

Πολιτισμική Επάρκεια

Η επίτευξη πολιτισμικής επάρκειας αποτελεί μια διαδικασία μάθησης που προϋποθέτει αυτό-επίγνωση, εφαρμογή στοχασμού και γνώση των θεμελιωδών πολιτισμικών ζητημάτων. Εμπεριέχει την αναγνώριση της κουλτούρας, των αξιών και των μεροληψιών του ίδιου του ατόμου και τη χρήση αποτελεσματικών ασθενο-κεντρικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ένας πολιτισμικά επαρκής πάροχος υγειονομικής περίθαλψης προσαρμόζεται στις ξεχωριστές ανάγκες των ασθενών με υπόβαθρο και κουλτούρα που διαφέρουν από τα δικά του αντίστοιχα χαρακτηριστικά. Αυτή η προσαρμοστικότητα, μαζί με την αυθεντική περιέργεια όσον αφορά τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις εμπειρίες ζωής του ασθενούς, αποτελούν από κοινού το θεμέλιο για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και παρόχου.

Ένας Ορισμός για τον Όρο Πολιτισμικός (Κουλτούρα)

Η *κουλτούρα*, με την ευρεία της έννοια, αντανακλά το σύνολο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των ιδεών και των στάσεων, των τρόπων με τους οποίους ο ένας άνθρωπος σχετίζεται με τον άλλον, των τρόπων ομιλίας και των υλικών προϊόντων της σωματικής προσπάθειας, της επινοητικότητας και της φαντασίας. Η γλώσσα αποτελεί μέρος της κουλτούρας. Μέρος αυτής αποτελούν

επίσης τα αφηρημένα συστήματα πεποιθήσεων, εθιμοτυπιών, νόμων, ηθικής, διασκέδασης και εκπαίδευσης. Στα πλαίσια του συνόλου μιας πολιτισμικής οντότητας, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικοί πληθυσμοί σε ομάδες και υποομάδες. Κάθε ομάδα αναγνωρίζεται από ένα συγκεκριμένο σύνολο κοινών χαρακτηριστικών (π.χ. μια συγκεκριμένη τέχνη, μια συγκεκριμένη νοοτροπία ή μια πεποίθηση· ή ένα συγκεκριμένο πρότυπο συμπεριφοράς) και χαρακτηρίζεται από δυναμική στις προσαρμογές που κάνει ως προς τις εσωτερικές και εξωτερικές επιρροές. Κάθε άτομο μπορεί να ανήκει σε περισσότερες από μία ομάδες ή υποομάδες, με βάση την εθνική προέλευση, τη θρησκεία, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την απασχόληση και το επάγγελμα.

Διάκριση των Σωματικών Χαρακτηριστικών

Η χρήση των σωματικών χαρακτηριστικών (π.χ. ανατομικών ή του χρώματος του δέρματος) για τη διάκριση μεταξύ πολιτισμικών ομάδων ή υποομάδων δεν ενδείκνυται. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της διάκρισης των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και της διάκρισης με βάση σωματικά χαρακτηριστικά. Δε θα πρέπει να συγχέουμε το σωματικό με το πολιτισμικό χαρακτηριστικό, ούτε να επιτρέπουμε στο σωματικό χαρακτηριστικό να συμβολίζει το πολιτισμικό. Η υπόθεση πως όλα τα άτομα που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα

χαρκτηρίζονται από ομοιογένεια ως προς τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους, οδηγεί σε παρανοήσεις σχετικά με το κάθε άτομο. Το *στερεότυπο*, μια καθορισμένη εικόνα για κάθε ομάδα που αρνείται την ύπαρξη αυθεντικότητας ή προσωπικού χαρακτήρα εντός μιας ομάδας, θα πρέπει να απορρίπτεται. Οι άνθρωποι μπορούν να ανταποκρίνονται διαφορετικά προς το ίδιο περιβάλλον ή την ίδια κατάσταση. Η δημιουργία στερεοτύπων ακολουθεί δύο γνωσιακές φάσεις. Στην πρώτη φάση, το στερεότυπο ενεργοποιείται όταν ένα άτομο κατηγοριοποιείται σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Όταν αυτό συμβαίνει, έρχονται στο μυαλό των ανθρώπων πεποιθήσεις και συναισθήματα (προκαταλήψεις) για το πως είναι τα μέλη αυτής της συγκεκριμένης ομάδας. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η πρώτη φάση λαμβάνει χώρα χωρίς προσπάθεια ή επίγνωση. Στη δεύτερη φάση, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτές τις ενεργοποιημένες πεποιθήσεις ή τα συναισθήματα όταν αλληλεπιδρούν με ένα συγκεκριμένο άτομο, ακόμη και αν αρνούνται κατηγορηματικά τα στερεότυπα αυτά. Υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν δείξει πως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ενεργοποιούν αυτά τα λανθάνοντα στερεότυπα, ή τις ασυνείδητες μεροληψίες τους, όταν επικοινωνούν και παρέχουν περίθαλψη σε ασθενείς που προέρχονται από μειονοτικές ομάδες (FitzGerald and Hurst, 2017). Έχοντας αυτό κατά νου, μπορεί κανείς να αρχίσει να εντρυφεί στην πολιτισμική επάρκεια αναγνωρίζοντας τις προσωπικές του λανθάνουσες, ή ασυνείδητες, μεροληψίες έναντι των ασθενών με βάση τα σωματικά τους χαρακτηριστικά.

Ταυτόχρονα, αυτό δεν ελαχιστοποιεί την αξία που έχει η κατανόηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών συγκεκριμένων ομάδων, ούτε ακυρώνει την αλληλεξάρτηση του σωματικού με το πολιτισμικό. Ο γονότυπος, για παράδειγμα, προηγείται της ανάπτυξης της νόησης, της ευαισθησίας και της φαντασίας που οδηγούν σε ξεχωριστά πολιτισμικά επιτεύγματα, όπως η δημιουργία κλασικής ή τζαζ μουσικής. Παρομοίως, ο φαινότυπος του ατόμου, όπως το χρώμα του δέρματός του, προηγείται της απόκτησης εμπειρίας από τη ζωή του και της επακόλουθης διαπλοκής του φαινότυπου με την πολιτισμική εμπειρία. Παρότι τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιούνται συχνά στην κλινική πράξη, η χρήση τους για την ταξινόμηση ενός ατόμου σε μια φυλή είναι προβληματική. Ο όρος *φυλή* έχει χρησιμοποιηθεί για την κατηγοριοποίηση των ανθρώπων με βάση την ήπειρο ή την υποή-

πειρο προέλευσής τους (π.χ. Ασία, Νοτιοανατολική Ασία). Ωστόσο, η χρησιμότητα της χρήσης της φυλής εξακολουθεί να αμφισβητείται, δεδομένου του βαθμού φαινοτυπικής και γενετικής ποικιλομορφίας που χαρακτηρίζει άτομα της ίδιας γεωγραφικής προέλευσης (Relethford, 2009). Επίσης, η έννοια της φυλής χρονολογείται στο 17^ο αιώνα, πολύ πριν οι επιστήμονες να φτάσουν να αναγνωρίσουν πως παρατηρούνται γενετικές ομοιότητες. Με την πάροδο του χρόνου, οι πεποιθήσεις για συγκεκριμένες φυλετικές ομάδες διαμορφώθηκαν με βάση οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες και υπάρχουν πολλοί που πιστεύουν πως η φυλή αποτελεί κοινωνικό κατασκεύασμα (Richeson and Sommers, 2016). Ο ρατσισμός, με την έννοια της διάκρισης σε βάρος συγκεκριμένου ατόμου ή ατόμων που ανήκουν σε συγκεκριμένη φυλετική ή εθνική ομάδα, έχει φανεί πως επηρεάζει αρνητικά την υγεία κατά την πορεία της ζωής του ατόμου. Αυτό είναι αποτέλεσμα της μη ισότιμης πρόσβασης σε πόρους και ευκαιρίες, όπως η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη, και στρεσογόνων εμπειριών που οδηγούν σε διαταραγμένες φυσιολογικές αντιδράσεις και σε αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας (Williams et al., 2019). Ιστορικά, το αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επεδείκνυε διακρίσεις έναντι φυλετικών και εθνικών μειονοτήτων όσον αφορά την εκπαίδευση, την έρευνα και την άμεση περίθαλψη των ασθενών. Ο δομικός ρατσισμός εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα για το υγειονομικό σύστημα, γεγονός που αντανakλάται στις καλά τεκμηριωμένες διαφορές και ανισότητες που διαπιστώνονται στον τομέα της υγείας. Ως υγειονομικοί πάροχοι, θα έρθετε σε επαφή με ασθενείς που πλήττονται από το ρατσισμό σε καθημερινή βάση. Αφού εξετάσετε τις δικές σας μεροληψίες, μπορείτε να προσπαθήσετε να δημιουργήσετε έναν ασφαλή χώρο διαλόγου με τους ασθενείς σας, να τους παρέχετε υποστήριξη και να αναζητάτε βοήθεια όταν χρειάζεται (Trent et al., 2019).

Γονιδιωματική και Ιατρική Ακρίβειας

Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας ασχολείται σήμερα με τη γονιδιωματική, δηλαδή τη μελέτη πολλαπλών γονιδίων και της αλληλεπίδρασης αυτών με περιβαλλοντικούς παράγοντες, με στόχο την πρόβλεψη της ευπάθειας σε νόσους και της ανταπόκρισης στην ιατρική θεραπεία. Η έκρηξη που έχει σημειωθεί στις μελέτες συσχέτισης γονιδίων [genome-wide association studies (GWASs)], έχει οδηγήσει στη

σύνδεση γονιδιακών τόπων (loci) ή μονονουκλεοτιδικών πολυμορφισμών (SNPs) με συγκεκριμένες συχνές ασθένειες όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και 2, η νόσος Crohn και η σχιζοφρένεια (Visscher et al., 2017). Ο όρος εξατομικευμένη ιατρική χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ιατρική περίθαλψη που εξετάζει τη γενετική ευπάθεια ενός ατόμου στην πρόληψη και αντιμετώπιση μιας νόσου. Το 2015, το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ (US Department of Health and Human Services) λάνσαρε την πρωτοβουλία Precision Medicine Initiative, για να φέρει κοντά τους ερευνητές, αυτούς που είναι επιφορτισμένοι με τη χάραξη πολιτικών και τους καινοτόμους του χώρου της τεχνολογίας με σκοπό την ανάπτυξη μιας εξατομικευμένης περίθαλψης. Η ιατρική ακριβείας ορίζεται ως “μια αναδυόμενη προσέγγιση για τη θεραπεία και την πρόληψη των νόσων, που λαμβάνει υπόψη την ατομική μεταβλητότητα ως προς τα γονίδια, το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής κάθε ανθρώπου” (Garrido et al., 2018). Πολλοί πιστεύουν πως η ιατρική ακριβείας θα μεταμορφώσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης αξιοποιώντας τη γονιδιωματική και άλλες μοριακές τεχνολογίες, μέσω δημιουργίας βάσεων δεδομένων, προχωρημένων αναλύσεων δεδομένων και ψηφιακών πλατφορμών για την υγεία (Ginsburg and Phillips, 2018). Καθώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μαθαίνουν να ενσωματώνουν την ιατρική ακριβείας στην κλινική τους πράξη, εξακολουθούν να αναπτύσσονται γενετικές εξετάσεις με άμεση πρόσβαση από τον πελάτη, οι οποίες έχουν γίνει πιο προσιτές οικονομικά και πιο προσβάσιμες για τους ασθενείς μας. Οι υγειονομικοί πάροχοι κάθε επαγγελματικού τομέα θα πρέπει να αποκτήσουν επάρκεια στη γλώσσα της γονιδιωματικής και να μάθουν πως να συζητούν για τους κινδύνους και τα οφέλη από το γονιδιακό έλεγχο με τους ασθενείς τους και τις οικογένειές τους (Calzone et al., 2013; Demmer and Waggoner, 2014). Με αυτή τη νέα έμφαση που δίνεται, μπορεί να έχει ακόμη μεγαλύτερη σημασία η αναγνώριση των ασυνείδητων μεροληψιών και η προσπάθεια κατανόησης των μοναδικών για κάθε ασθενή πολιτισμικών και προσωπικών πεποιθήσεων και προσδοκιών όσον αφορά την υγεία του.

