καθώς και γνώσεις και δεξιότητες που απορρέουν από αυτήν⁴⁷.

Μια ακόμη έρευνα στην οποία μπορούμε να αναφερθούμε είναι του Μανομενίδη Γ. (2009), δημοσιευμένη στο iatrotekon-line, φαίνεται ότι σε Νοσοκομεία Δυτικής Μακεδονίας η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και οι βοηθοί νοσηλευτών είναι στην πλειοψηφία τους αρκετά εξοικειωμένοι με πολιτισμούς διαφορετικών πολιτισμικών προελεύσεων. Η έρευνα έδειξε ότι οι μισοί σχεδόν από αυτούς που πήραν μέρος στα ερωτηματολόγια δήλωσαν ότι γνώριζαν τα δημογραφικά και κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία τους σχετικά καλά⁴⁸.

Στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα αναλυθεί εάν και κατά πόσο βοηθάει η πραγματοποίηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας ή workshops. Σε έρευνα του Shepherd, S. (2019), αποδεικνύεται ότι χάρη σ' αυτά τα σεμινάρια ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί πράγματι να έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, λιγότερη μεροληψία, μικρότερα ποσοστά ρατσιστικών συμπεριφορών και μεγαλύτερη κατανόηση των ασθενών από διαφορετικές κουλτούρες⁴². Αντίστοιχα και από την έρευνα των Smedley BD et. al. (2002), είναι φανερό πως τέτοια σεμινάρια έχουν ως σκοπό την εισαγωγή και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικούς τρόπους ζωής, απόψεις, έθιμα, ιδανικά, νόμους κτλ⁴¹.

Εκτός από τα σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας και workshop, είναι σημαντικό όλοι οι άνθρωποι να έρχονται σ' επαφή με μαθήματα για τη Διαπολιτισμική συμπεριφορά καθώς δεν είναι μόνο οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σ' επαφή με ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς. Τα μαθήματα αυτά θα μπορούσαν να γίνονται από το σχολείο ακόμη. Βλέπουμε ότι στην έρευνα των Okoro, O., et. al. (2012), που διεξήχθη σε δύο Πανεπιστήμια Φαρμακευτικής της Φλόριντας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων από το

Πανεπιστήμιο FAMU δήλωσε ότι είχε έρθει σε επαφή με Διαπολιτισμικά μαθήματα στο Πρόγραμμα Σπουδών του σχολείου τους, σε αντίθεση με τους φοιτητές του Πανεπιστημίου UFL που λιγότερο από το 3/10 είχαν κάποιο μάθημα Διαπολιτισμικής Συμπεριφοράς στο σχολείο τους και σχεδόν το 1/10 είχε κάποια επαφή εκτός του σχολείου. Σαν αποτέλεσμα της έρευνας προκύπτει ότι η διδασκαλία αντίστοιχων μαθημάτων στο πρόγραμμα σπουδών, σ' όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, βελτιώνει την πολιτιστική ικανότητα και προτείνεται να μπει στις βαθμίδες του σχολείου καθώς μπορεί να μην είναι όλοι ικανοί να παρακολουθήσουν κάποιο αντίστοιχο εξωσχολικό σεμινάριο ³⁹.

Εν κατακλείδι, μια έρευνα που αποδεικνύει πως προγράμματα διαπολιτισμικής συμπεριφοράς βοηθούν, είναι αυτή των Liu, et. al. (2015). Ανάμεσα σε φοιτητές νοσηλευτικής και φαρμακευτικής, αποδείχθηκε ότι τα ποσοστά τους στις υποκλίμακες κλινικής πολιτιστικής ικανότητας που συμπεριλαμβάνουν τις γνώσεις, τη στάση μαθητών, το επίπεδο άνεσης και τις αντιληπτές δεξιότητες, αυξήθηκαν σημαντικά ⁴⁴.

VIII. Λίγα λόγια για τον Όμιλο Animus A. E.

Ο όμιλος ANIMUS ξεκίνησε να λειτουργεί από το 2008 στην πόλη της Λάρισας, παρέχοντας τις υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας στο «Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Animus». Παρέχει υπηρεσίες για βαρέως πάσχοντες ασθενείς, προερχόμενοι από τις μονάδες εντατικής θεραπείας νοσοκομείων, με τα εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα και τη χρήση ρομποτικού εξοπλισμού. Ο όμιλος ANIMUS δημιούργησε τον Οκτώβριο του 2014 την κλινική «Animus Κυανούς Σταυρός», που διαθέτει παθολογική, χειρουργική κλινική, χειρουργεία, ΜΕΘ καθώς και τα αντίστοιχα τμήματα για μικροβιολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις.

Στόχοι του Κέντρου Αποκατάστασης ANIMUS είναι:

- η βελτίωση της σωματικής, συναισθηματικής, ψυχολογικής και νοητικής κατάστασης των ανθρώπων που χρειάζονται αποκατάσταση της υγείας τους μετά από σοβαρή ασθένεια, ατύχημα κλπ.
- η επίτευξη του μέγιστου δυνατού βαθμού αυτονομίας, ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης

- η βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους
- η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη και δραστηριοποίηση τους.

Ο Όμιλος απασχολεί περίπου 400 εργαζομένους , σε διάφορες ειδικότητες , όπως: νοσηλευτικό προσωπικό από διάφορες βαθμίδες , φυσικοθεραπευτές , υδροθεραπευτές / γυμναστές , κοινωνική λειτουργός , διαιτολόγοι / διατροφολόγοι , λογοθεραπευτές , ψυχολόγοι , προσωπικό επιμέλειας και γραμματειακής υποστήριξης καθώς και λογιστές, εξαιρούνται οι ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων .

Τέλος , ο Όμιλος Animus A. E. δεν διαθέτει κάποιον κανονισμό Διαπολιτισμικής συμπεριφοράς .

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

i. Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού της πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας (ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό), που εργάζονται στον Όμιλο του Animus A. E. . Ο όμιλος αυτός επρόκειτο για ένα ίδρυμα μεγάλων διαστάσεων που εξυπηρετεί ασθενείς χρόνιων αλλά και οξέων νοσημάτων από ποικίλες χώρες και πολιτισμούς. Γι αυτό το λόγο και επιλέχθηκε, καθώς προσδίδει ένα αξιοσημείωτο δείγμα πληθυσμού της ιατρικής κοινότητας για το σκοπό που διεξάγεται η έρευνα. Τα αποτελέσματα που θα παράξει το μεγάλο αυτό δείγμα των εργαζομένων του συγκεκριμένου ομίλου θα προσφέρει στον ερευνητή αυτοπεποίθηση για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, όσον αφορά την θέση της σε μεγάλη κλίμακα πληθυσμού.

Από την παρούσα μελέτη αναμένουμε να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με την γνώση, τις δεξιότητες, την διαχείριση των Διαπολιτισμικών καταστάσεων καθώς και για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των επαγγελματιών Υγείας στους οποίους απευθυνθήκαμε.

Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα βοηθήσουν στην ενημέρωση και την προαγωγή της διαπολιτισμικής επάρκειας, πρώτα και κύρια των ιατρών και νοσηλευτών του Ομίλου Animus A.E. .

Πληθυσμός στόχος

Επαγγελματίες υγείας. Ως επαγγελματίες υγείας αναφέρονται οι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό.

Πληθυσμός πρόσβασης

Επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό) που εργάζονται στον Όμιλο του Animus A.E. .

Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

Κριτήρια ένταξης

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ηλικίας 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ηλικίας κάτω των 18 ετών.
- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

Ερευνητική διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον Όμιλο του Animus A.E. . 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) και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο στο Ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από 62 ερωτήσεις με τις παρακάτω 6 θεματικές ενότητες:

- 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.
- Γνώση.
- Δεξιότητες.
- Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων.
- Πολιτισμική συνειδητοποίηση.