Πολιτισμική Επάρκεια

Η πολιτισμικά επαρκής περίθαλψη προϋποθέτει την ύπαρξη υγειονομικών παρόχων που να έχουν επίγνωση του υπόβαθρου και των πολιτισμικών

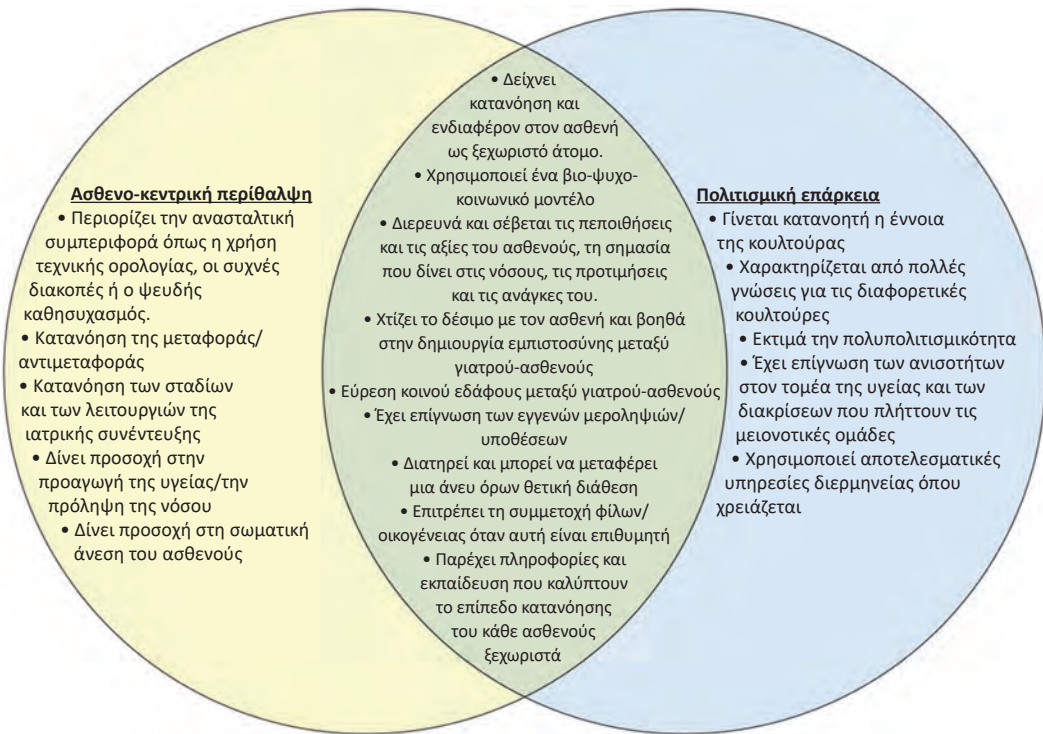
εμπειριών των ασθενών (όπως τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τη γλώσσα και τις παραδόσεις τους, μεταξύ άλλων) και να ανταποκρίνονται σε αυτά (Stubbe, 2020). Έχουν προταθεί πολλά μοντέλα για τη διδασκαλία της πολιτισμικής επάρκειας. Τα περισσότερα περιλαμβάνουν τα πεδία της απόκτησης γνώσεων (π.χ. την κατανόηση της έννοιας της κουλτούρας), της διαμόρφωσης στάσεων (π.χ. το σεβασμό στις διαφορές των ατόμων από άλλες κουλτούρες) και της ανάπτυξης δεξιοτήτων (π.χ. την εκμείευση των πολιτισμικών πεποιθήσεων του ασθενούς σχετικά με την υγεία και τη νόσο) (Saha et al., 2008). Κάποια από αυτά τα πεδία παρουσιάζουν αλληλοεπικάλυψη με θεμελιώδεις πτυχές του ασθενο-κεντρικού μοντέλου περίθαλψης (Εικόνα 1.1). Οι Seeleman et al. (2009) πρότειναν ένα πλαίσιο για τη διδασκαλία της πολιτισμικής επάρκειας που επικεντρώνεται στην επίγνωση του κοινωνικού πλαισίου εντός του οποίου διαβιούν συγκεκριμένες εθνικές ομάδες. Η αξιολόγηση του κοινωνικού πλαισίου περιλαμβάνει τη διερεύνηση για ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων και υποστηρικτικών δικτύων, τον έλεγχο για να διαπιστωθεί αν το άτομο νιώθει πως έχει τον έλεγχο της ζωής του και την εξέταση της εγγραμματοσύνης του. Οι υγειονομικοί πάροχοι πρέπει να είναι ευέλικτοι και δημιουργικοί όταν δουλεύουν με τους ασθενείς. Το μοντέλο Process of Cultural Competence Model [Campinha-Bacote's (2011)] είναι μια άλλη προσέγγιση που περιλαμβάνει πέντε πολιτισμικά κατασκευάσματα: επαφές, επιθυμία, επίγνωση, γνώση και δεξιότητες. Στο Πλαίσιο 1.1, προσδιορίζονται αυτά τα πέντε εννοιολογικά κατασκευάσματα.

Πολιτισμική Ταπεινοφροσύνη

Η έννοια της πολιτισμικής ταπεινοφροσύνης περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης εκ μέρους του ατόμου των περιορισμών του όσον αφορά τις γνώσεις και την πολιτισμική οπτική του και την ικανότητα να είναι το άτομο ανοικτό σε νέες οπτικές. Αντί να υποθέτει κανείς πως όλα τα άτομα που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα εμπίπτουν σε ένα συγκεκριμένο στερεότυπο, οι υγειονομικοί πάροχοι πρέπει να βλέπουν τους ασθενείς ως άτομα. Επιτυγχάνοντας αυτό, η πολιτισμική ταπεινοφροσύνη βοηθά στην εξισορρόπηση της ανισορροπίας στη σχέση μεταξύ ασθενούς-παρόχου (Borkan et al., 2008). Ένας πάροχος μπορεί να γνωρίζει πολλές συγκεκριμένες λεπτομέρειες για συγκεκριμένες κουλτούρες ασθενών, ωστόσο να

ΕΙΚΟΝΑ 1.1

Αλληλοεπικαλυπτόμενες έννοιες στην ασθενο-κεντρική περίθαλψη και την πολιτισμική επάρκεια (Από Saha et al., 2008.)

**ΠΛΑΙΣΙΟ 1.1****Διαστάσεις της Πολιτισμικής Επάρκειας**

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ- Η συνεχής διεργασία της αλληλεπίδρασης με ασθενείς με πολιτισμικά ποικιλόμορφο υπόβαθρο, ώστε να επιβεβαιώνονται, να βελτιώνονται ή να τροποποιούνται οι υπάρχουσες αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές σχετικά με μια πολιτισμική ομάδα και να αναπτύσσονται η πολιτισμική επιθυμία, η πολιτισμική επίγνωση, η πολιτισμική δεξιότητα και η πολιτισμική γνώση.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ- Η κινητοποίηση του επαγγελματία του χώρου της υγείας ώστε να “επιθυμεί” να συμμετέχει στη διαδικασία να κατακτήσει την πολιτισμική επάρκεια και όχι να “πρέπει” να το κάνει.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΓΝΩΣΗ- Η σκόπιμη αυτό-εξέταση και εις βάθος διερεύνηση των μεροληψιών, των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, των υποθέσεων και των “-ισμών” ενός ατόμου αναφορικά με άτομα και ομάδες που διαφέρουν από το ίδιο.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΓΝΩΣΗ- Η διαδικασία της αναζήτησης και της απόκτησης μιας ικανής εκπαιδευτικής βάσης όσον αφορά τις πολιτισμικά και εθνικά ποικιλόμορφες ομάδες.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ- Η ικανότητα της συλλογής πολιτισμικά συναφών δεδομένων όσον αφορά το παρόν πρόβλημα ενός ασθενούς, καθώς και της ακριβούς διενέργειας μιας πολιτισμικά βασισμένης κλινικής αξιολόγησης με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο.

μην επιδεικνύει πολιτισμική ταπεινοφροσύνη. Η πολιτισμική ταπεινοφροσύνη περιλαμβάνει διαδικασίες αυτό-στοχασμού και αυτό-κριτικής, με στόχο την επίτευξη μιας πιο ισορροπημένης, αμοιβαία επωφελούς σχέσης. Περιλαμβάνει τη συνάντηση με τους ασθενείς “εκεί που βρίσκονται”, χωρίς κριτική διάθεση ώστε να αποφεύγεται η δημιουργία στερεοτύπων. Η απόκτηση πολιτισμικής ταπεινοφροσύνης είναι μια συνεχής διεργασία που διαμορφώνεται από την κάθε συνάντηση με έναν ασθενή και περιλαμβάνει την ανοιχτή στάση, τη συνεργασία και το ειλικρινές ενδιαφέρον για την κατανόηση των συστημάτων πεποιθήσεων και των ζωών των ασθενών (Fahlberg et al., 2016).

Η επίδραση της Κουλτούρας

Οι πληροφορίες του πλαισίου 1.2 δείχνουν πως οι φυλετικές και εθνικές διαφορές, καθώς και οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες μπορεί να επηρεάζουν την παροχή συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες και υποομάδες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η φτώχεια και η ανεπαρκής εκπαίδευση επηρεάζουν δυσανάλογα διάφορες πολιτισμικές ομάδες (π.χ. εθνικές μειονότητες και γυναίκες)· οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και την ιατρική περίθαλψη των ατόμων που

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.2

Η Επίδραση της Ηλικίας, της Φυλής, της Εθνικότητας, της Κοινωνικοοικονομικής Κατάστασης και της Κουλτούρας

Η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνική ομάδα και, στα πλαίσια αυτών των μεταβλητών, οι πολιτισμικές στάσεις, οι διαφορές από περιοχή σε περιοχή και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, επηρεάζουν τον τρόπο που οι ασθενείς αναζητούν ιατρική φροντίδα και τον τρόπο που οι κλινικοί παρέχουν τη φροντίδα αυτή. Για παράδειγμα, ας εξετάσουμε τις εθνικές και φυλετικές διαφορές αναφορικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο επιπολασμός των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών είναι παρόμοιος μεταξύ των διαφόρων ομάδων· ωστόσο, συγκριτικά με τους Λευκούς Αμερικανούς, οι Μαύροι και οι Λατίνοι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να παίρνουν θεραπεία. Παρότι μέρος αυτής της διαφοράς σχετίζεται με τις διαφορετικές στάσεις των ασθενών και τις διαφορετικές τους αντιλήψεις σχετικά με τη συμβουλευτική και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχουν όλο και περισσότερα δεδομένα που δείχνουν πως το επικοινωνιακό στυλ του κλινικού και οι θεραπευτικές συστάσεις διαφέρουν ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα του ασθενούς (Shao et al., 2016). Παρομοίως, στον παιδιατρικό πληθυσμό, τα παιδιά Μαύρων και Λατίνων στις Ηνωμένες Πολιτείες παρουσιάζουν επίσης διαφορές όσον αφορά την υγεία τους, όπως χειρότερη συνολική κατάσταση υγείας και μειωμένες παροχές ιατρικής και οδοντιατρικής ρουτίνας συγκριτικά με τα παιδιά των Λευκών. Οι Flores και συνεργάτες (2010) σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, έδειξαν πως συγκριτικά με τα παιδιά Λευκών, τα παιδιά Μαύρων παρουσίαζαν χαμηλότερους δείκτες προληπτικής και πληθυσμιακής υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. όσον αφορά το θηλασμό και την εμβολιαστική κάλυψη), υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία στην

εφηβική ηλικία (π.χ. όσον αφορά τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις), υψηλότερους δείκτες επειγουσών επισκέψεων λόγω άσθματος και μειωμένη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Υπάρχει ξεκάθαρα η ανάγκη να κατανοήσουμε καλύτερα γιατί παρατηρούνται αυτές οι διαφορές πιο σφαιρικά, αλλά η άρση της πολιτισμικής άγνοιας στο επίπεδο του κάθε συγκεκριμένου ασθενούς, αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

Επιπλέον, πρέπει να γίνουν κατανοητές οι ενδεχόμενες επωφελείς ή επιζήμιες επιδράσεις πολλών φυτικών φαρμακευτικών σκευασμάτων με πολιτισμική σημασία, που χρησιμοποιούνται χωρίς πάντα να αναγνωρίζονται και, στα πλαίσια της δημιουργίας σχέσεων εμπιστοσύνης, η λήψη τους θα πρέπει να μας αναφέρεται ώστε να μπορούμε να δίνουμε οδηγίες για την ορθή τους χρήση. Το να προχωράμε πέρα από πολιτισμικές διαιρέσεις είναι χρήσιμο, ωστόσο ο σκεπτικισμός αποτελεί εμπόδιο. Για παράδειγμα, πολλοί αλλοπαθητικοί πάροχοι ιατρικής περίθαλψης αμφισβητούν την άποψη πως η συμπληρωματική και η εναλλακτική ιατρική μπορεί να αποτελούν μια χρήσιμη επικουρική θεραπεία για την πρόληψη και τη θεραπεία της οξείας μέσης ωτίτιδας. Ωστόσο, σε αρκετές τυχαιοποιημένες μελέτες μαρτύρων, η ξυλιτόλη, τα προβιοτικά, οι φυτικές ωτικές σταγόνες και οι ομοιοπαθητικές θεραπείες έχει φανεί πως συγκριτικά με το placebo, έχουν μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση της διάρκειας του πόνου και στη μείωση της χρήσης αντιβιοτικών. Παρότι ο σκεπτικισμός μπορεί πράγματι να παραμεριστεί, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη για κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε ενδείξεις. Η πολιτισμική επάρκεια είναι πλήρως συμβατή με αυτή την προσέγγιση.

Δεδομένα από Bukutu et al. (2008); Flores (2010); and Shao et al. (2016).

ανήκουν σε αυτές τις ομάδες. Παρότι οι δείκτες θανάτων έχουν μειωθεί συνολικά στις Ηνωμένες Πολιτείες τα τελευταία 50 χρόνια, οι έχοντες χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και αυτοί που ζουν σε συνθήκες φτώχειας εξακολουθούν να παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες θανάτων από τις ίδιες αιτίες συγκριτικά με αυτούς που έχουν καλύτερη εκπαίδευση και είναι οικονομικά προνομιούχοι. Η νοσηρότητα είναι επίσης μεγαλύτερη μεταξύ των φτωχών. Τα δεδομένα από την έκθεση για τις διαφορές και τις ανισότητες στον τομέα της υγείας Health Disparities and Inequalities Report του Centers for Disease Control and Prevention (CDC) του 2013, αποκαλύπτουν μια μεγάλη γκάμα διαφορών στην υγειονομική περίθαλψη. Οι Ισπανόφωνοι και οι μη-Ισπανόφωνοι Μαύροι είναι ανασφάλιστοι σε σημαντικά υψηλότερο πο-

σοστό συγκριτικά με τους κατοίκους των νησιών της Ασίας/ Ειρηνικού και τους μη- Ισπανόφωνους Λευκούς. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας των βρεφών που γεννιούνται από μη- Ισπανόφωνες Μαύρες γυναίκες είναι μεγαλύτερος από το διπλάσιο εκείνου των βρεφών που γεννιούνται από μη-Ισπανόφωνες Λευκές γυναίκες. Συγκριτικά με τις Λευκές γυναίκες, ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό Μαύρων γυναικών πεθαίνουν από στεφανιαία νόσο πριν την ηλικία των 75 ετών (37.9% έναντι 19.4%). Η ίδια διαφορά παρατηρείται και μεταξύ Μαύρων και Λευκών ανδρών (61.5% έναντι 41.5%) (CDC, 2013). Λόγω του κοινωνικού στιγματισμού και των διακρίσεων οι διεμφυλικοί (transgender) και τα άτομα με ποικιλομορφία φύλου (gender diverse) παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με το cisgender πληθυσμό να αυτοκτο-

νήσουν, να καταστούν θύματα βίας, να παρουσιάσουν ψυχιατρικές συννοσηρότητες, να εκτεθούν στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και σε σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (STI), να καταστούν άστεγοι και να έχουν χαμηλότερα ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης (Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP], 2010, James et al., 2016). Έχει κομβική σημασία να κατανοήσουμε πως παρότι αυτές οι διαφορές φαίνεται να αφορούν φυλετικές και εθνικές μειονοτικές ομάδες και άλλους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, τα βαθύτερα αίτια τους έχουν να κάνουν με την ανισότιμη πρόσβαση σε πόρους, ευκαιρίες και στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς και στο μεγαλύτερο φυσιολογικό στρες (αλλοστατικό φορτίο) των συγκεκριμένων ατόμων (Williams et al., 2019). Αυτά τα μάλλον σκληρά στοιχεία αρκούν για να υπογραμμιστεί η ανάγκη για πολιτισμική ευαισθητοποίηση στον τομέα της υγείας και στους επαγγελματίες του χώρου. Πολιτισμικές διαφορές και διαφορές πρακτικής παρατηρούνται επίσης και μεταξύ των επαγγελματιών της ιατρικής περίθαλψης. Οι αλλοπαθητικοί πάροχοι συχνά επιδεικνύουν σκεπτικισμό όσον αφορά την εφαρμογή της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής [complementary and alternative medicine (CAM)], χωρίς να εξετάζουν την πιθανότητα να υπάρχει ενδεχόμενο όφελος για τους ασθενείς από την εφαρμογή τους.

Οι Πολιτισμικές Διακρίσεις Καθίστανται Δυσδιάκριτες

Κάποιες πολιτισμικές διαφορές μπορεί να χαρακτηρίζονται από ευπλαστότητα κατά τρόπο που δε συμβαίνει όσον αφορά τα σωματικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, μια ομάδα ανθρώπων μπορεί να διακρίνεται από μια άλλη με βάση τη γλώσσα (Βλέπε την Κλινική Συμβουλή “Η Γλώσσα Δεν Είναι τα Πάντα”). Ωστόσο, η παγκοσμιοποίηση, η αυξανόμενη ποικιλομορφία του πληθυσμού των ΗΠΑ και οι ενδείξεις για διαφορές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθιστούν όλο και πιο αναγκαίο το να μαθαίνουμε ο ένας τη γλώσσα του άλλου. Παρότι η μοντέρνα τεχνολογία και τα οικονομικά μπορεί τελικά να οδηγήσουν σε μια παγκοσμιοποιημένη γλώσσα, μπορούμε να ξεκινήσουμε αναγνωρίζοντας και ξεπερνώντας τις προσωπικές μας μεροληψίες και τα πολιτισμικά μας στερεότυπα. Επειδή είναι αδύνατο να μάθουμε τη μητρική γλώσσα όλων των ασθενών μας, όταν



ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ

Η Γλώσσα Δεν Είναι Τα Πάντα

Ένας ασθενής όσο καλά και να γνωρίζει την αγγλική γλώσσα, δε μπορεί να υποθέτουμε πως είναι εξοικειωμένος και με την κουλτούρα. Σκεφτείτε την ποικιλομορφία που χαρακτηρίζει τους πληθυσμούς στη Βρετανία, την Ινδία, την Αμερικανική Σαμόα και τη Νότια Αφρική, οι οποίοι μιλούν αγγλικά. Η απουσία του εμποδίου της γλώσσας δεν αποκλείει την ύπαρξη πολιτισμικών εμποδίων. Είναι πιθανό να εξακολουθείτε να πρέπει να επιτύχετε μια “πολιτισμική διερμηνεία”.

προκύπτουν προβλήματα γλωσσικών εμποδίων, πρέπει να γνωρίζουμε τι διαθέσιμη βοήθεια υπάρχει και πως να χρησιμοποιούμε αποτελεσματικά την παρουσία διερμηνέων (Seeleman et al., 2009). Η βοήθεια από ιατρικούς διερμηνείς έχει θετική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο φαίνεται πως συνεχίζουμε να χρησιμοποιούμε μεθόδους επικοινωνίας που υπολείπονται του βέλτιστου (π.χ. τα μέλη της οικογένειας). Παρότι η ευρύτερη αποδοχή της βοήθειας από ιατρικούς διερμηνείς προϋποθέτει αλλαγές στις πολιτικές και σε επίπεδο συστήματος, η εκπαίδευση των υγειονομικών παρόχων και η ενθάρρυνσή τους εξακολουθούν να είναι εξαιρετικά σημαντικές (DeCamp et al., 2013).

Το Άτομο ως Προτεραιότητα της Υγειονομικής Περίθαλψης

Μπορούμε να βλέπουμε τον κάθε συγκεκριμένο ασθενή να βρίσκεται στο κέντρο αναρίθμητων ομόκεντρων κύκλων. Οι πιο εξωτερικοί κύκλοι παριστούν αναγκαστικές καθολικές εμπειρίες (π.χ. το θάνατο). Οι κύκλοι που είναι πιο κοντά στο κέντρο παριστούν τις διάφορες πολιτισμικές ομάδες ή υποομάδες στις οποίες πρέπει αναγκαστικά να ανήκει κάποιος. Οι διαρκείς αλλαγές επιφέρουν προσαρμογές και αφομοίωση. Οι κύκλοι διαρκώς αλληλοδιαπλέκονται και αλληλοεπικαλύπτονται. Για παράδειγμα, μια συχνή εμπειρία για τις Ηνωμένες Πολιτείες έχει καταστεί το οικονομικό κέρδος να βρίσκεται στη ρίζα της αφομοίωσης πολλών εθνικών ομάδων. Παρότι αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη ομοιογένεια του πληθυσμού, οι συμπεριφορές που προσδιορίζονται εθνικά ή ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου του κάθε ατόμου είναι πιθανό να είναι μοναδικά χαρακτηριστικά. Η

πρόβλεψη του χαρακτήρα ενός ατόμου μόνο με βάση τη συνήθη πολιτισμική συμπεριφορά, ή το στερεότυπο, δεν είναι αρμόζουσα. Με βάση την έκθεση της Κοινής Επιτροπής του 2010 “Checklist to Improve Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family-Centered Care Across the Care Continuum,” [Λίστα για τη βελτίωση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της πολιτισμικής επάρκειας και της ασθενο- και οικογενειο- κεντρικής περίθαλψης σε όλο το φάσμα της περίθαλψης], οι White και Stubblefield-Tave (2016) μας θυμίζουν πως οι ασυνείδητες μεροληψίες, τα στερεότυπα, ο ρατσισμός, οι μεροληψίες βάση φύλου και η περιορισμένη επάρκεια στην Αγγλική γλώσσα είναι οι παράγοντες που βρίσκονται πίσω από τις υγειονομικές ανισότητες. Επίσης, μας δίνουν μια δική τους λίστα συστάσεων προς τους υγειονομικούς παρόχους ώστε να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα αυτά με στόχο τη μείωση των διαφορών στον τομέα της περίθαλψης (Πλαίσιο 1.3).

Συχνά προκύπτουν ηθικά ζητήματα όταν η περίθαλψη ενός ατόμου έρχεται σε σύγκρουση με τις χρηστικές ανάγκες της ευρύτερης κοινότητας, ειδικά υπό το πρίσμα των περιορισμένων πόρων και, στις Ηνωμένες Πολιτείες, με την αύξηση του υγειονομικού κόστους. Οι πολιτισμικές στάσεις των ασθενών μας, που μερικές φορές είναι ασαφείς και ελάχιστα κατανοητές, μπορεί να δημιουργούν περιορισμούς στην επαγγελματική μας συμπεριφορά και να θολώνουν το πλαίσιο εντός του οποίου περιθάλπουμε τον ασθενή. Στο Πλαίσιο 1.4 υπάρχει ένας οδηγός που βοηθά στην κατανόηση των πεποιθήσεων και των πρακτικών του ασθενούς, με στόχο μια εξατομικευμένη, πολιτισμικά επαρκή περίθαλψη. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά την περίθαλψη ασθενών που αυτό-προσδιορίζονται ως λεσβίες, gay, bisexual, transgender, queer ή αμφίβολου φύλου και θεωρούνται σεξουαλικές μειονότητες ή μειονότητες βάση φύλου (SGMs). Δυστυχώς, τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα με διακρίσεις και απαξίωση στο υγειονομικό περιβάλλον. Συνεπώς, έχει τεράστια σημασία οι υγειονομικοί πάροχοι να επενδύουν χρόνο στην απόκτηση πολιτισμικής επάρκειας και στην ανάπτυξη πολιτισμικής ταπεινοφροσύνης ώστε να μπορούν να δουλεύουν αποτελεσματικά με τους SGM ασθενείς. Συγκεκριμένες ευθύνες που αναφέρονται είναι η παροχή ενός φιλόξενου και ασφαλούς περιβάλλοντος, η λήψη του ιστορικού με ευαισθησία και συμπόνια προς τον ασθενή και η διενέργεια της κλινικής εξέτασης με τρόπο ώστε να “επιβεβαιώ-

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.3

Ο Ρόλος των Παρόχων στη Μείωση των Διαφορών που Παρατηρούνται στον Τομέα της Υγείας

Αυτή η τροποποιημένη “λίστα πολιτισμικής επάρκειας” αποτελεί έναν οδηγό που σκοπεύει να βοηθήσει τους παρόχους να συνεργαστούν με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ώστε να τους παρέχουν περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Στην προσπάθειά μας να επιτύχουμε την πολιτισμική ταπεινοφροσύνη, θα πρέπει να πασχίζουμε να ενσωματώσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες από αυτές τις συστάσεις στην καθημερινή μας κλινική πράξη.