- Εκπαίδευση και κατάρτιση.

-

Σύμφωνα με τους Marengo, Hart&Vanbrackle ³⁵, το C.C.C.Q έχει δοκιμαστεί επιτυχώς σε πολλές περιστάσεις και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δικής τους έρευνας, το ερωτηματολόγιο έχει ισχυρή εγκυρότητα στην εντόπιση αλλά και ορθή αξιολόγηση της διαπολιτισμικής επάρκειας σε ιατρικό προσωπικό. Ως εκ τούτου και επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, ως κατάλληλο εργαλείο.

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.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι θεματικές ενότητες: α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά, β) Γνώση, γ) Δεξιότητες, και δ) Εκπαίδευση και κατάρτιση.

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 (α), 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 μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη

Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial.

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.

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 του δείγματος.

Να σημειωθεί βέβαια πως, σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου η δειγματοληψία ευκολίας ενώ είναι κατάλληλη ώστε να αποφευχθεί μεροληψία του ερευνητή ή της ερευνητικής διαδικασίας, τα αποτελέσματα που προσφέρει υπάρχει κίνδυνος να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για το γενικό πληθυσμό, κάτι το οποίο ισχύει για όλα τα αποτελέσματα μη-τυχαίων δειγματοληψιών³⁶.

ii. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 117 άτομα (76 γυναίκες και 41 άνδρες), μέσης ηλικίας 32.8 έτη (sd = 8.98) και διάμεσης ηλικίας τα 29 έτη. Περίπου έξι στα δέκα άτομα δήλωσαν άγαμα. Λόγω του ότι τα διαζευγμένα και σε χηρεία άτομα κατέχουν πολύ μικρό ποσοστό, στο σύνολο των συμμετεχόντων, στις αναλύσεις συσχέτισης δεν θα συνυπολογιστούν ώστε να μην υπάρξουν λανθασμένα αποτελέσματα.

Ξένες γλώσσες μιλάει η συντριπτική πλειοψηφία (81.2 %). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, σχεδόν τα μισά άτομα είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης και τα υπόλοιπα μοιράζονται στη δευτεροβάθμια και πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Ένα στα τρία άτομα έχει ζήσει σε χώρα του εξωτερικού και ένα στα τέσσερα έχει παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας.

Τέλος, οκτώ στα δέκα άτομα έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

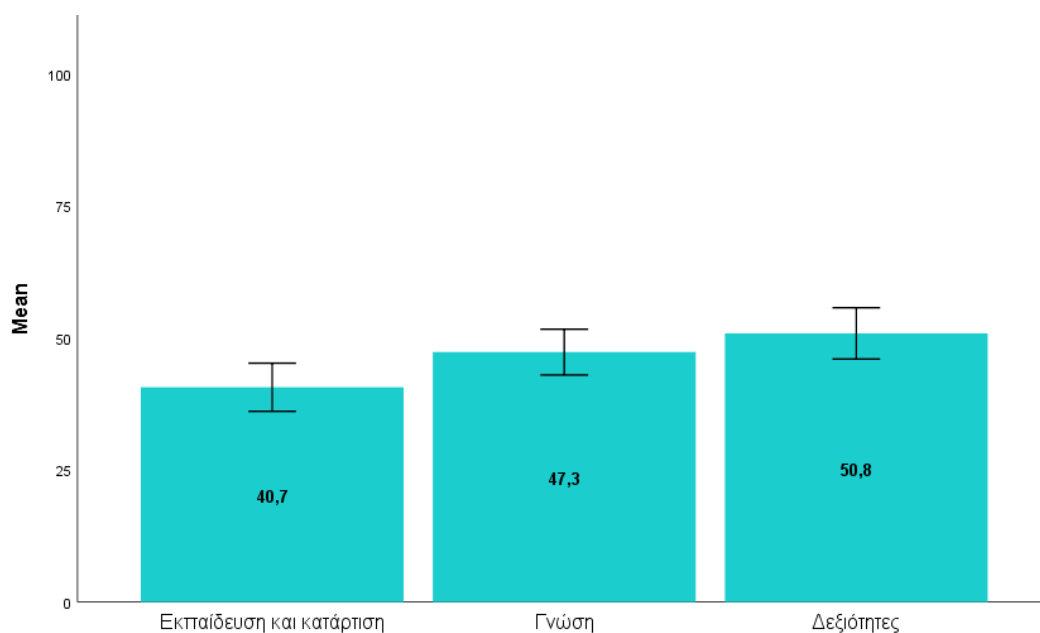
Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		N	N %
Φύλο	Γυναίκα	76	65.0
	Άντρας	41	35.0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	68	58.1
	Έγγαμος/ η	43	36.8
	Διαζευγμένος/ η	5	4.3
	Χήρος/ α	1	.9
Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά;	Όχι	22	18.8
	Ναι	95	81.2
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΔΕ	31	26.5
	ΤΕ	48	41.0
	ΠΕ	38	32.5
Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας	Όχι	78	66.7
	Ναι	39	33.3
Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;	Όχι	90	76.9
	Ναι	27	23.1
Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;	Όχι	21	17.9
	Ναι	96	82.1

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των υποκλιμάκων ΓΝΩΣΗ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, και ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα). Σε ό, τι αφορά την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση αρνητικής κλιμάκωσης (47.3%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο (50.8%). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο-χαμηλό επίπεδο (40.7%).

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

	Mean	Standard Deviation	Minimum	Median	Maximum
Γνώση	47.3	23.7	0	45.0	100
Δεξιότητες	50.8	26.6	0	53.3	100
Εκπαίδευση και κατάρτιση	40.7	24.9	0	37.5	100



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

Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί 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 υπό μελέτη υποκλίμακες κρίνονται ως ιδιαίτερα υψηλής αξιοπιστίας. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με άλλες έρευνες όπου μετρήθηκε η εσωτερική αξιοπιστία του C.C.C.Q.όπως αυτή των Apostolara et. al. (2016) και βρέθηκε πως η αξιοπιστία του κρίθηκε ως υψηλή και οι ερευνητές το πρότειναν προς χρήση και σε άλλες μελλοντικές έρευνες³⁷.

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

	Cronbach's Alpha	N of Items
<i>Γνώση</i>	.917	10
<i>Δεξιότητες</i>	.967	15
<i>Εκπαίδευση και κατάρτιση</i>	.713	4

Συσχετίσεις

Ηλικία

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, η συνεχής μεταβλητή της ηλικίας δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή. Επίσης, η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot» έδειξε ότι δεν μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας. Τέλος, δεν κατέστη εφικτή η αντιμετώπιση της παραβίασης της Κανονικότητας μέσω κάποιας συνάρτησης μετασχηματισμού. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, ανάμεσα στην ηλικία και στις βαθμολογίες (σε εκατοστιαία διαβάθμιση) των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q., έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης «Spearman ρ».