1. Ανθρωποποιήστε τον ασθενή σας.
2. Αναγνωρίστε τις συνειδητές και ασυνείδητες μεροληψίες και παρακολουθήστε τις.
3. Εφαρμόστε τη μέθοδο teach-back.
4. Βοηθήστε τον ασθενή να μάθει για τη νόσο ή την κατάστασή του.
5. Καλωσορίστε έναν φίλο, σύντροφο ή/και μέλη της οικογένειας του ασθενούς.
6. Μάθετε μερικές λέξεις και φράσεις- κλειδιά στις πιο συνηθισμένες γλώσσες της περιοχής σας.
7. Χρησιμοποιήστε όπου χρειάζεται έναν πιστοποιημένο ιατρικό διερμηνέα.
8. Να έχετε επίγνωση πως υπάρχει η πιθανότητα “ψευδούς επάρκειας” (η δεξιότητα του κλινικού στη γλώσσα πρέπει να ελέγχεται και να πιστοποιείται).
9. Αναζητήστε εκπαίδευση στη συνεργασία με έναν διερμηνέα.
10. Εξετάστε τις γνώσεις για ζητήματα υγείας των ασθενών σας.
11. Απαντήστε συμπονετικά στις αιτιάσεις των ασθενών.
12. Να θεωρείτε το ίδρυμα στο οποίο εργάζεστε υπεύθυνο για την παροχή πολιτισμικά και γλωσσικά επαρκούς περίθαλψης.
13. Συστήστε στο ίδρυμα με το οποίο συνεργάζεστε, οι αναλύσεις που κάνει για την ικανοποίηση των ασθενών και την έκβαση της νόσου τους να περιλαμβάνουν δεδομένα για την πολιτισμική τους ομάδα και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις αναλύσεις αυτές να οδηγούν σε ξεκάθαρη ανάληψη δράσης.
14. Ενθαρρύνετε τους ασθενείς να συμπληρώνουν τις φόρμες ικανοποίησης ασθενούς και τις φόρμες δημογραφικών στοιχείων.

Τροποποίηση από White and Stubblefield-Tave (2016).

νεται το φύλο” του ασθενούς (π.χ. χρησιμοποιώντας το σωστό του όνομα και τις αντωνυμίες που προτιμά). Στο Πλαίσιο 1.5 παρατίθενται χρήσιμες ορολογίες (Center for Excellence for Transgender Health, 2016) και στο Πλαίσιο 1.6 γίνεται ανασκόπηση των κοινωνικών, νομικών και ιατρικών διαστάσεων που έχει η μετάβαση των διεμφυλικών και ποικιλόμορφου φύλου ατόμων.

Διεπαγγελματική Περίθαλψη – Μια Πολιτισμική Στροφή στα Επαγγέλματα Υγείας

Υπάρχει μια αρμονία – μια ενότητα- στην περίθαλψη των ασθενών, που δεν υπόκειται σε περιορισμούς λόγω πολιτισμικών και διοικητικών φραγμών του κάθε επαγγέλματος υγείας. Ο βαθμός στον οποίο δημιουργούμε τομείς περίθαλψης επιτρέποντας σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κουλτούρες και ανάγκες να προηγούνται έναντι των αναγκών των ασθενών, μπορεί να παρεμποδίζει την επίτευξη αυτής της αρμονίας. Το 2010, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) δημοσίευσε το “The Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.” [Πλαίσιο Δράσης για τη Διεπαγγελματική Εκπαίδευση και Συνεργατική Πρακτική]. Στην έκδοση αυτή, η διεπαγγελματική εκπαίδευση περιγράφεται ως εκπαίδευση στην οποία “φοιτητές από δύο ή περισσότερους επιστημονικούς κλάδους μαθαίνουν ο ένας για τον άλλο, ο ένας από τον άλλο και όλοι μαζί, με στόχο να επιτευχθεί η αποτελεσματική συνεργασία και να βελτιωθούν οι υγειονομικές εκβάσεις”. Σύμφωνα με τον WHO, αυτό το είδος εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε “διεπαγγελματική συνεργατική πρακτική”, δηλαδή σε μια πρακτική στην οποία μέλη της υγειονομικής ομάδας που προέρχονται από διαφορετικούς κλάδους εργάζονται μαζί ώστε να παρέχουν περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Έχει σημειωθεί μια έκρηξη στις εκδόσεις προγραμμάτων σπουδών για τη διεπαγγελματική εκπαίδευση, καθώς και στην ομαδική εκπαίδευση για σπουδαστές και διδακτικό προσωπικό. Παρότι τα περισσότερα προγράμματα σπουδών για φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής επικεντρώνονται στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να εξελιχθούν ώστε να ασχολούνται με ζητήματα πολιτισμικής ταπεινοφροσύνης και να λαμβάνουν υπόψη την ποικιλομορφία των πληθυσμών των ασθενών (Foronda et al., 2016).

Η Επίδραση της Κουλτούρας στη Νόσο

Η νόσος διαμορφώνεται από την ασθένεια και η ασθένεια- η πλήρης έκφραση της επίδρασης που έχει η νόσος στον ασθενή- διαμορφώνεται από το σύνολο της εμπειρίας του ασθενούς. Ο καρκίνος είναι μια νόσος. Ο ασθενής που αντιμετωπίζει τον καρκίνο, αντιδρά σε αυτόν και προσπαθεί να ζήσει με αυτόν παρουσιάζει μια ασθένεια- είναι “ασθενής” ή “άρρωστος”. Ο ορισμός του “ασθενής” ή “άρρωστος” βασίζεται στο σύστημα πεποιοθήσε-

ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πολιτισμικές Προσαρμογές στον Προσυμπτωματικό Έλεγχο (Screening)

Συχνά χρησιμοποιούμε διάφορα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου για να προσδιορίσουμε ανησυχίες γύρω από ζητήματα υγείας και να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να είναι καλά. Αυτά τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου, βασίζονται σε νόρμες που μπορεί να μην ισχύουν για όλες τις κουλτούρες. Τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να εμπεριέχουν πολιτισμικές μεροληψίες και να οδηγούν σε παραπλανητικές πληροφορίες. Όπου αυτό είναι δυνατόν, θα πρέπει να χρησιμοποιούμε εργαλεία που έχουν υποστεί προσαρμογές και έχουν ελεγχθεί για χρήση σε άτομα που ανήκουν στις συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες των ασθενών μας. Το ευτύχημα είναι πως πολλά εργαλεία έχουν πιστοποιηθεί για χρήση σε φυλετικές και εθνικές υποομάδες (Manuel et al., 2015). Πριν προχωρήσουμε στην εφαρμογή ενός εργαλείου προσυμπτωματικού ελέγχου, είναι ευθύνη μας να διασφαλίσουμε πως αυτό είναι πιστοποιημένο και στο ενδεδειγμένο επίπεδο επάρκειας για το συγκεκριμένο πληθυσμό των ασθενών μας.

ων του ατόμου και καθορίζεται κατά μεγάλο μέρος από τον εμπολιτισμό του. Αυτό ισχύει για ένα βραχύ, ουσιαστικά ελαφρύ επεισόδιο αλλά και για μια χρόνια, επιφέρουσα αναπηρία διαταραχή που αλλάζει τη ζωή του ατόμου. Εάν δεν εξετάσουμε την ουσία της ασθένειας – τις βιολογικές, συναισθηματικές και πολιτισμικές πτυχές της- συχνά δε θα καταφέρουμε να παράσχουμε ολοκληρωμένη περίθαλψη. Προς την κατεύθυνση αυτού του επιχειρήματος, σκεφτείτε για παράδειγμα πως ενώ είστε στο ντους κάνετε μια αυτό-εξέταση και ενώ είστε ακόμη νέος, με την καριέρα σας μπροστά, ανακαλύπτετε χωρίς να το περιμένετε μια μάζα στο μαστό ή τον όρχι σας. Ποια θα ήταν η αντίδρασή σας; Ποια μπορεί να ήταν η αντίδραση των άλλων;

Οι Συνιστώσες μιας Πολιτισμικής Απόκρισης

Όταν υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές, θα πρέπει να καταβάλλουμε κάθε προσπάθεια να καταλάβουμε πλήρως τι εννοεί ο ασθενής και να μάθουμε ακριβώς τι πιστεύει πως εννοούμε εμείς με τα λόγια και τις πράξεις μας. Το να ρωτάμε τον ασθενή εάν δεν είμαστε σίγουροι δείχνει περιέργεια και είναι πολύ καλύτερο από το να προβαίνουμε σε μια υπόθεση, η οποία ίσως να καταλήξει σε ένα επιζήμιο σφάλμα. Αποφύγετε να προβαίνετε σε υποθέσεις για τις πολιτισμικές πεποιοθήσεις και

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.4 Οδηγός Πολιτισμικής Αξιολόγησης: Οι πολλές Πτυχές της Κατανόησης**Πεποιθήσεις και Πρακτικές γύρω από την υγεία**

- Πως ορίζει ο ασθενής την υγεία και την ασθένεια; Πως εκφράζονται τα συναισθήματα που αφορούν τον πόνο, την ασθένεια γενικά ή το θάνατο;
- Χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες μέθοδοι για τη διατήρηση της υγείας, όπως πρακτικές υγιεινής και αυτό-φροντίδας;
- Υπάρχουν συγκεκριμένες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ασθένειας;
- Ποια στάση υπάρχει προς τα προληπτικά ιατρικά μέτρα όπως οι εμβολιασμοί;
- Υπάρχουν ζητήματα υγείας προς τα οποία ο ασθενής να είναι πολύ ευαίσθητος ή να τα θεωρεί ταμπού;
- Υπάρχουν περιορισμοί τους οποίους επιβάλλει η ντροπή, οι οποίοι θα πρέπει να γίνουν σεβαστοί; Για παράδειγμα, υπάρχουν περιορισμοί όσον αφορά το να εκτίθενται μέρη του σώματος, να γίνεται συζήτηση για τη σεξουαλική υγεία ή μήπως υπάρχουν στάσεις προς συγκεκριμένες διαδικασίες όπως ο τερματισμός μιας κύησης ή η διατομή των σπερματικών πόρων (βαζεκτομή);
- Ποιες είναι οι στάσεις έναντι της ψυχικής νόσου, των χρόνιων παθήσεων, του θανάτου και της διαδικασίας του θανάτου; Υπάρχουν περιορισμοί στον τρόπο που γίνεται συζήτηση για τα ζητήματα αυτά με τον ασθενή ή αναφορικά με συγγενείς και φίλους;
- Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια που να είναι υπεύθυνο για τις διάφορες αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία, όπως που πρέπει να απευθυνθεί κανείς, ποιόν πρέπει να δει και ποιες συμβουλές να ακολουθήσει;
- Μήπως προτιμά ο ασθενής έναν επαγγελματία της υγείας του ίδιου φύλου, ηλικίας και εθνικού και φυλετικού υπόβαθρου;

Επιρροές Βασισμένες στην Πίστη και Ειδικά Τελετουργικά

- Υπάρχει κάποια θρησκεία ή πίστη που ακολουθεί ο ασθενής;
- Υπάρχει κάποιο σημαντικό άτομο στο οποίο προστρέχει ο ασθενής για συμβουλές και υποστήριξη;
- Υπάρχουν κάποιες βασισμένες στην πίστη του ιδιαίτερες πρακτικές ή πεποιθήσεις που μπορεί να επηρεάζουν την υγειονομική περίθαλψη όταν ο ασθενής είναι άρρωστος ή πεθαίνει;

Γλώσσα και Επικοινωνία

- Ποια γλώσσα μιλιέται στο σπίτι του ασθενούς;
- Πόσο καλά καταλαβαίνει ο ασθενής τα Αγγλικά, τόσο τα προφορικά όσο και τα γραπτά;

- Υπάρχουν συγκεκριμένα σημάδια που δείχνουν σεβασμό ή ασέβεια;
- Το άγγιγμα περιλαμβάνεται στην επικοινωνία;
- Χρειάζεται διερμηνέας; (εάν χρειάζεται, το άτομο που θα αναλάβει θα πρέπει ιδανικά να είναι εκπαιδευμένος επαγγελματίας και όχι μέλος της οικογένειας).

Γονεϊκά Στυλ και Ρόλος της Οικογένειας

- Ποιος παίρνει τις αποφάσεις στην οικογένεια;
- Ποια είναι η σύνθεση της οικογένειας; Πόσες γενιές θεωρούνται μία οικογένεια και ποιοι συγγενείς αποτελούν την οικογενειακή μονάδα;
- Ποιος είναι ο ρόλος των παιδιών στην οικογένεια και ποια η στάση προς αυτά;
- Τα μέλη της οικογένειας επιδεικνύουν σωματική τρυφερότητα προς τα παιδιά τους και μεταξύ τους;
- Υπάρχουν ιδιαίτερες πεποιθήσεις και πρακτικές όσον αφορά τη σύλληψη, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη γαλουχία και την ανατροφή των παιδιών; Εφαρμόζεται η πρακτική του ύπνου στο ίδιο κρεβάτι με τα παιδιά; (εάν ναι, χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος όσον αφορά τις ασφαλείς πρακτικές ύπνου για βρέφη ηλικίας 12 μηνών και κάτω).

Πηγές Υποστήριξης Πέραν της Οικογένειας

- Υπάρχουν εθνικοί ή πολιτισμικοί φορείς που μπορεί να επηρεάζουν την προσέγγιση του ασθενούς προς την υγειονομική περίθαλψη;
- Υπάρχουν άτομα στο κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς που μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψή του για την υγεία και τη νόσο;
- Υπάρχει κάποια συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα με την οποία να ταυτίζεται ο ασθενής; Μπορεί αυτό να τεκμηριωθεί με βάση το που έχει γεννηθεί και ζήσει ο ασθενής;

Διατροφικές πρακτικές

- Ποιος είναι υπεύθυνος για την προετοιμασία των γευμάτων;
- Υπάρχουν τροφές που απαγορεύονται με βάση την κουλτούρα ή τροφές που θεωρούνται πολιτισμική προϋπόθεση για να παραστεί κανείς σε ένα τελετουργικό ή μια τελετή;
- Πως γίνεται η προετοιμασία και η κατανάλωση του φαγητού;
- Υπάρχουν συγκεκριμένες πεποιθήσεις ή προτιμήσεις όσον αφορά τα φαγητά, όπως για παράδειγμα ότι κάποιες τροφές μπορεί να προκαλούν ή να θεραπεύουν μια ασθένεια;
- Υπάρχουν περίοδοι που απαιτούν νηστεία; Ποιες είναι αυτές;

συμπεριφορές, χωρίς να ζητάτε την επιβεβαίωση του ασθενούς.

Οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές που μπορεί να έχουν επίδραση στην αξιολόγηση του ασθενούς, περιλαμβάνουν τα εξής:

- Τρόποι επικοινωνίας: η χρήση της γλώσσας, της γλώσσας του σώματος και του χώρου.
- Πεποιθήσεις και πρακτικές σχετικά με την υγεία που μπορεί να διαφέρουν από τις δικές σας ή αυτές άλλων ασθενών που έχετε περιθάλψει.

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.5**Φύλο, Διεμφυλικά Άτομα
και Ορολογία που Αφορά τη
Σεξουαλικότητα**

Κοινωνικό φύλο (Gender)/Ταυτότητα φύλου (gender identity): Όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την εσωτερική αίσθηση του ατόμου για το ποιος είναι και πως εντάσσεται στον κόσμο από την οπτική του φύλου.

Βιολογικό φύλο (Sex): Αναφέρεται στο φύλο που αποδίδεται κατά τη γέννηση και βασίζεται ιστορικά στην εν τάχει επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Συχνά το βιολογικό φύλο χρησιμοποιείται εναλλακτικά με το κοινωνικό φύλο, παρότι οι όροι δεν είναι συνώνυμοι.

Διεμφυλικός (Transgender): Το άτομο του οποίου η ταυτότητα φύλου διαφέρει από το βιολογικό φύλο που του αποδόθηκε κατά τη γέννηση· ένας διεμφυλικός άνδρας είναι ένα άτομο με ανδρική ταυτότητα φύλου και γυναικείο βιολογικό φύλο αποδοθέν κατά τη γέννηση· μια διεμφυλική γυναίκα είναι ένα άτομο με γυναικεία ταυτότητα φύλου και αρρεν βιολογικό φύλο αποδοθέν κατά τη γέννηση.

Άτομα με ποικιλομορφία φύλου (Gender-diverse): Άτομα των οποίων η ταυτότητα φύλου διαφέρει από το βιολογικό φύλο που τους αποδόθηκε κατά τη γέννηση, αλλά μπορεί να είναι πιο σύνθετη ή ρευστή. Μπορεί να περιλαμβάνει άτομα που προσδιορίζονται ως μη-δυαδικά (nonbinary), φυλοπαράξενα (genderqueer), ρευστόφυλα (gender fluid), ή με βάση άλλες περιγραφές. **Αυτά/αυτά/ αυτών (They/them/ their):** Οι μη φυλετικές αντωνυμίες (στα αγγλικά και μη έμφυλες γλώσσες) χρησιμοποιούνται από άτομα που προσδιορίζονται ως non-binary (που σημαίνει πως δεν προσδιορίζονται ως αποκλειστικά αρσενικά ή θηλυκά εντός του παραδοσιακού δίπολου του αρσενικού ή θηλυκού της βασισμένης στη Δυτική Ευρώπη κουλτούρας).

Σεξουαλικός προσανατολισμός: όρος που περιγράφει τη σεξουαλική, ρομαντική, συναισθηματική ή σωματική έλξη ενός ατόμου προς άλλα άτομα.

Παρατήρηση: Ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου αποτελούν διαφορετικές διαστάσεις του ατόμου και καθεμιά καθορίζεται από το ίδιο το άτομο.

Από: Center of Excellence for Transgender Health (2016).

- Διατροφικές και θρεπτικές πρακτικές.
- Η φύση των σχέσεων στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινότητας.

Οι στάσεις απέναντι στην αυτονομία μπορεί να βασίζονται στο πολιτισμικό υπόβαθρο και το σύστημα πεποιθήσεων του ασθενούς. Το ασθενο-κεντρικό μοντέλο περίθαλψης, που τυγχάνει ακόμη ευρέως σεβασμού στις Ηνωμένες Πολιτείες, μπορεί να

αντίκειται σε ένα περισσότερο οικογενειο-κεντρικό μοντέλο που ίσως κυριαρχεί σε άλλα μέρη του κόσμου. Στην Ιαπωνία, για παράδειγμα, η οικογένεια θεωρείται γενικά ως η νόμιμη αρχή λήψης αποφάσεων όσον αφορά την ικανότητα ή την ανικανότητα του ασθενούς. Άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες κουλτούρες (π.χ. άτομα από τη Μέση Ανατολή ή οι Ιθαγενείς Αμερικανοί Navajo), πιστεύουν πως δε θα πρέπει να αποκαλύπτουμε ποτέ σε έναν ασθενή τη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου ή μιας θανατηφόρου νόσου, η στάση αυτή ωστόσο δεν υπάρχει στους Αμερικανούς με Ευρωπαϊκές ή Αφρικανικές παραδόσεις. Παραδοσιακά, τα μέλη της κουλτούρας των Navajo πιστεύουν πως η σκέψη και η γλώσσα έχουν τη δύναμη να διαμορφώνουν την πραγματικότητα. Το να μιλάει κανείς για μια ενδεχόμενη έκβαση θεωρείται πως σιγουρεύει την έκβαση αυτή. Συνεπώς, για αυτούς, είναι σημαντικό να αποφεύγουμε να σκεπτόμαστε ή να μιλάμε με αρνητικό τρόπο. Μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την κατάσταση αυτή μιλώντας σε τρίτο πρόσωπο ή μιλώντας για μια ασαφή πιθανότητα. Θα μπορούσε επίσης κανείς να αναφερθεί σε μια εμπειρία που είχε από τη δική του οικογένεια. Προφανώς, οι διαμάχες που μπορεί να προκύψουν από τις διαφορετικές οπτικές περί αυτονομίας, θρησκείας και κοινοποίησης πληροφοριών, προϋποθέτουν μια προσπάθεια που στο επίκεντρό της έχει τη σαφή κατανόηση των στόχων του ασθενούς. Ωστόσο, είναι επίσης σημαντικό να θυμόμαστε πως ένας ασθενής μπορεί να μην αποτελεί χαρακτηριστικό δείγμα των στάσεων που έχει η ομάδα προέλευσής του.

Τρόποι επικοινωνίας

Η επικοινωνία και η κουλτούρα είναι αλληλοδι-απλεκόμενες, λόγω κυρίως του τρόπου με τον οποίο εκφράζονται τα συναισθήματα λεκτικά και μη λεκτικά. Η ίδια λέξη μπορεί να έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άνθρωπο. Για παράδειγμα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο όρος “practicing physician” αναφέρεται σε έναν εκπαιδευμένο επαγγελματία με πείρα. Ωστόσο, ο όρος “practicing” παραπέμπει σε έλλειψη εμπειρίας και σε status εκπαιδευόμενου για κάποιον Ιθαγενή της Αλάσκας ή κάποιον με καταγωγή από τη Δυτική Ευρώπη. Παρομοίως, το άγγιγμα, οι εκφράσεις του προσώπου, οι κινήσεις των ματιών και η στάση του σώματος, μπορεί να έχουν όλα διάφορες σημασίες.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, οι άνθρωποι μπορεί να μιλούν πιο δυνατά και να ανησυχούν λιγότερο μήπως τους ακούσουν, συγκριτι-

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.6

Παροχή Υγειονομικής Περιθαλψης για Διεμφυλικούς (Transgender) και Ποικιλόμορφου Φύλου (Gender- Diverse) Άτομα

Στον 21^ο αιώνα, μια τάση που παρατηρείται στην ιατρική είναι η απομάκρυνση από μια ψυχοπαθολογική προσέγγιση της περίθαλψης transgender και gender-diverse ατόμων (TGD). Η προσέγγιση που ακολουθούνταν παραδοσιακά στο παρελθόν αποδείχθηκε πως δε στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και λειτουργούσε προς την κατεύθυνση του κοινωνικού στιγματισμού και των διακρίσεων για τα TGD άτομα. Το να είναι κανείς transgender ή gender-diverse δεν αποτελεί ψυχική νόσο ή διαταραχή – η διαταραχή ταυτότητας φύλου αφαιρέθηκε από τη λίστα του Diagnostic and Statistics Manual (DSM) το 2013. Στο ICD-11 η ασυμφωνία φύλου θα βγει από το κεφάλαιο της ψυχικής υγείας και θα περάσει στο κεφάλαιο της σεξουαλικής υγείας. Καθώς εξελίσσονται οι γνώσεις μας για τα TGD άτομα, θα πρέπει να εξελίσσεται επίσης και η κατανόηση των επαγγελματιών της υγείας. Στα πλαίσια της συζήτησης περί της κλινικής εξέτασης, είναι επωφελές να απομακρυνθούμε από την οπτική που αποδίδει την ανατομία σε ένα δυαδικό φύλο ή ένα νομικό φύλο. Αντί αυτού, θα πρέπει να βλέπουμε τους ασθενείς ως άτομα και να τους προσεγγίζουμε από τη δική τους σκοπιά ολιστικά.

Ο όρος μετάβαση (transition) χρησιμοποιείται από πολλούς για να περιγράψει τη διαδικασία του να αλλάξει κανείς και περάσει από το να ζει τη ζωή του ευθυγραμμισμένος με το φύλο που του δόθηκε στη γέννηση σε μια ζωή συμβατή με την ταυτότητα φύλου του. Γενικά, η διαδικασία αυτή είναι πολυδιάστατη και συχνά περιλαμβάνει κοινωνικές, νομικές και ιατρικές πτυχές.

Κοινωνική μετάβαση

Η διαδικασία της τροποποίησης του τρόπου με τον οποίο βλέπει η κοινωνία το άτομο και του τρόπου που το άτομο αλληλεπιδρά με την κοινωνία, υπό το πρίσμα του φύλου. Ένα άτομο μπορεί να τροποποιήσει την έκφραση του φύλου του (π.χ. την εμφάνιση ή τους μανιερισμούς), να αποκαλυφθεί στους άλλους (π.χ. οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, μέλη της κοινότητας) ή μπορεί να χρησιμοποιεί προσθετικά υλικά (π.χ. περούκες, πρόσθετο στήθος ή ενίσχυση) (UCSF, 2019). Αξίζει να σημειωθεί για τους γιατρούς που βλέπουν ασθενείς πως ένα άτομο μπορεί να εφαρμόζει περίδεση στο στήθος για να φαίνεται πιο αρρενωπό ή να κρύβει τους όρχεις του (να τους σπρώχνει μέσα στο βουβωνικό πόρο) για να φαίνεται πιο θηλυκό. Αμφότερες αυτές οι πρακτικές μπορεί να έχουν κλινικές συνέπειες.

Νομική μετάβαση

Είναι η διαδικασία για να επικαιροποιήσει κανείς τα κυβερνητικά έγγραφα που πιστοποιούν την ταυτότητά του, όπως το πιστοποιητικό γέννησης, η άδεια οδήγησης ή το διαβατήριό. Οι προϋποθέσεις για αυτή την επικαιροποίηση διαφέρουν κάθε φορά ανάλογα με την αρχή που έχει τη δικαιοδοσία, συμπεριλαμβανομένων τυχόν προϋποθέσεων που εμπύπτουν στον τομέα της ιατρικής. Πολλές αρχές δε θέτουν

πιά ως προαπαιτούμενο να έχει γίνει χειρουργική επέμβαση στα γεννητικά όργανα και όλο και περισσότερες αναγνωρίζουν το nonbinary ως βιολογικό φύλο με νομική ισχύ. Στα πλαίσια αυτά έχει σημασία να γνωρίζουν οι επαγγελματίες της υγείας πως δε θα πρέπει να υποθέτουν ποιο είναι το νομικό φύλο του ασθενούς με βάση μόνο τα ανατομικά δεδομένα.