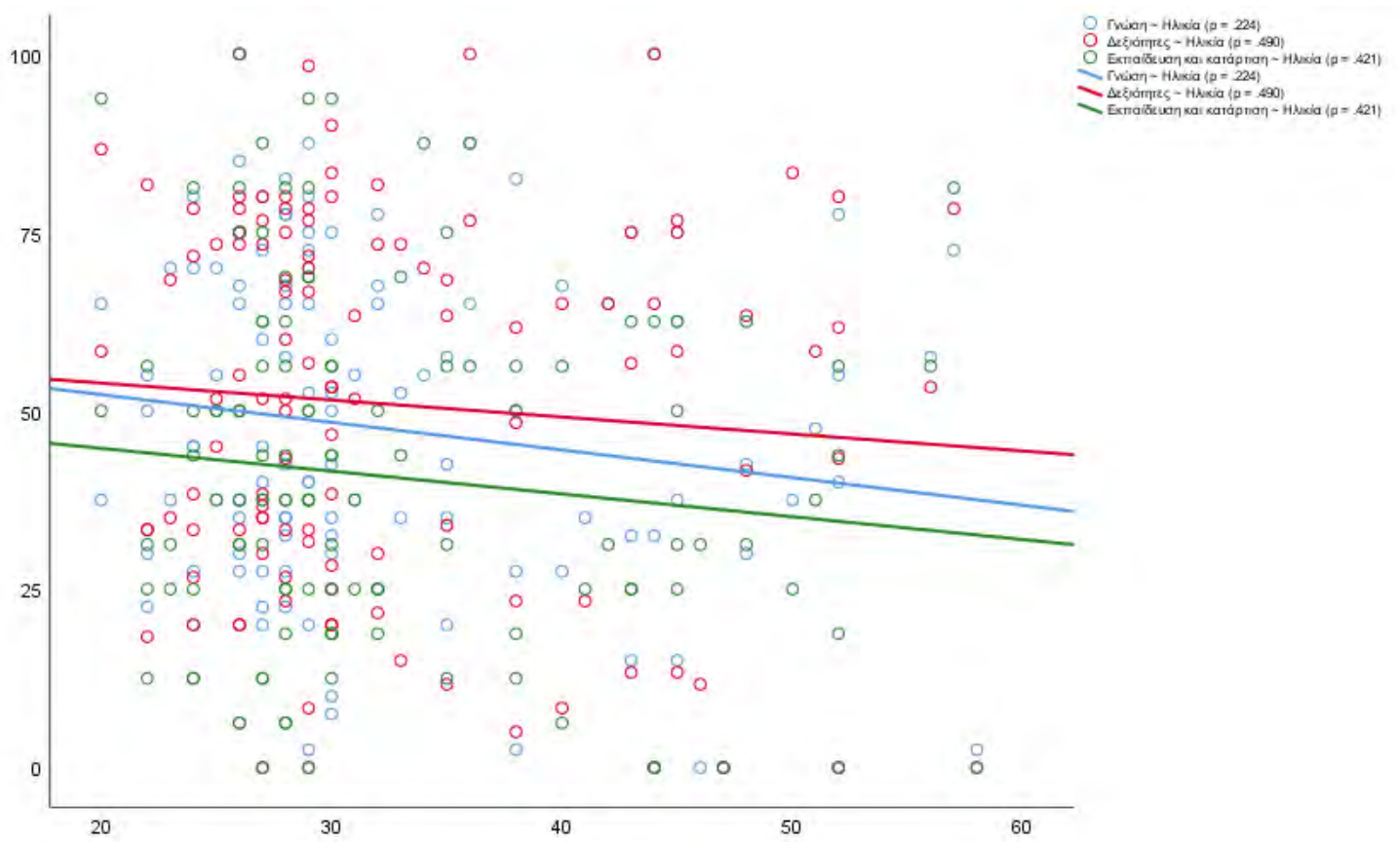
Tests of Normality

	Kolmogorov -Smirnova			Shapiro - Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Ηλικία	.228	117	.000	.875	117	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι καμία υποκλίμακα δεν σχετίζεται με την ηλικία.

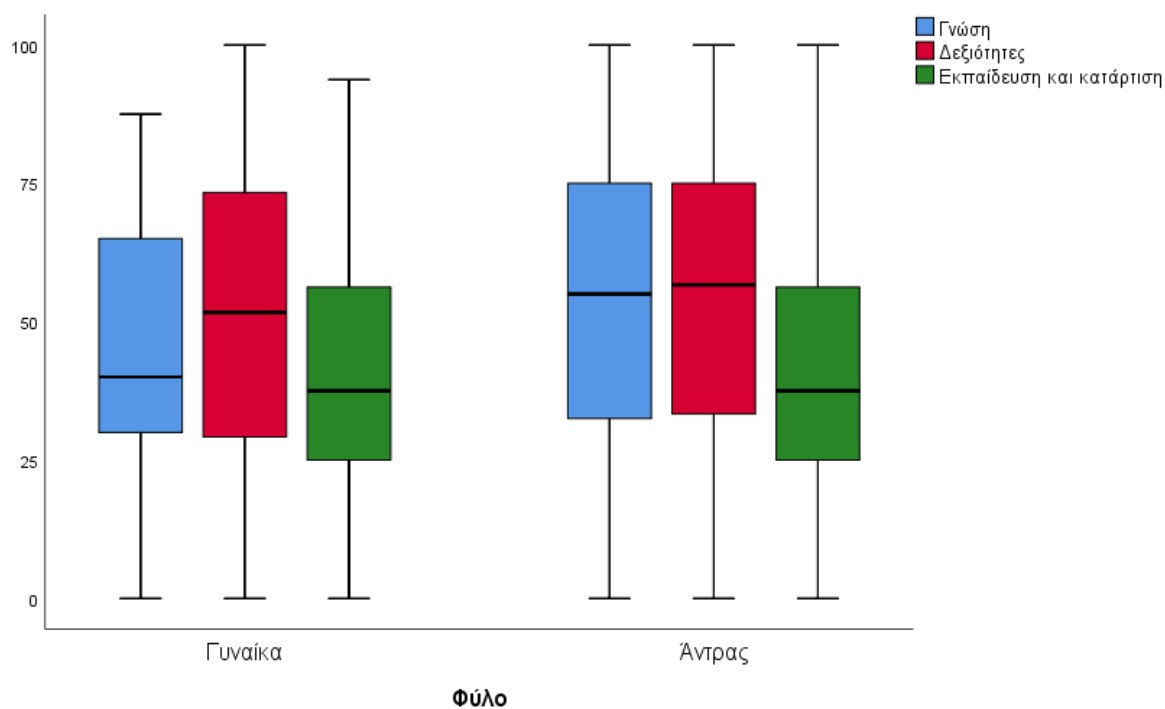
		Ηλικία	
Spearman'srho	Γνώση	Correlation Coefficient	-.113
		Sig. (2-tailed)	.224
		N	117
	Δεξιότητες	Correlation Coefficient	-.065
		Sig. (2-tailed)	.490
		N	117
	Εκπαίδευση και κατάρτιση	Correlation Coefficient	-.075
		Sig. (2-tailed)	.421
		N	117



Φύλο

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι καμία υποκλίμακα δεν σχετίζεται με το φύλο.

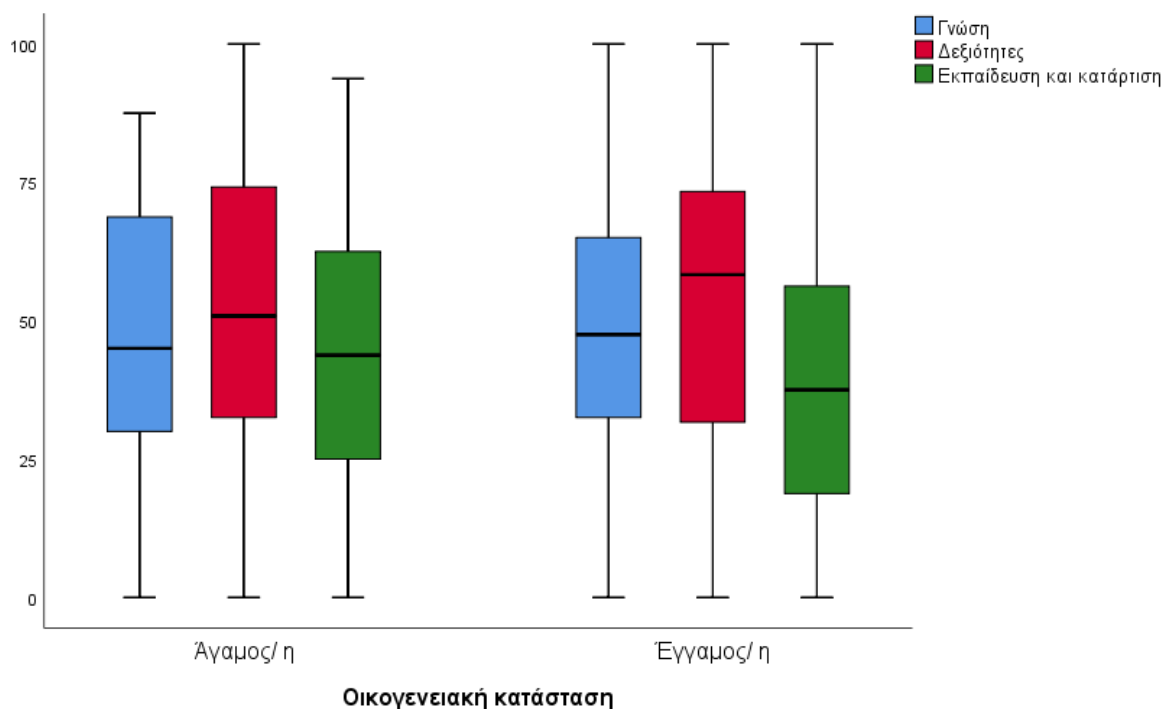
		Φύλο
Γνώση	Point Biserial Correlation	.131
	Sig. (2-tailed)	.159
	N	117
Δεξιότητες	Point Biserial Correlation	.056
	Sig. (2-tailed)	.552
	N	117
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point Biserial Correlation	.015
	Sig. (2-tailed)	.872
	N	117