Ιατρική μετάβαση

Πολλά TGD άτομα δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα αναφορικά με τη μετάβαση ή τη ζωή τους με τον αυθεντικό εαυτό τους. Για όσα άτομα αναζητούν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, οι παρεμβάσεις είναι επίσης πολύ εξατομικευμένες. Αυτό που μπορεί να είναι ιατρικά αναγκαίο για ένα άτομο μπορεί να μη χρειάζεται για κάποιο άλλο. Γενικά, η ιατρική μετάβαση μπορεί να περιλαμβάνει ψυχιατρική περίθαλψη και υποστήριξη, ορμονοθεραπεία και επιβεβαιωτικές του φύλου χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς και απομάκρυνση της τριχοφυΐας, λογοθεραπεία και διατήρηση της γονιμότητας, μεταξύ άλλων (UCSF, 2019). Τα Standards of Care της World Professional Association for Transgender Health (WPATH) παρέχουν μια ατομο-κεντρική, ευέλικτη προσέγγιση στην περίθαλψη. Το UCSF Center of Excellence for Transgender Health έχει δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες για παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η Ενδοκρινολογική Εταιρεία έχει θεσπίσει πρότυπα περίθαλψης όσον αφορά την ορμονοθεραπεία επιβεβαίωσης του φύλου. Από το 2020, η χρήση ορμονών για επιβεβαίωση του φύλου παραμένει μια off-label χρήση (εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων) για τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ [US Food and Drug Administration (FDA)].

Οι θηλεοποιητικές ορμόνες που χρησιμοποιούνται συνήθως περιλαμβάνουν:

- Οιστρογόνα
- Σπείρονολακτόνη
- Προγεστερόνη
- Λευπρολίδη

Οι αρρενοποιητικές ορμόνες που χρησιμοποιούνται συνήθως περιλαμβάνουν:

- Τεστοστερόνη

Παρατήρηση: Η λευπρολίδη και άλλοι αγωνιστές της εκλυτικής των γοναδοτροπινών ορμόνης (GnRH), χρησιμοποιούνται συχνά για την αναστολή της ήβης σε TGD ενήλικες. Οι χειρουργικές επεμβάσεις επιβεβαίωσης φύλου που χρησιμοποιούνται συχνά περιλαμβάνουν:

- Χειρουργικές επεμβάσεις στο πρόσωπο (σαγόني, μέτωπο, μύτη, μάγουλα)
- Χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα (“το πάνω μέρος”) (αυξητική μαστών ή αρρενοποίηση του θώρακα/ αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή)
- Χειρουργικές επεμβάσεις των γεννητικών οργάνων (“το κάτω μέρος”) (ορχεκτομή, κολποπλαστική, υστερεκτομή, μετοειδοπλαστική, φαλλοπλαστική)

κά με άλλους. Οι Άγγλοι, από την άλλη, ανησυχούν περισσότερο μήπως τους ακούσουν και μιλούν με μέτρια ένταση της φωνής. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι άνθρωποι μπορεί να είναι ευθείς στη συζήτηση και να ανυπομονούν να γίνουν αντιληπτοί λογικά, προτιμώντας να αποφεύγουν το υποκειμενικό και να καταλήγουν γρήγορα στο δια ταύτα. Οι Ιάπωνες τείνουν να ακολουθούν την αντίθετη κατεύθυνση, αναφέρονται εμμέσως σε κάτι και δίνουν έμφαση σε στάσεις και συναισθήματα. Η σιωπή, παρότι μερικές φορές μπορεί να προκαλεί αμηχανία σε πολλούς από εμάς, για τους Ιθαγενείς Αμερικανούς είναι χρήσιμη γιατί τους δίνει χρόνο να σκεφτούν· η απόκριση δε θα πρέπει να εκβιάζεται και θα πρέπει να εξασφαλίζεται κάποιος χρόνος σιωπής.

Πολλές ομάδες χρησιμοποιούν τη βλεμματική επαφή. Οι Ισπανοί κοιτούν ο ένας τον άλλο στα μάτια και περιμένουν να δουν τι επίδραση έχει αυτό που λένε. Οι Γάλλοι επίσης κοιτάζουν επίμονα και συχνά χαζεύουν τον άλλο ανοιχτά. Ωστόσο, κάτι τέτοιο μπορεί να θεωρείται αγενές ή άσεμνο για κάποιες κουλτούρες της Ασίας ή της Μέσης Ανατολής. Οι Αμερικανοί είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να χαζεύουν τριγύρω και να μουγκρίζουν, να κουνούν το κεφάλι ή να λένε “Μάλιστα” ή “Α χα” για να δείξουν πως καταλαβαίνουν αυτό που τους λένε. Οι Βρετανοί τείνουν να αποφεύγουν το άγγιγμα και είναι λιγότερο επιρρεπείς στο να χτυπάνε τον άλλο στην χέρι για να τον καθησυχάσουν, κάτι που κάνουν, για παράδειγμα οι Ιταλοί.

Αυτά είναι λίγα μόνο παραδείγματα της πολιτισμικής ποικιλομορφίας που χαρακτηρίζει την επικοινωνία. Ωστόσο, δείχνουν πως υπάρχουν διάφορες συμπεριφορές στα πλαίσια των ομάδων. Όπως και με κάθε παράδειγμα που μπορεί να χρησιμοποιήσουμε, έτσι και όσα αναφέρονται για την επικοινωνία δε θα πρέπει να γίνονται αντιληπτά ως σταθερά χαρακτηριστικά για συγκεκριμένες ομάδες. Ωστόσο, οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο Πλαίσιο 1.4 μπορούν κάποιες φορές να μας δώσουν μια εικόνα για συγκεκριμένες καταστάσεις και να μας βοηθήσουν να αποφύγουμε την παρανόηση και την έλλειψη επικοινωνίας.

Τα πολιτισμικά και σωματικά χαρακτηριστικά τόσο του ασθενούς όσο και του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία μεταξύ τους (Εικόνα 1.2). Η κοινωνική τάξη, η φυλή, η ηλικία και το φύλο είναι μεταβλητές που χαρακτηρίζουν τον καθένα· μπορεί να διακόπτουν μια επιτυχημένη επικοινωνία όταν δεν καταβάλλεται προσπάθεια για αμοιβαία



ΕΙΚΟΝΑ 1.2

Η επίδειξη ευαισθησίας στις πολιτισμικές διαφορές που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα σε εσάς και τον ασθενή, μπορεί να βοηθήσει να μη συμβαίνουν λάθη στην επικοινωνία.

απόκτηση γνώσεων και κατανόηση (Βλέπε την Κλινική Συμβουλή “Η Επίδραση του Φύλου”). Ο νέος σε ηλικία φοιτητής ή υγειονομικός πάροχος και ο προχωρημένης ηλικίας ασθενής μπορεί να πρέπει να πασχίσουν περισσότερο για να αναπτύξουν μια σχέση με νόημα. Η αναγνώριση αυτών των διαφορών και η συζήτηση για αυτές, ξυπνούν γρηγορότερα τα συναισθήματα και μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μια πιο θετική επαφή τόσο για τον ασθενή όσο και για τον υγειονομικό πάροχο. Επιτρέπεται να ρωτάμε εάν ο ασθενής νιώθει άνετα μαζί μας ή με το δικό μας υπόβαθρο και κατά πόσον είναι διατεθειμένος να μιλήσει για αυτό.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ

Η Επίδραση του Φύλου

Σε μια ποιοτική μελέτη που εξέτασε βίντεο από επισκέψεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι γυναίκες γιατροί, επιδείκνυαν πιο “ασθενο-κεντρικές” επικοινωνιακές δεξιότητες σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Η μεγαλύτερη επικέντρωση στον ασθενή παρατηρούνταν όταν υπήρχε αλληλεπίδραση γυναίκας γιατρού με γυναίκα ασθενή. Οι προχωρημένης ηλικίας νοσηλευόμενοι ασθενείς που αντιμετώπιζονταν από γυναίκες παθολόγους είχαν μικρότερους δείκτες θνησιμότητας και επανεισαγωγών συγκριτικά με αυτούς που αντιμετώπιζονταν από άνδρες παθολόγους. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες που τους παρακολουθούσε άνδρας γιατρός ήταν πιθανότερο να λαμβάνουν συμβουλές διατροφής και άσκησης, συγκριτικά με εκείνους που τους παρακολουθούσε γυναίκα γιατρός.

Από Bertakis and Azari (2012), Pickett-Blakely et al. (2011), and Tsugawa et al. (2017).

Πεποιθήσεις και Πρακτικές γύρω από την Υγεία

Ο ασθενής μπορεί να έχει μια οπτική για την υγεία και την ασθένεια και μια προσέγγιση προς τη θεραπεία, που να έχουν διαμορφωθεί από συγκεκριμένες πεποιθήσεις και πρότυπα που προέρχονται από την κουλτούρα ή την πίστη. Εάν αυτή η οπτική είναι “επιστημονική” υπό την έννοια πως μπορεί να προσδιοριστεί μια αιτία για κάθε πρόβλημα με πολύ συγκεκριμένο τρόπο, τότε ο ασθενής είναι πιθανότερο να νιώθει άνετα με τις Δυτικού τύπου προσεγγίσεις για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, η επιστημονική οπτική είναι απλουστευτική και ψάχνει σε ένα πολύ στενό πλαίσιο για συγκεκριμένα αίτια και επιδράσεις. Μια πιο φυσική ή “ολιστική” προσέγγιση, διευρύνει το πλαίσιο. Μια τέτοια προσέγγιση βλέπει τις ζωές μας ως μέρος ενός πολύ μεγαλύτερου συνόλου (ολόκληρο τον κόσμο), που θα πρέπει να είναι σε αρμονία. Εάν διαταραχθεί η ισορροπία μπορεί να προκύψει η ασθένεια. Ο στόχος λοιπόν είναι η επίτευξη της ισορροπίας και της αρμονίας. Οι πτυχές αυτής της αντίληψης είναι εμφανείς σε πολλές ομάδες Ισπανόφωνων, Ιθαγενών Αμερικανών, Ασιατών και ατόμων από τη Μέση Ανατολή, ενώ σήμερα είναι όλο και περισσότερο εμφανείς και σε άτομα κάθε εθνικής ομάδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Πλαίσιο 1.7). Άλλες ομάδες πιστεύουν στο υπερφυσικό ή στις δυνάμεις του καλού και του κακού που καθορίζουν τη μοίρα του ατόμου. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, η ασθένεια μπορεί να θεωρείται ως τιμωρία για επιλήψιμες πράξεις του ατόμου.

Είναι σαφές πως μπορεί να υπάρχει μια αβεβαιότητα που βασανίζει πολλούς από εμάς, τόσο ως ασθενείς όσο και ως παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, επειδή οι εγγενείς βασισμένες στην πίστη ή φυσικές πεποιθήσεις μας μπορεί να συγκρούονται με τις διαθέσιμες επιλογές για τη θεραπεία της ασθένειας. Για παράδειγμα, σκεφτείτε ένα παιδί με κάταγμα, που είναι αποτέλεσμα μη σκόπιμου τραυματισμού ενόσω βρίσκονταν υπό την επίβλεψη της νταντάς του. Η πρώτη ανάγκη είναι να περιποιηθεί κανείς το κάταγμα. Αφού γίνει αυτό πρέπει να γίνει συζήτηση με τους γονείς για τις τύψεις που μπορεί να νιώθουν επειδή έλειπαν στην εργασία τους. Μπορεί να πιστεύουν πως ο τραυματισμός αυτός ήταν μια τιμωρία από το Θεό. Είναι σημαντικό να αντιλαμβανόμαστε και να σεβόμαστε πεποιθήσεις που μπορεί να διαφέρουν από τις δικές μας και να μπορούμε να συζητάμε για αυτές χωρίς υποτιμητική διάθεση, κατά τρόπον ώστε να μπορούμε να εισφέρουμε και τη δική μας οπτική. Αυτό μπορεί

να βρίσκει εφαρμογή στις τύψεις ενός γονιού και στη χρήση βοτάνων, τελετουργικών και θρησκευτικών συμβόλων. Στο κάτω κάτω, η φαρμακοποιία της Δυτικής ιατρικής βρίθκει φυτών και βοτάνων που σήμερα τα αποκαλούμε φάρμακα (βλέπε την Κλινική Συμβουλή “Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες για το Κοινό Κρυολόγημα”). Η δυσκολία μας να κατανοήσουμε την πεποίθηση του άλλου δεν ακυρώνει την ουσία αυτής, ούτε η προσήλωση ενός ασθενούς σε μια συγκεκριμένη πεποίθηση αποκλείει πως μπορεί να ακολουθεί ταυτόχρονα την αγωγή που του δίνουν αλλοπαθητικοί ή οστεοπαθητικοί επαγγελματίες της υγείας.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ

Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες για το Κοινό Κρυολόγημα

Τα σπιτικά γιατρικά για το κοινό κρυολόγημα χρησιμοποιούνται ευρέως. Στα παιδιά μπορεί να είναι αποτελεσματικές οι εξής θεραπείες: μέλι φαγόπυρου, τρίψιμο με varogub, γεράνι και θεϊκός ψευδάργυρος. Στους ενήλικες, η Echinacea purpurea, το εκχύλισμα γερανιού και ο γλυκονικός ψευδάργυρος μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Όταν ρωτάμε τον ασθενή για τα φάρμακα που λαμβάνει δεν πρέπει να ξεχνάμε να τον ρωτάμε εάν χρησιμοποιεί συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες. Χρησιμοποιώντας μια μη επικριτική προσέγγιση, μπορεί κανείς να ξεκινήσει κάνοντας την ερώτηση “Τι άλλο έχετε δοκιμάσει;”

Από Fashner et al. (2012).

Οικογενειακές Σχέσεις

Η δομή της οικογένειας και οι κοινωνικοί φορείς στους οποίους ανήκει ο ασθενής (π.χ. φορείς που έχουν σαν βάση τους την πίστη, σύλλογοι και σχολεία) αποτελούν κάποιες από τις πολλές επιδραστικές και περιοριστικές πολιτισμικές δυνάμεις. Οι προσδοκίες για τα παιδιά και ο τρόπος που μεγαλώνουν και αναπτύσσονται αποτελούν κομβικό σημείο όσον αφορά αυτό το ζήτημα και συχνά καθορίζονται πολιτισμικά. Στη σημερινή εποχή, στις Ηνωμένες Πολιτείες, πρέπει να δίνουμε έμφαση στον προσδιορισμό αυτών των οικογενειακών και κοινωνικών δομών, λόγω της στροφής που έχει σημειωθεί προς οικογένειες με διπλό εισόδημα, μονογονεϊκές οικογένειες και λόγω του σημαντικού αριθμού των εφήβων που γίνονται γονείς. Η συχνότητα των διαζυγίων (σχεδόν ένας στους δύο

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.7 Η Ισορροπία της Ζωής: Το “Θερμό” και το “Ψυχρό”

Η φυσική ή η ολιστική προσέγγιση συχνά βασίζονται στην υπόθεση πως υπάρχουν εξωτερικοί παράγοντες – κάποιοι καλοί και κάποιοι κακοί- που πρέπει να διατηρούνται σε ισορροπία ώστε το άτομο να είναι καλά. Η ισορροπία μεταξύ “θερμού” και “ψυχρού” αποτελεί μέρος του συστήματος πεποιθήσεων πολλών πολιτισμικών ομάδων (π.χ. στη Μέση Ανατολή, την Ασία, η Νοτιοανατολική Ασία και μεταξύ των Ισπανόφωνων). Η αποκατάσταση μιας διαταραγμένης ισορροπίας (δηλαδή η θεραπεία) προϋποθέτει την εφαρμογή του αντίθετου παρά-

γοντα (π.χ. μιας “θερμής” αγωγής για ένα “ψυχρό” πρόβλημα και αντίστροφα). Οι διαφορετικές κουλτούρες μπορεί να ορίζουν διαφορετικά το “θερμό” και το “ψυχρό”. Το ζήτημα δεν ορίζεται με βάση την έννοια της θερμοκρασίας και οι λέξεις που χρησιμοποιούνται μπορεί να ποικίλουν: για παράδειγμα, οι Κινέζοι έχουν ονομάσει τις δυνάμεις yin (ψυχρό) και yang (θερμό). Το συμπέρασμα είναι το εξής: Δε μπορούμε να αγνοούμε τη φυσική προσέγγιση προκειμένου πολλοί από τους ασθενείς μας να έχουν την κατάλληλη περίθαλψη.

Θερμές και Ψυχρές Παθήσεις και οι Αντίστοιχες Θεραπείες τους

ΨΥΧΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΘΕΡΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΘΕΡΜΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΨΥΧΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΤΡΟΦΕΣ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΤΡΟΦΕΣ
Καρκίνος Κρυολόγημα Ωταλγία Κεφαλαλγία Αρθραλγία Ελονοσία Εμμηνορρυσία Πνευμονία Κράμπες στομάχου Οδοντοφυΐα Φυματίωση	Μοσχάρι Δημητριακά Πιπεριές τσίλι Σοκολάτα Αυγά Κατσικίσιο γάλα Οινοπνευματώδη Κρεμμύδια Μπιζέλια	Δυσκοιλιότητα Διάρροια Πυρετός Λοίμωξη Προβλήματα των νεφρών Εξάνθημα Πόνος στο λαιμό	Νερό βρώμης Κοτόπουλο Γαλακτοκομικά Φρέσκα λαχανικά Φρούτα Μέλι Κατσικίσιο κρέας Σταφίδες
	ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΟΤΑΝΑ		ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΒΟΤΑΝΑ
	Γλυκάνισο Ασπιρίνη Καστορέλαιο Κανέλλα Μουρουνέλαιο Σκόρδο Ρίζα τζίντζερ Σίδηρος Καπνός Πενικιλίνη Βιταμίνες		Διττανθρακική σόδα Γάλα μαγνησίας Ανθόνερο από άνθη πορτοκαλιάς Φασκόμηλο

Τροποποιηθέν από Purnell (2013).

γάμους καταλήγει σε διαζύγιο) και η αυξανόμενη συμμετοχή και των δύο γονιών στη φροντίδα των παιδιών σε οικογένειες με δύο γονείς, δείχνουν πως υπάρχει μια πολιτισμική στροφή που θα πρέπει να γίνει αντιληπτή.

Ένα είδος μιας ήδη γνωστής συμπεριφοράς μπορεί να προδικάζει και ένα άλλο είδος συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, οι μητέρες με χαμηλό εισόδημα που ζουν σε αστικό περιβάλλον και εκμεταλλεύο-

νται την ενδεδειγμένη προγεννητική περίθαλψη, φαίνεται πως εκμεταλλεύονται επίσης και την ενδεδειγμένη βρεφική περίθαλψη που παρέχεται, ανεξαρτήτως του εκπαιδευτικού τους επιπέδου (Van Berckelaer et al., 2011). Οι έφηβοι που δε βρίσκονται υπό την επίβλεψη των γονιών τους, είναι πιο πιθανό να καπνίζουν, να κάνουν χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας, να παρουσιάζουν κατάθλιψη και να ξεκινούν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα, συ-

γκριτικά με όσους τους παρακολουθούν οι γονείς τους (Dittus et al., 2015; Pesola et al., 2015). Η γνώση αυτής της αλληλουχίας των σχετιζόμενων μεταξú τους συμπεριφορών είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή μπορεί να μη σχετίζεται με την ακεραιότητα της οικογενειακής δομής, το φύλο ή το υπόβαθρο. Το γονεϊκό στυλ και οι πρακτικές της ανατροφής των παιδιών, όπως το να θέτει κανείς όρια και προσδοκίες, μπορεί να προσδιορίζεται πολιτισμικά. Πολλοί έφηβοι και νέοι ενήλικες καταφεύγουν στις πολιτισμικές παραδόσεις και πρακτικές των οικογενειών τους και επωφελούνται από την σύνδεση που υπάρχει μέσα σε αυτές. Σε μια μεγάλη μελέτη που έγινε σε φοιτητές κολεγίων που προέρχονται από οικογένειες μεταναστών στις ΗΠΑ, φάνηκε πως συγκριτικά με τους συμφοιτητές τους, εκείνοι που διατηρούσαν τις πρακτικές που κληρονόμησαν από την κουλτούρα τους ανέφεραν λιγότερες επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών, το μη ασφαλές σεξ και η οδήγηση υπό την επήρεια ουσιών (Schwartz et al., 2011). Τα παραδείγματα αυτά μας υπενθυμίζουν πως ένα άτομο μπορεί να ανήκει σε πολλές υποομάδες και οι συμπεριφορές και οι στάσεις μιας υποομάδας (π.χ. ένα νέο άτομο που ακολουθεί την πολιτισμική του κληρονομιά) μπορεί να υπερκεράσουν την επίδραση που έχουν οι πολιτισμικές αξίες της μεγαλύτερης ομάδας (π.χ. νέοι που οι συνομήλικοί τους εμπλέκονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές).

Δίαιτα και Διατροφικές Πρακτικές

Οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές που σχετίζονται με το φαγητό, όπως και η κοινωνική σημασία που έχει το φαγητό, παίζουν έναν προφανή ζωτικό ρόλο στην καθημερινότητα των ανθρώπων. Κάποιες από αυτές τις πεποιθήσεις που έχουν σημασία για την κουλτούρα ή την πίστη, μπορεί να επηρεάζουν την περίθαλψη που παρέχουμε στους ασθενείς μας. Ένας Ορθόδοξος Εβραίος ασθενής, δεν θα πάρει κάποια φάρμακα, ειδικά σε περιόδους εορτών, όπως το Εβραϊκό Πάσχα, επειδή η προετοιμασία του φαρμάκου μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τους θρησκευτικούς κανόνες που αφορούν το φαγητό την περίοδο εκείνη. Μια Μουσουλμάνα ασθενής, πρέπει να σέβεται το Halal (την προκαθορισμένη δίαιτα) ακόμη και κατά τη διάρκεια της κύησης. Ένας Κινέζος που πάσχει από υπέρταση και πρέπει να περιορίσει την πρόσληψη αλατιού, μπορεί να πρέπει να περιορίσει την κατανάλωση γλουταμικού μονονατρίου (MSG) και σόγια σως. Η στάση

απέναντι στη χρήση βιταμινών παρουσιάζει μεγάλες διαφορές, με βάση επιστημονικές αποδείξεις ή όχι, σε πολλές από τις υποομάδες που ζουν στις ΗΠΑ. Υπάρχει πάντα η δυνατότητα να βρεθεί ένα πλάνο αντιμετώπισης με αμοιβαία συμφωνία εάν αναγνωριστούν τα ζητήματα που υπάρχουν και γίνεται ελεύθερη συζήτηση για αυτά. Αυτό είναι επίσης δυνατό και για τις στάσεις έναντι των σπιτικών, βοτανικών και φυσικών -συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών. Πολλές από αυτές μπορεί να παρουσιάζουν όφελος· άλλες μπορεί να είναι επικίνδυνες. Για παράδειγμα, κάποια σκευάσματα βοτάνων που περιέχουν cassia senna μπορεί να προκαλέσουν ηπατική βλάβη, ενώ άλλα σκευάσματα βοτάνων αλληλεπιδρούν με συνταγογραφούμενα φάρμακα (Posadzki et al., 2013).

Συνοψίζοντας

Σαν υγειονομικοί πάροχοι, ερχόμαστε αντιμέτωποι με μια επιτακτική ανάγκη να καλύπτουμε κάθε ασθενή με τους δικούς του όρους και να αντιστεκόμαστε στην τάση να σχηματίζουμε μια εντύπωση για τον ασθενή που να βασίζεται στις γνώσεις που ήδη έχουμε για τη φυλή, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, την ταυτότητα φύλου και το σεξουαλικό προσανατολισμό του συγκεκριμένου ασθενούς ή την κουλτούρα από την οποία αυτός προέρχεται. Οι γνώσεις αυτές δε θα πρέπει να μας οδηγούν σε συμπεράσματα, αντίθετα θα πρέπει να λειτουργούν υποβοηθητικά ώστε να μπορέσουμε να διατυπώσουμε τα ερωτήματά μας πιο επικοινωνητικά, προσπαθώντας να αποφύγουμε να βλέπουμε τον ασθενή στερεοτυπικά (Πλαίσιο 1.8). Θα πρέπει να καταλαβαίνουμε οι ίδιοι καλά ποιοι είμαστε. Η εμπλοκή μας με κάθε ασθενή δίνει στην αλληλεπίδραση μεταξύ μας μοναδικά χαρακτηριστικά και η συμβολή μας σε αυτή την αλληλεπίδραση την καθιστά διαφορετική, σε κάποιο βαθμό, από αυτή που μπορεί να είχαμε με κάποιον άλλο. Θα πρέπει να θυμόμαστε πως οι στάσεις και οι προκαταλήψεις μας, που προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από την κουλτούρα μας, μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψή μας για τον ασθενή και αυξάνουν τις πιθανότητες για ασυνείδητη μεροληψία και στερεοτυπική κρίση. Όταν κανείς είναι σε θέση να προσαρμόζεται στις ξεχωριστές ανάγκες του ασθενούς που έχει μπροστά του και να επιδεικνύει ειλικρινές ενδιαφέρον για τις πεποιθήσεις και τις αξίες του, τότε κινείται προς την κατεύθυνση της πολιτισμικής επάρκειας.