Οικογενειακή κατάσταση (μόνο για άγαμα και έγγαμα άτομα)

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι καμία υποκλίμακα δεν σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση.

		Οικογενειακή κατάσταση
Γνώση	Point Biserial Correlation	-.027
	Sig. (2-tailed)	.779
	N	111
Δεξιότητες	Point Biserial Correlation	.007
	Sig. (2-tailed)	.945
	N	111
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point Biserial Correlation	-.145
	Sig. (2-tailed)	.130
	N	111

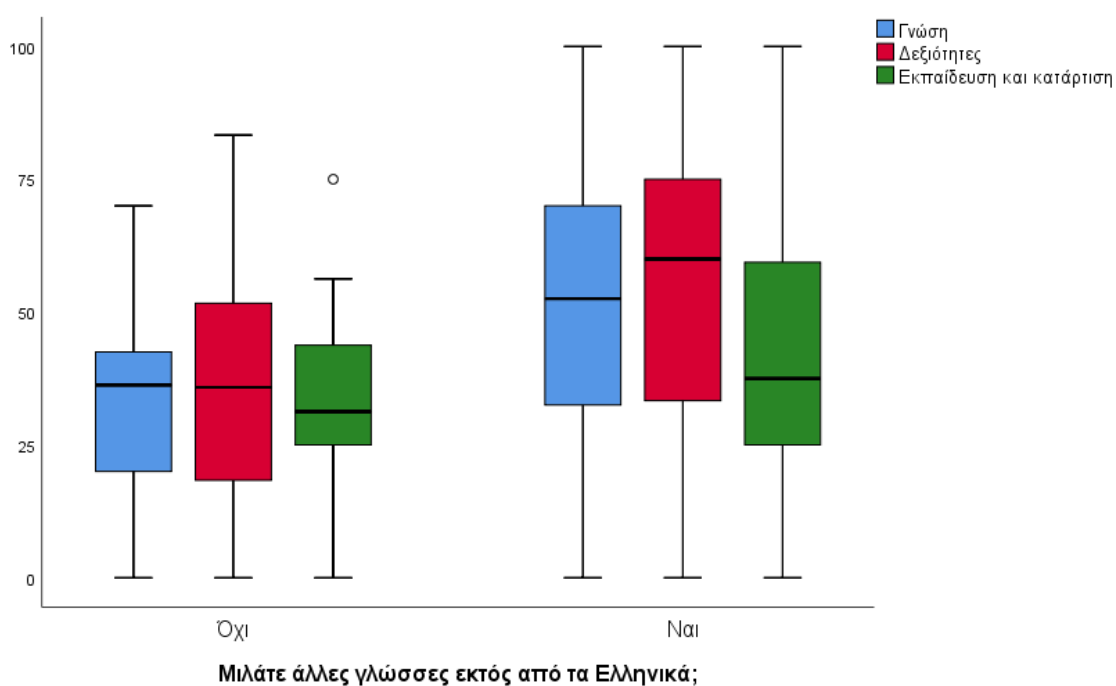


Ξένες γλώσσες

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι οι υποκλίμακες Γνώση και Δεξιότητες σχετίζονται με τη γλωσσομάθεια. Συγκεκριμένα τα άτομα που γνωρίζουν ξένες γλώσσες έχουν καλύτερες μέσες βαθμολογίες στις κλίμακες Γνώση ($r_{pb}(117) = .309, p = .001$) και Δεξιότητες ($r_{pb}(117) = .239, p = .010$).

Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα Ελληνικά;

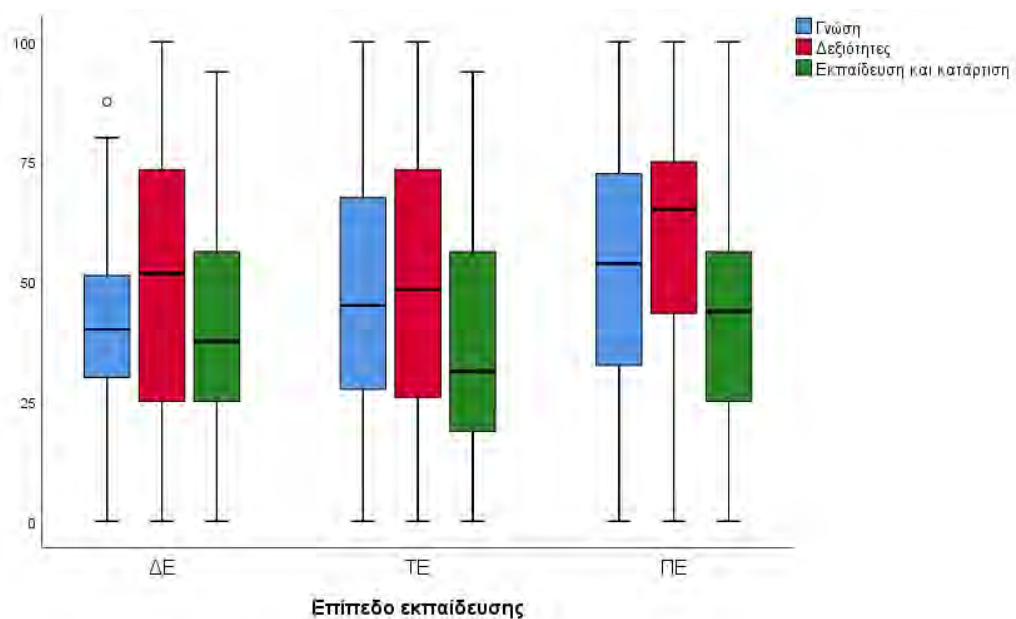
Γνώση	Point Biserial Correlation	.309**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	117
Δεξιότητες	Point Biserial Correlation	.239**
	Sig. (2-tailed)	.010
	N	117
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point Biserial Correlation	.160
	Sig. (2-tailed)	.084
	N	117



Εκπαιδευτικό επίπεδο

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι καμία υποκλίμακα δεν σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης.