ΠΛΑΙΣΙΟ 1.8 Επικοινωνία

Αυτή η λίστα ερωτήσεων, που προέρχεται από τα χρόνια εμπειρίας μας και από πολλές πηγές, καταδεικνύει την ποικιλομορφία των ανθρώπινων αντιδράσεων. Προσπαθήστε να μη φοβάστε μπροστά στον όγκο των πολιτισμικών ζητημάτων που καλείστε να γνωρίζετε και ξεκινήστε να στοχάζεστε πάνω σε αυτά καθώς δουλεύετε με τους ασθενείς σας, ώστε να επαυξήσετε την πολιτισμική σας επίγνωση και να αναπτύξετε μια μεγαλύτερη αίσθηση πολιτισμικής ταπεινοφροσύνης.

- Πόσο σημαντικές είναι οι μη λεκτικές ενδείξεις;
- Εκτιμώνται οι στιγμές σιωπής;
- Πρέπει να αποφεύγεται το άγγιγμα;
- Οι χειραψίες ή ακόμη και ο εναγκαλισμός αποφεύγονται ή επιδιώκονται κατά τη συνάντηση και τον αποχωρισμό;
- Ποια στάση υιοθετείται κατά τη βλεμματική επαφή;
- Υπάρχει μια μεγαλύτερη από την αναμενόμενη ανάγκη για “προσωπικό χώρο”;
- Ποια είναι η λεκτική ή μη λεκτική απόκριση εάν οι συστάσεις σας δε γίνουν κατανοητές;
- Υπάρχει ειλικρίνεια στην παραδοχή πως κάτι δεν έγινε κατανοητό;
- Ποιες είναι οι στάσεις προς άτομα που ανήκουν σε άλλες ομάδες, όπως οι μειοψηφίες και οι πλειοψηφίες;
- Ποιες είναι οι γλωσσικές προτιμήσεις;
- Ποια ανάγκη υπάρχει για κουβεντούλα πριν φτάσουμε στο κύριο ζήτημα;
- Η αίσθηση του χρόνου είναι χαλαρή ή αυστηρή;
- Ποιος ο βαθμός εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες της υγείας;
- Πόσο εύκολα γίνεται συζήτηση για προσωπικά ζητήματα;
- Υπάρχει, ακόμη και προς εσάς, επιθυμία αποφυγής της συζήτησης γύρω από τα εισοδήματα και άλλα οικογενειακά ζητήματα;

Συνήθειες που έχουν να κάνουν με την Υγεία/ Πρακτικές που έχουν να κάνουν με την Υγεία

- Ποιος είναι ο βαθμός καταφυγής στο υγειονομικό σύστημα, για τις περιπτώσεις ασθένειας μόνο ή και για προληπτικές ανάγκες ή ανάγκες που έχουν να κάνουν με τη διατήρηση της υγείας;
- Τι είναι αυτό που προσδοκάται από έναν επαγγελματία της υγείας και τι είναι αυτό που καθορίζει πως κάποιος είναι “καλός” επαγγελματίας της υγείας;
- Πως ορίζεται η υγεία;
- Υπάρχουν κάποιες ιδιαίτερες συνηθισμένες παραδοσιακές πρακτικές;
- Υπάρχει μήπως μια μεγαλύτερη (ή μικρότερη) τάση για εφαρμογή αυτοφροντίδας και χρήση σπιτικών γιατρικών;
- Υπάρχει κάποια ιδιαίτερη καχυποψία ή κάποιος φόβος για τα νοσοκομεία;
- Ποια η τάση που παρατηρείται για τη χρήση εναλλακτικών προσεγγίσεων στην περίθαλψη και/ή τα φυτικά σκευάσματα ως αποκλειστική ή συμπληρωματική θεραπεία;
- Ποια η τάση που υπάρχει για την επίκληση μαγικών ή μεταφυσικών δυνάμεων;

- Ποιος είναι τελικά υπεύθυνος για την έκβαση, εσείς ή ο ασθενής;
- Ποιος είναι τελικά υπεύθυνος για τη διατήρηση της υγείας, εσείς ή ο ασθενής;
- Υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος φόβος για τον επώδυνο ή επεμβατικό διαγνωστικό έλεγχο;
- Υπάρχει κάποια τάση προς την στωικότητα;
- Σε ποιο βαθμό παρατηρείται καταφυγή στην προσευχή;
- Η ασθένεια θεωρείται τιμωρία και μέσο μετάνοιας;
- Η ασθένεια συνδέεται με αισθήματα “ντροπής”;
- Ποια είναι η πεποίθηση που υπάρχει για την προέλευση της ασθένειας;
- Η ασθένεια θεωρείται πως μπορεί να προληφθεί και αν ναι, με ποιο τρόπο;
- Ποια είναι η στάση έναντι της νεκροψίας;
- Μήπως μια πεποίθηση περί μετενσάρκωσης απαιτεί το νεκρό σώμα να παραμείνει ανέπαφο;
- Υπάρχουν μήπως ιδιαίτερες πολιτισμικές συνήθειες μαγειρέματος που μπορεί να επηρεάζουν τη διάγνωση ή την αντιμετώπιση;
- Μήπως ο βαθμός σεμνότητας τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες είναι μεγαλύτερος από όσο θα ήταν γενικά αναμενόμενο;
- Μήπως οι γυναίκες, για λόγους σεμνότητας, χρειάζονται μια πιο προσεκτική και προστατευμένη προσέγγιση από ότι συνήθως (π.χ. κατά τη διάρκεια της εξέτασης);

Οικογένεια, Φίλοι και Εργασιακός Χώρος

- Πόσο στενά οργανωμένη (και πολυγενεακή) είναι η ιεραρχία της οικογένειας;
- Πόσο στενά δεμένη είναι η οικογένεια;
- Η κοινωνική ζωή επεκτείνεται και πέραν της οικογένειας και αν ναι σε ποιο βαθμό;
- Η οικογένεια είναι περισσότερο μητριαρχική ή πατριαρχική;
- Ποιοι είναι οι σχετικοί ρόλοι γυναικών και ανδρών;
- Υπάρχουν συγκεκριμένες εργασίες που ανατίθενται σε συγκεκριμένο φύλο (π.χ. ποιος ασχολείται με το πλύσιμο, τα οικονομικά του σπιτιού, τα ψώνια);
- Σε ποιο βαθμό χαίρουν σεβασμού οι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες και άλλες αρχές εξουσίας και με ποιο τρόπο εκδηλώνεται αυτός ο σεβασμός;
- Ποιος λαμβάνει αποφάσεις για την οικογένεια;
- Σε ποιο βαθμό υπάρχει μοίρασμα της εξουσίας;
- Ποιος λαμβάνει αποφάσεις για τα παιδιά και τους εφήβους;
- Πόσο μεγάλη αξία δίνεται στα παιδιά;
- Μήπως δίνεται μεγαλύτερη αξία σε κάποιο συγκεκριμένο φύλο;
- Πόσο μεγάλη αξία δίνεται στην αυτονομία και την αυτοπειθαρχία;
- Ποια εργασιακή ηθική επικρατεί;
- Ποια είναι η αίσθηση όσον αφορά την υποχρέωση προς την κοινότητα;
- Με ποιόν τρόπο αναζητείται η εκπαίδευση, μέσω του σχολείου, του διαβάσματος και/ή της εμπειρίας;
- Ποια έμφαση δίνεται στην παράδοση και τις τελετουργικές πρακτικές;

Το Μοντέλο RESPECT

Το σημαντικότερο όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της δια-πολιτισμικής σας επικοινωνίας, είτε αυτή είναι λεκτική, μη λεκτική ή γραπτή, είναι να παραμένετε ανοικτοί και να διατηρείτε την αίσθηση σεβασμού προς τους ασθενείς. Το Μοντέλο RESPECT μπορεί να σας βοηθήσει να παραμείνετε αποτελεσματικοί και επικεντρωμένοι στον ασθενή σε όλο το εύρος της επικοινωνίας σας μαζί του.

Rapport (Σχέση)

- Επαφή σε κοινωνικό επίπεδο
- Δείτε τα πράγματα με την οπτική του ασθενούς
- Συνειδητά αποφύγετε να κάνετε κρίσεις
- Αναγνωρίστε τυχόν υποθέσεις που κάνετε και αποφύγετέ τις

Empathy (Ενσυναίσθηση)

- Θυμηθείτε πως ο ασθενής έχει έρθει σε εσάς για βοήθεια
- Αναζητήστε και κατανοήστε το σκεπτικό του ασθενούς αναφορικά με τη συμπεριφορά του και την ασθένεια
- Αναγνωρίστε και δικαιολογήστε τα συναισθήματα του ασθενούς

Support (Υποστήριξη)

- Αναζητήστε και καταλάβετε τα εμπόδια που υπάρχουν στην περίθαλψη και τη συμμόρφωση
- Βοηθήστε τον ασθενή να ξεπεράσει τα εμπόδια · συζητήστε τη συμμετοχή μελών της οικογένειας εάν χρειάζεται
- Καθησυχάστε τον ασθενή πως είστε και θα είστε διαθέσιμος για να τον βοηθήσετε

Partnership (Συνεργασία)

- Να είστε ευέλικτοι
- Διαπραγματευτείτε τους ρόλους όταν χρειάζεται
- Τονίστε στον ασθενή πως δουλεύετε μαζί για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα της υγείας του

Explanations (Εξηγήσεις)

- Ελέγξτε συχνά εάν έχουν γίνει όλα κατανοητά
- Χρησιμοποιήστε λεκτικές τεχνικές αποσαφήνισης

Cultural (Πολιτισμική επάρκεια)

- Σεβαστείτε τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του ασθενούς
- Καταλάβετε πως η εικόνα του ασθενούς για εσάς μπορεί να καθορίζεται από εθνικά και πολιτισμικά στερεότυπα
- Αντιληφθείτε ποιες είναι οι δικές σας μεροληψίες και προκαταλήψεις
- Αντιληφθείτε ποιοι είναι οι περιορισμοί σας όταν αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας σε άτομα από διαφορετικές κουλτούρες
- Αντιληφθείτε το προσωπικό σας στυλ και αναγνωρίστε πότε μπορεί να μην αποδίδει με κάποιον συγκεκριμένο ασθενή

Trust (Εμπιστοσύνη)

- Αναγνωρίστε πως η αποκάλυψη του εαυτού μπορεί να είναι δύσκολη για κάποιους ασθενείς · προσπαθήστε συνειδητά να κερδίσετε την εμπιστοσύνη τους

Οδηγός για την Παροχή Αποτελεσματικών Υπηρεσιών Επικοινωνίας και Γλωσσικής Βοήθειας
www.ThinkCulturalHealth.hhs.gov



ΕΙΚΟΝΑ 1.3

Το μοντέλο RESPECT

Το Τμήμα US Department of Health and Human Services Office of Minority Health που ασχολείται με την Υγεία των μειονοτικών ομάδων, παρέχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση, πόρους και εργαλεία μέσω της πρωτοβουλίας “Think Cultural Health” (<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov>). Το μοντέλο RESPECT αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη γεφύρωση του πολιτισμικού χάσματος μεταξύ ασθενών και υγειονομικών παρόχων (Εικόνα 1.3).

Δεν είναι σπάνιο να βρίσκει κανείς πίνακες με πληροφορίες σχετικά με τις πολιτισμικές στάσεις που έχουν να κάνουν με την υγειονομική περίθαλψη πολλών θρησκευτικών και εθνικών ομάδων στο

υλικό αναφοράς που υπάρχει. Παρότι αυτού του είδους το υλικό εξασφαλίζει γρήγορη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, η εμπειρία μας δείχνει πως η καθολική επιφανειακότητα αυτών των πληροφοριών συχνά δεν αποτυπώνει επαρκώς τις πεποιθήσεις και τις στάσεις κάθε συγκεκριμένου ατόμου. Σκοπός μας σε αυτό το κεφάλαιο ήταν η ανασκόπηση πολλών από τα ερωτήματα και τα πλαίσια τα οποία μπορεί να ανακύψουν καθώς προετοιμάζεστε να συναντήσετε και να περιθάλψετε τους ασθενείς σας. Όσο περισσότερους ασθενείς βλέπετε, θα εξελίσσεται και η αντίληψή σας καθώς εξετάζετε τις δικές σας

προκαταλήψεις, αποφεύγετε τα στερεότυπα, εξετάζετε τον ασθενή ως άτομο και αποκτάτε μεγαλύτερη πολιτισμική επάρκεια. Θα πρέπει να βλέ-

πετε την πολιτισμική επάρκεια ως ένα ταξίδι που διαρκεί για όλη σας τη ζωή και όχι ως προορισμό ή τελικό σημείο από μόνη της.