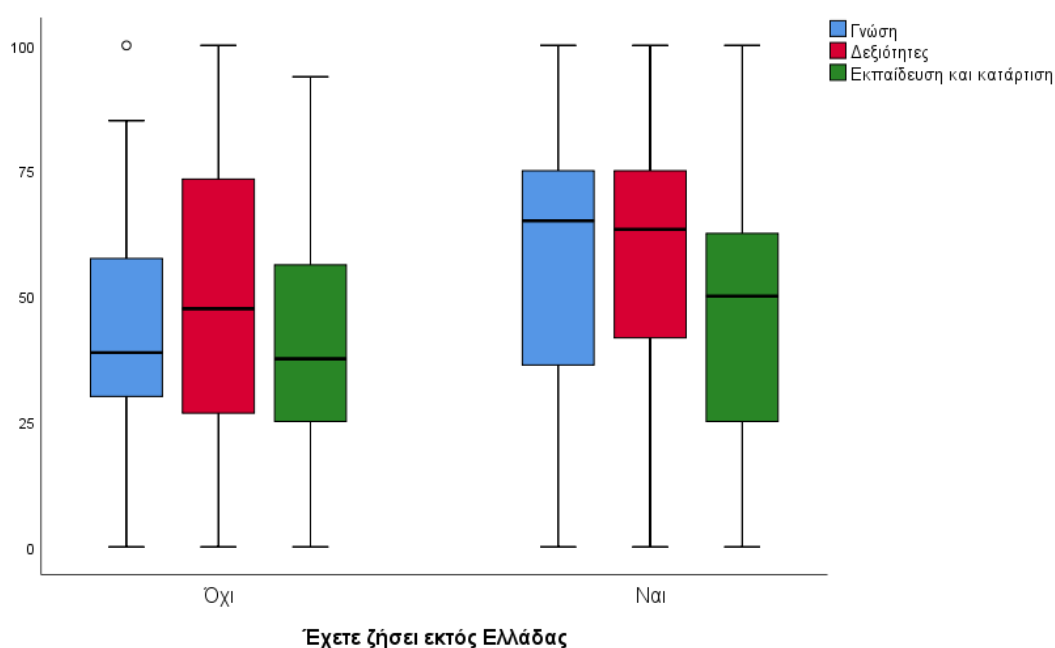
		Επίπεδο εκπαίδευσης	
Spearman'srho	Γνώση	Correlation Coefficient	.172
		Sig. (2-tailed)	.064
		N	117
	Δεξιότητες	Correlation Coefficient	.124
		Sig. (2-tailed)	.182
		N	117
	Εκπαίδευση και κατάρτιση	Correlation Coefficient	.091
		Sig. (2-tailed)	.329
		N	117



Διαβίωση σε χώρα του εξωτερικού

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι μόνο η υποκλίμακα Γνώση σχετίζεται με τη διαβίωση σε χώρα του εξωτερικού. Συγκεκριμένα τα άτομα που έχουν διαβιώσει, κάποιο χρονικό διάστημα, σε χώρα του εξωτερικού έχουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία της υποκλίμακας Γνώση ($r_{pb}(117) = .280, p = .002$).

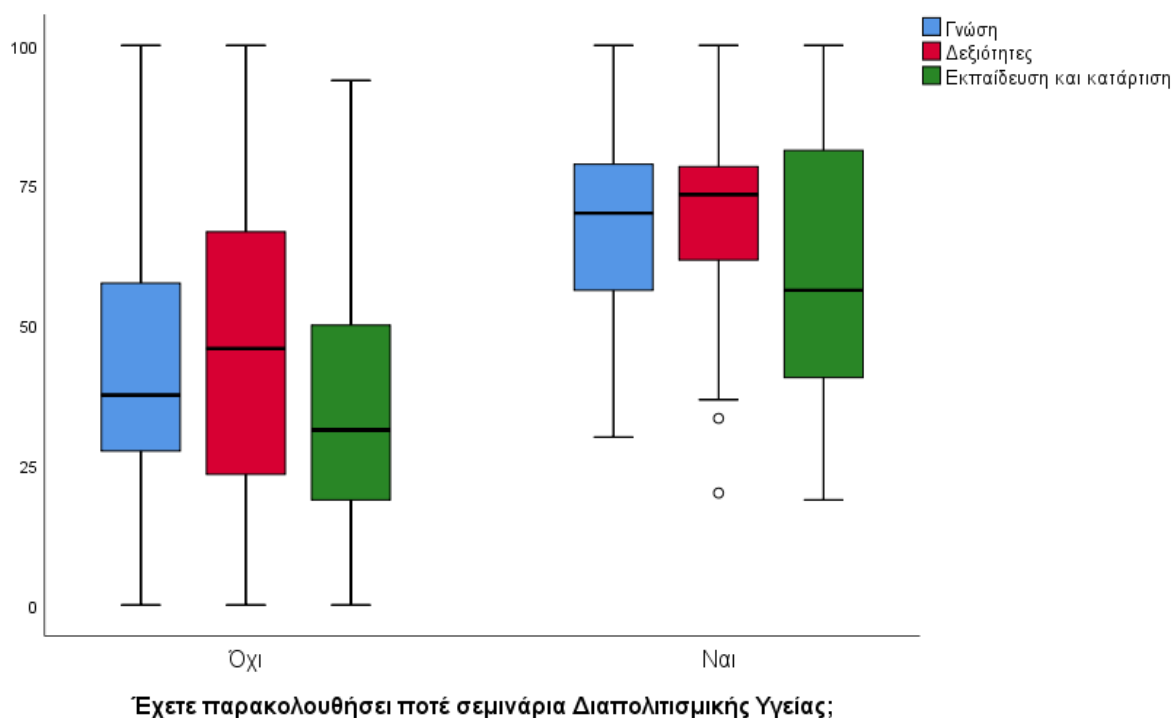
		Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας
Γνώση	Point Biserial Correlation	.280**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	117
Δεξιότητες	Point Biserial Correlation	.138
	Sig. (2-tailed)	.137
	N	117
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point Biserial Correlation	.134
	Sig. (2-tailed)	.150
	N	117



Παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι όλες οι υποκλίμακες σχετίζονται με την παρακολούθηση σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας καταγράφουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία των υποκλιμάκων Γνώση ($r_{pb}(117) = .484, p < .001$), Δεξιότητες ($r_{pb}(117) = .380, p < .001$), και Εκπαίδευση ($r_{pb}(117) = .411, p < .002$).

			Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;
Γνώση	Point	Biserial	.484**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		117
Δεξιότητες	Point	Biserial	.380**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		117
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point	Biserial	.411**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		117

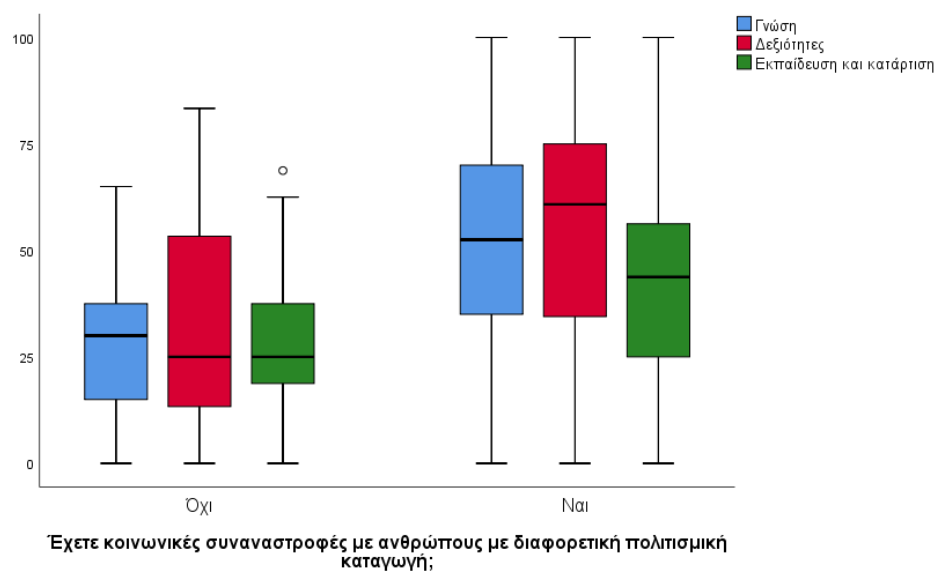


Κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ότι όλες οι υποκλίμακες σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή καταγράφουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία των υποκλιμάκων Γνώση ($r_{pb}(117) = .371, p < .001$), Δεξιότητες ($r_{pb}(117) = .318, p < .001$), και Εκπαίδευση ($r_{pb}(117) = .211, p = .022$).

Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;

Γνώση	Point	Biserial	.371**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		117
Δεξιότητες	Point	Biserial	.318**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		117
Εκπαίδευση και κατάρτιση	Point	Biserial	.211*
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.022
	N		117



iii. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού πολιτισμικής επάρκειας επαγγελματιών υγείας, ήτοι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό, άνω των 18 ετών. Οι συμμετέχοντες ευρέθησαν από ένα μεγάλης κλίμακας όμιλο υγείας, τον όμιλο Animus A. E. , το οποίο βρίσκεται στην περιοχή της Λάρισας. Το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν 117, με 76 γυναίκες και 41 άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 32.8 έτη. Περίπου έξι στα δέκα άτομα δήλωσαν άγαμα. Σε ποσοστό του 81.2 % τα άτομα μιλούσαν ξένες γλώσσες, και παραπάνω από το 50% των ατόμων ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης. Το υπόλοιπο ποσοστό το συναντάμε σε δευτεροβάθμια και πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Ένα στα τρία άτομα έχει ζήσει σε χώρα του εξωτερικού και ένα στα τέσσερα έχει παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας. Τέλος, οκτώ στα δέκα άτομα έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Τα στατιστικά στοιχεία του δείγματος της παρούσης έρευνας δηλώνουν στην υποκλίμακα Γνώση ένα μέτριο επίπεδο (47,3%), στις Δεξιότητες επίσης μέτριο (50,8%) και τέλος στην Εκπαίδευση ένα μέτριο προς χαμηλό επίπεδο (40,7%). Η μέτρια προς χαμηλή τάση στις κλίμακες Γνώσης κα δεξιοτήτων συμφωνούν με περασμένες έρευνες όπως εκείνη των Seeleman et. al . τα επίπεδα των συγκεκριμένων υποκλιμάκων τείνουν να βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα³⁸ .

Σε ό, τι αφορά την υποκλίμακα ΓΝΩΣΗ οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση αρνητικής κλιμάκωσης (47.3%). Οι τιμές της υποκλίμακας ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο (50.8%). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της υποκλίμακας ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ δηλώνουν ένα μέτριο-χαμηλό επίπεδο (40.7%).

Ως μεθοδολογία έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Clinical Cultural Competency Questionnaire (C.C.C.Q) και αφορά την πολιτισμική ικανότητα. Είναι ένα ερωτηματολόγιο ήδη δοκιμασμένο στον ελληνικό πληθυσμό και αποτελείται από 6 υποενοότητες όπως: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Γνώση, Δεξιότητες, Διαχείριση διαπολιτισμικών καταστάσεων, πολιτισμική συνειδητοποίηση και εκπαίδευση και κατάρτιση. Έρευνες όπως αυτή των Mareno, Hart & Vanbrackle, αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και εγκυρότητά του, οπότε θεωρήθηκε κατάλληλο προς χρήση στην παρούσα έρευνα ³⁵ . Επίσης η δειγματοληψία στην έρευνα ήταν “ευκολίας” καθώς ήταν πολύ σημαντικό για την παρούσα έρευνα να αποφευχθεί κάθε μεροληψία, κάτι το οποίο σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου η

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν καθοριστικά. Αρχικά, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες που γνώριζαν ξένες γλώσσες είχαν καλύτερες μέσες βαθμολογίες στις κλίμακες Γνώση και Δεξιότητες. Αυτό δείχνει πως τα άτομα που έχουν γνωρίσει άλλη γλώσσα εκτός από τη δική τους έδειξαν πως έχουν μεγαλύτερη αντίληψη άλλων χωρών και εθνικοτήτων, εκτός των δικών τους, αλλά και τρόπο να τις προσεγγίσουν. Καθόλου περίεργο, καθώς τα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά των Okoro et.al όπου υποδείχθηκε πως η γνώση άλλης γλώσσας όχι μόνο έκανε τα άτομα να αισθάνονται πιο άνετα να έρχονται σε επαφή με ανθρώπους άλλων εθνικοτήτων, αλλά ότι η γνώση σαν γνώση της γλώσσας βοήθησε στην άμεση επικοινωνία με άλλων εθνικοτήτων ασθενείς ³⁹.

Ως δεύτερο αποτέλεσμα, το οποίο συνάδει με το πρώτο, οι συμμετέχοντες που είχαν διαβιώσει κάποιο χρονικό διάστημα, σε χώρα του εξωτερικού έχουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία της υποκλίμακας Γνώση. Το αποτέλεσμα αυτό επίσης δεν κάνει εντύπωση καθώς, είναι φυσικό πως άτομα που έχουν ζήσει σε άλλες χώρες εκτός της δικής τους έχουν έρθει σε επαφή με άλλες κουλτούρες στις οποίες και έχουν εντυπωθεί. Μέσω αυτού, δημιουργείται μία ευαισθησία και ενσυναίσθηση προς άλλες εθνικότητες, αφού έχει επέλθει γνωριμία μαζί τους. Σε μία έρευνα του Reuben αναλύεται αυτό το φαινόμενο ⁴⁰. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, άνθρωποι που έχουν ταξιδέψει και έχουν γνωρίσει άλλους πολιτισμούς έχουν λιγότερες πιθανότητες να πάθουν το λεγόμενο “cultural shock” ή αλλιώς πολιτισμικό σοκ που πολλοί παθαίνουν γνωρίζοντας κόσμο από άλλες χώρες. Άτομα που έχουν ζήσει εκτός, έχουν λάβει γνώση άλλων πολιτισμών, έχουν ανταπεξέλθει σε οποιοδήποτε αρχικό πολιτισμικό σοκ, το έχουν ξεπεράσει και έχουν γίνει πιο ευπροσάρμοστοι και ευέλικτοι σαν άνθρωποι.

Το επόμενο αποτέλεσμα μας δείχνει πως τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας καταγράφουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία των υποκλιμάκων Γνώση, Δεξιότητες, και Εκπαίδευση. Ενώ στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει τέτοιου είδους σεμινάρια βρισκόταν σε μικρό ποσοστό, ήταν αρκετό να μας δείξει πόσο σημαντική διαφορά έκαναν αυτά στις περισσότερες κλίμακες του ερωτηματολογίου. Η πραγματοποίηση τέτοιων σεμιναρίων είναι όχι μόνο σπάνια αλλά προφανώς πολύτιμη. Σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας έχουν ως σκοπό την εισαγωγή και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικούς τρόπους ζωής, απόψεις, έθιμα, ιδανικά, νόμους κτλ ⁴¹. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει πως η πραγματοποίηση τέτοιων σεμιναρίων ή workshops μπορεί πράγματι να κάνει τον εργαζόμενο υγείας πιο

προσβάσιμο, με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, με λιγότερη μεροληψία, μικρότερα ποσοστά ρατσιστικών συμπεριφορών και μεγαλύτερη κατανόηση των στην υγειονομική περίθαλψη που κάθε κουλτούρα επιδέχεται ⁴².

Το επόμενο αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας υποδεικνύει πως τα άτομα που έχουν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή καταγράφουν υψηλότερο επίπεδο στη βαθμολογία των υποκλιμάκων Γνώση, Δεξιότητες, και Εκπαίδευση. Επίσης καθόλου περίεργο, καθώς συνάπτει με τα προηγούμενα αποτελέσματα. Ως γενικό φαινόμενο, όσο μεγαλύτερη επαφή έχει κάποιος με άτομα άλλης κουλτούρας, είτε μέσω ταξιδιών, είτε μέσω απόκτησης γνώσης άλλης γλώσσας είτε μέσω σεμιναρίων, τόσο το φέρνει πιο κοντά με άλλες κουλτούρες και ενισχύει την ενσυναίσθησή του γι αυτές. Ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας, η ενσυναίσθηση προς άλλες κουλτούρες είναι υψίστης σημασίας. Η επαφή με άτομα άλλων εθνικοτήτων προκαλεί κατανόηση προς εκείνα και τις δικές τους ανάγκες ιατρικής περίθαλψης που αντιστοιχούν στην δική τους κουλτούρα όπως αναφέρεται στην έρευνα των Ladson G. (2006) ⁴³.

Τέλος, να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως καμία υποκλίμακα δεν σχετίζεται με την ηλικία, με το φύλο, με την οικογενειακή κατάσταση ή με το επίπεδο εκπαίδευσης. Αυτό μας δείχνει πως οι παραπάνω παράμετροι δεν έχουν σημασία όσον αφορά την αξιολόγηση της Διαπολιτισμικής Επάρκειας. Περισσότερο σημαντικά σαν μεταβλητές παρουσιάζονται οι επαφές με άλλους πολιτισμούς με οποιοδήποτε δυνατό τρόπο, παρά το μορφωτικό επίπεδο κάποιου. Καμία άλλη έρευνα δεν έχει λάβει ως σημαντικές μεταβλητές το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία ή το επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο έρχεται να συμφωνήσει και με τα παρόντα αποτελέσματα.

Περιορισμοί

Οι περιορισμοί αυτής της έρευνας δεν είναι καθόλου διαφορετικοί από εκείνους οποιασδήποτε άλλης μικρής κλίμακας έρευνας.

Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος δε μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικό καθώς είναι μικρό. Παρ' όλα αυτά, έλαβε τις προϋποθέσεις μιας εκπόνησης έρευνας σε αυστηρό βαθμό και, τα δεδομένα αλλά και αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με αυτά άλλων, μεγαλύτερης κλίμακας ερευνών. Ως εκ τούτου, μπορεί να θεωρηθεί ως στιβαρή προσθήκη στις έως τώρα έρευνες Διαπολιτισμικής Επάρκειας, πόσο μάλλον στην Ελλάδα, όπου ο μικρός πληθυσμός της δεν επιτρέπει μεγάλης κλίμακας δειγματοληψίες.

Ως περιορισμός της έρευνας θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί η χρήση ενός και μόνο ερωτηματολογίου, ενώ άλλες έρευνες μεγαλύτερης κλίμακας έχουν λάβει ως δεδομένα κι άλλες μεταβλητές όπως η προσωπική προοπτική του κάθε ατόμου για την διαπολιτισμική του επάρκεια, και αν συνάπτει αυτό με την πραγματικότητα⁴².

Τέλος, ακόμη ένας περιορισμός της έρευνας θεωρείται και η συμπλήρωση του ίδιου του εργαλείου μεθοδολογίας, του ερωτηματολογίου, η οποία έγινε σε προσωπικό χρόνο. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει προκατάληψη και αβάσιμα στοιχεία συμπλήρωσης,³⁹.

Συμπεράσματα και μελλοντικοί στόχοι

Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με περασμένων. Όσο μεγαλύτερη η επαφή με άλλους πολιτισμούς, τόσο περισσότερο αναμένεται ο άνθρωπος να έχει άνεση με άλλες κουλτούρες. Ειδικά στον χώρο της υγείας, όπου η επαφή με άλλες εθνικότητες είναι φαινόμενο συχνό, ο επαγγελματίας υγείας έχει τη δυνατότητα να ασκήσει σε πιο σωστό βαθμό το επάγγελμά του, καθώς θα μπορεί να προσεγγίσει τον ασθενή με την ενσυναίσθηση που του πρέπει. Ο επαγγελματίας υγείας, έχοντας γνώση και κατανόηση του ασθενούς, μπορεί να προσαρμόσει την θεραπευτική του αγωγή αλλά και προσέγγιση με τρόπο που δεν θα προσβάλει ή καταπατήσει τα ιδανικά της κουλτούρας του ασθενούς.

Για τους παραπάνω λόγους κρίνεται εξαιρετικά σημαντική η εισαγωγή σεμιναρίων και workshops Διαπολιτισμικής Επάρκειας σε επαγγελματίες υγείας (Seeleman, 2014)³⁸. Αυτό το σύστημα, εάν αφομοιωθεί από εργοδότες ή φορείς μπορεί σε μεγάλο βαθμό να περιορίσει φαινόμενα όπως προκατάληψη, ρατσιστικές συμπεριφορές, και μια γενική κακή πρακτική υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα άλλων εθνικοτήτων. Ήδη, έρευνες έχουν δείξει πως τέτοιου είδους προγράμματα προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων του C.C.C.Q. (Liu, 2015)⁴⁴.

Τέλος, μία μεγαλύτερης κλίμακας έρευνα πάντα προσφέρει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Ως εκ τούτου προτείνεται να διεξαχθεί σε μεγαλύτερο μέρος του ελληνικού πληθυσμού ίδια έρευνα ώστε να προσφέρει πιο στιβαρά αποτελέσματα για την ελληνική κουλτούρα στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και την αντιμετώπισή τους προς τους άλλες εθνικότητες.

BIBLIOGRAFİKES ANAΦOPES:

1. Caylak, E., Ozkol Kilinc, K. & Ozturk, H. (2016).Sagligikoruma ve gelistirmede kulturun yeri. In I.B. C. Demirbag (Ed.) ,Sagligikoruma ve gelistirme (pp. 183 - 199). Ankara, Turkey: Goktug Yayıncılık.
2. Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. doi:10.1177/10459602013003004
3. Ozturk, E. &Oztas, D. (2012). Transkulturel hemsirelik. *Batman University Journal of Life Sciences*,1(1), 293–300.
4. Tuna Oran, N. & Yuksel, E. (2015). Kulturlerarasihemsirelik ve etik. *Turkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*,1(3), 7–13.
5. Bolsoy, N. & Sevil, U. (2006). Saglik - hastalikve kultur etkilesimi. *Ataturk UniversitesiHemsirelikYuksekokulu Dergisi*,9 (3), 78–87.
6. Pehlivan, S., Yildirim, Y. &Fadiloglu, C. (2013). Kanser, kultur vehemsirelik. *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*, 4(4), 168–174.
7. BayikTemel, A. (2011). Cokkulturlulukvekulturlerarasiiletisiminsaglikhizmetlerinininsunumunatkileri. In E. Esen& Z. Yazici (Eds.), *OnlarBizimHemsehrimizluslararasıGocveHizmetlerinKulturlerarasiAcilimi*(pp. 43–73). Ankara, Turkey: SiyasalKitapevi.
8. Aydin, S. & Oskay, U. (2013). Transcultural nursing in perinatology . *Journal of uman Sciences*, 10(1), 1607–1619.
9. Bayik Temel, A. (2008). Kulturlerarasi (cokkulturlu) hemsirelikgitimi. *Ataturk UniversitesiHemsirelikYuksekokulu Dergisi*,11(2), 92–101.
10. BasalanIz, F. &Bayik Temel, A.(2009). Hemsirelikte kulturel yeterlik. *Aile ve Toplum Egitim, Kultur ve Arastirma Dergisi*, 11(5), 51–58.
11. Mapping the literature of transcultural nursing, Sharon C. Murphy, MLS, RN, AHIP, Associate Librarian, *J Med Libr Assoc*. 2006 Apr; 94(2 Suppl): E143–E151.
12. Leininger MM, Mcfarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2002.

13. Leininger M.. Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Image J NursSch.* 1997;29(4):341–7.
14. Leininger M. Founder's focus: transcultural nursing is discovery of self and the world of others. *J TranscultNurs.* 2000 Oct; 11(4):312–3.
15. Leininger M. A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebr Nurse.* 2001 Jun–Aug; 34(2 Suppl):16–7.
16. Seisser MA. Interview with a quality leader: Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care. *J Healthc Q.* 2002 Nov – Dec; 24(2 Suppl):18–21.
17. Wenger AFZ. Cultural openness: intrinsic to human care [comment]. *J TranscultNurs.* 1999 Jan; 10(1):10.
18. Wenger AFZ. Cultural openness, social justice, global awareness: promoting transcultural nursing with unity in a diverse world. In: Merilainen P, Vehvilainen-Julkunen K, eds. *The 23rd annual nursing research conference 1997: transcultural nursing—global unifier of care, facing diversity with unity.* Kuopio, Finland: KuopioUniversity, 1998:162–8.
19. Crawford LH. Future outlook for employment as a nurse. In: *National League for Nursing. Official guide to undergraduate and graduate nursing schools.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2000.
20. Leininger M. Transcultural nursing: quo vadis: (where goeth the field?). *J TranscultNurs.* 1989 Summer; 1(1):33–45.
21. Boyle JS. Transcultural nursing at Y2K: some thoughts and observations [comment]. *J TranscultNurs.* 1999 Jan; 10(1):8.
22. Andrews MM, Boyle JS. *Transcultural concepts in nursing care.* 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott, 1999.
23. Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. *J Transcult Nurs.* 2002 Jul; 13(3):178–80.
24. Campinha - Bacote J. The quest for cultural competence in nursing care. *Nurs Forum.* 1995 Oct–Dec; 30(4):19–25.
25. Purnell LD, Paulanka BJ. *Transcultural health care: a culturally competent approach.* Philadelphia, PA: F. A. Davis, 1998.
26. Ryan M, Carlton KH, and Ali N. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *J Transcult Nurs.* 2000 Oct; 11(4):300–7.

27. Giger JN, Davidhizar RE. Transcultural nursing: assessment and intervention. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1999.
28. Spector RE. Cultural diversity in health & illness. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health, 2000.
29. Campinha - Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a culturally competent model of care. 3rd ed. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E., 1998.
30. Αλέξανδρος Αργυριάδης κ Παναγιώτα Μπέλλου – Μυλωνά , Διαπολιτισμικότητα και Υγεία. Ένα Καίριο Δίπτυχο στην Σύγχρονη Ελλάδα,. Κεφ. 6, σελ.: 100.
31. Diamantopoulou E. Parents' Needs for Information about the Management of their Chronically Ill Children. *Nosileftiki*. 2009; 48(3): 317-324.
32. Κουρκούτα, Λ., & Παπαθανασίου, Ι. (2014). Επικοινωνία στην Νοσηλευτική Πρακτική. *Materia Socio Medica*, 26 (1), 65. doi: 10.5455 / msm.2014.26.65-67
33. Δρ. Παρασκευή Αποστολάρα , Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2013, Τόμος 6, Τεύχος 1, σελ. : 3-4.
34. Papadopoulos I., (2008), Intercultural Education of Nurses and medical staff in Europe, LEONARDO DA VINCI PARTNERSHIP PROJECT , IENE
35. Mareno, N, Hart, P & Vanbrackle, L. (2013). Psychometric Validation of the Revised Clinical Cultural Competency Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*. 21(3):426-36 .
36. Παπαγεωργίου, 2015, Θεωρία Δειγματοληψίας. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1297/1/02_chapter_01.pdf)
37. Apostolara et. al. (2016). Reliability and validity of the Clinical Cultural Competency Questionnaire-Greek version (CCCQ-G). *Balkan Military Medical Review* . 2016, Vol. 19 Issue 2, p46-54. 9p
38. Seeleman et al . A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. *BMC Medical Education* 2014, 14:216
39. Okoro et. Al (2012). Clinical Cultural Competency and Knowledge of Health Disparities Among Pharmacy Students *Am J Pharm Educ*. 2012 Apr 10; 76(3): 40.
40. Reuben, B. 1989. The study of cross-cultural competence: Traditions and contemporary issues. *International Journal of Intercultural Relations*. Volume 13, Issue 3, Pages 229-240

41. Smedley BD, Stith AY, Unequal Treatment NAR. Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washinton, D.C : the: National Academies Press; 2002.
42. Shepherd, S. (2019) Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. BMC Med Educ. 2019; 19: 14.
43. Ladson et. Al. An assessment of cultural competence of first- and second-year medical students at a historically diverse medical school . TRANSACTIONS FROM THE ASSOCIATION OF PROFESSORS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY ANNUAL MEETING|VOLUME 195, ISSUE 5,P1457-1462,NOVEMBER 01, 2006
44. Liu, et. al. (2015). Design and evaluation of interprofessional cross-cultural communication sessions. Διαθέσιμο στον ιστότοπο:<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1051215?src=recsys&journalCode=ijic20>
45. Muslu KG, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternative tedaviler ve çocuklarda kullanımı. [Complementary and alternative treatments and their practice in children]. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 62-67 .
46. Lowe J, Archibald C. Cultural diversity: the intention of nursing. Nurs Forum 2009; 44(1): 11-18.
47. Ε. Μπουτσιούκα, Α. Καλοκαιρινού, Ε. Πατηράκη, Π. Σουρτζή, Ε.Α. Κωνσταντίνου, Μ. Γιαννακοπούλου (2017), Πεποιθήσεις Φοιτητών Νοσηλευτικής Σχετικά με την Επάρκεια Γνώσεων και Ικανοτήτων τους για Διαπολιτισμική Φροντίδα: Πιλοτική Μελέτη, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 56(1), 69-77 .Διαθέσιμο στον ιστότοπο:<http://iatrotek.org/ioArt.asp?id=20442> .
48. Μανομενίδης Γ. , (2009) , Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού για Ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 48(4), 439-446. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://iatrotek.org/ioArt.asp?id=19087> .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1.

a. Ερωτηματολόγιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"



ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που βρίσκεται μπροστά από κάθε απάντηση που σας εκφράζει ή συμπληρώστε τα κενά

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Ηλικία:.....

2. Φύλο: Άντρας 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;

Όχι Ναι

Εάν ναι, παρακαλώ

διευκρινίστε:.....

7. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας:

Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης(ΔΕ)

Τεχνολογικής Εκπαίδευσης(ΤΕ)

Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ)

Μεταπτυχιακό.....

Διδακτορικό

8. Έχετε σπουδάσει στην Ελλάδα για το βασικό σας πτυχίο;
Ναι Όχι

Αν όχι ,σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει;

9. Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό; Ναι Όχι

Αν ναι ,σε ποια χώρα έχετε σπουδάσει;

10. Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα χρόνια;

11. Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας;
Ναι Όχι

12. 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)					

<p>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.</p>					
<p>9. Εθνικές/ τοπικές πολιτικές που σχετίζονται με την πολιτισμική διαφορετικότητα στην φροντίδα υγείας</p>					
<p>10. Η πολιτική του νοσοκομείου σας σχετικά με το θέμα της πολιτισμικής διαφορετικότητας</p>					

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. Εκμείευση των πληροφοριών για τη χρήση των πρακτικών θεραπειών ή/και άλλων εναλλακτικών μορφών θεραπείας					
4. Εκμείευση 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. 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. Μπορείτε να παρακάτω προτάσεις να συμφωνήσετε με προκειμένου να ενσωματωθεί 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.

.....
.....



ANIMUS - ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΚΥΠΡΟΥ 100 ΛΑΡΙΣΑ
ΤΗΛ. 2411 801500 FAX. 2411801599
ΑΦΜ. 999086307 ΔΟΥ. Β' ΛΑΡΙΣΑΣ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Η Γενική Κλινική ANIMUS-ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ βεβαιώνει ότι δόθηκε άδεια στην κ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΗ για διανομή ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες υγείας του Ομίλου, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Διαπολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας στον Όμιλο ANIMUS Α.Ε.», για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Ψυχικής Υγείας» τον Απρίλιο του 2020.

Εκ της Διοίκησης

