

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Διδακτορική Διατριβή

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ
ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΜΑΡΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Λεμεσός 2013

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ
ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΤΟΥ

ΜΑΡΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Λεμεσός 2013

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ
ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

Παρουσιάστηκε από

Μάριο Βασιλείου

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Επίκουρη καθηγήτρια Δρ. Χριστιάνα Κούτα

Μέλος επιτροπής (Πρόεδρος)

Καθηγητής Δρ. Σάββας Κατσικίδης

Μέλος επιτροπής

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ
Παπαθανάσογλου

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2013

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μάριος Βασιλείου, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Αφιερώνω αυτή τη διδακτορική διατριβή στην σύζυγό μου Γιώτα για την αγάπη και τη στήριξη που μου παρέχει, στον αξιολάτρευτο γιο μου Χάρη (που εύχομαι και προσεύχομαι να γίνει χρήσιμος άνθρωπος στην κοινωνία με σωστά ιδανικά και αξίες) και στους γονείς μου Ζαχαρία και Ευδοκία για τις αξίες και τα ιδανικά που μου μεταλαμπάδευσαν.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής.

Αρχικά νιώθω και έχω υποχρέωση να ευχαριστήσω την Δρα. Κούτα Χριστιάνα για τη συνεχή στήριξη και την αμέριστη επαγγελματική καθοδήγηση που μου παρείχε.

Ευχαριστώ επίσης τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον Δρα. Βασίλη Ραφτόπουλο για την στήριξη του σε θέματα μεθοδολογικής προσέγγισης και την Δρα. Καλοκαιρινού Αθηνά γιατί ήταν ο λόγος να ασχοληθώ με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα υγείας.

Ευχαριστίες εκφράζω και προς τη Διεύθυνση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών που συνέβαλαν στην διεκπεραίωση της έρευνάς μου με την παραχώρηση άδειας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ απευθύνω και στο προσωπικό της βιβλιοθήκης του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου στη Λευκωσία για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους κοινοτικούς νοσηλευτές για το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης και διάθεσης που επέδειξαν για την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΜΕΛΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**Δρ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ ΚΟΥΤΑ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

**Δρ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
(ΜΕΛΟΣ)**

**Δρ ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
(ΜΕΛΟΣ)**

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πολιτισμικά επαρκής νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην παροχή αποτελεσματικότερης και ποιοτικότερης φροντίδας υγείας. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές/τριες να αποκτήσουν τις σχετικές γνώσεις και δεξιότητες στην προσφορά ολιστικής φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Στην Κύπρο, δεν έχουν εντοπιστεί ερευνητικά δεδομένα για τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών. Η διερεύνηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών της Κύπρου, έχει ουσιαστική σημασία τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε πολιτικό επίπεδο. Η δημιουργία ερευνητικών δεδομένων θα ενισχύσει το σύστημα υγείας της Κύπρου στη διαμόρφωση σωστής πολιτικής φροντίδας σε πολίτες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας, είναι η διερεύνηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών της Κύπρου.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που ακολουθήθηκε στην έρευνα ήταν ποσοτική με σχεδιασμό οιονεί-πειραματικό, όπου έγινε δοκιμή ελέγχου με δύο ομάδες με προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση, για τη διερεύνηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας. Η δειγματοληψία έγινε σε δύο φάσεις: Στην Α' φάση ήταν απογραφική με τη συμμετοχή ολόκληρου του πληθυσμού των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στην ελεύθερη Κύπρο (N=182, RR= 93,4%). Στη Β' φάση έγινε παρέμβαση με την εθελοντική συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών, όπου από το κάθε τμήμα αντιπροσωπευόταν ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής του στην Α' φάση της έρευνας.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ειδικό ερωτηματολόγιο Cultural Competence Assessment Tool (CCATool) και έγινε ανάλυση με τη χρήση ειδικού λογισμικού ανάλυσης δεδομένων ως επίσης και με το στατιστικό πακέτο SPSS 16.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό στις υπηρεσίες της κοινοτικής νοσηλευτικής αποτελείται από γυναίκες (89,2%) και το 94,9% του δείγματος ήταν Ελληνοκύπριοι.

Όλοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας και παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Από τους 158 κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν στην Β' φάση της έρευνας 1 ήταν πολιτισμικά ανεπαρκής, 96 ήταν πολιτισμικά ενημερωμένοι, και 61 ήταν πολιτισμικά ασφαλείς. Κανένας συμμετέχων δεν φάνηκε να ήταν πολιτισμικά επαρκής.

Επίσης ποσοστό 97,8% του δείγματος που συμμετείχε στην παρέμβαση, δήλωσε ότι βοηθήθηκε από τη συμμετοχή του στο εργαστήριο.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας δείχνει σε ποιο επίπεδο βρίσκονται οι κοινοτικοί/ές νοσηλευτές/τριες της Κύπρου. Με βάση τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν ανάγκη να εκπαιδευτούν κατάλληλα ώστε να γίνουν πολιτισμικά επαρκείς. Αυτό πρέπει να προβληματίσει τους επαγγελματίες υγείας και όλους του φορείς και υπηρεσίες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Μέσα από την έρευνα καταδεικνύεται η ανάγκη για διερεύνηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας νοσηλευτών άλλων τμημάτων πριν την χάραξη πολιτικής φροντίδας υγείας. Η παρούσα έρευνα μπορεί να θεωρηθεί καινοτόμος για την Κύπρο, γιατί για πρώτη φορά καταγράφηκαν και μελετήθηκαν τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στην Κύπρο.

Η προσαρμογή και εκπαίδευση των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στη σύγχρονη πολυπολιτισμική κοινωνία, όπου η κουλτούρα και ο πολιτισμός στην καθημερινότητα επηρεάζουν την εξέλιξη του ατόμου, για την παροχή όσο πιο αποτελεσματικής και ποιοτικής φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, αναμένεται να επιτευχθεί μέσα από αυτή την προσπάθεια και να ευαισθητοποιήσει κατάλληλα όσους αφορά η προσφορά και παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: πολιτισμική επάρκεια κοινοτικών νοσηλευτών, αξιολόγηση πολιτισμικής επάρκειας, εργαλεία πολιτισμικής επάρκειας, πολιτισμική επάρκεια νοσηλευτών.

Abstract

Introduction: The aim of culturally competent nursing care is to provide more effective and higher quality care. It is essential that nurses acquire the relevant knowledge and skills to provide care according to the needs of each individual. In Cyprus, there is not any research data on levels of cultural competence of community nurses. Investigation of cultural competence levels of community nurses of Cyprus it is essential including social and political level. The establishment of research data will enhance the health care system of Cyprus in shaping correct care policies to clients with different cultural backgrounds.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the level of cultural competence of community nurses in Cyprus.

Material and Methods: The study is quantitative. A quasi-experimental design used in this study, with two groups with pre-test and post-test to investigate factors related with cultural competence. The sampling is census in the first part of the study, where conscious choice of an entire population included (N = 182, RR = 93,4%). In the second part of the study, intervention with the voluntary participation of community nurses took place in the workshop, for the development of cultural competence. The results from the modified questionnaire and the special tool (CCATool-questionnaire) was analyzed using SPSS.16 statistical package.

Results: The majority of community nursing were women (89.2%) and 94.9% of the sample were Greek Cypriots. All Community nurses said that they come into contact with people with different nationalities and provide health care services.

Of the 158 community nurses who participated in the second part of the study, only 1 was culturally incompetent, 96 were culturally aware and 61 were culturally safe. No one from the other participants reported to be culturally competent.

Also 97.8% of the sample, who participated in intervention, said that the workshop was helpful.

Conclusions: The assessment of cultural competence indicates the level of cultural competence of Cypriot Community Nurses. Based on the results, the community nurses suggested that if they have the opportunity to be trained they will become more culturally competent.

This must take into consideration from the health professionals, operators and services related to the health care services. Through this research it is quite obvious that there is a huge need to investigate the levels of cultural competence of nurses from other departments. This study may be considered innovative for Cyprus; because it is the first time where cultural competence levels of community nurses in Cyprus are recorded and studied.

Adaptation and training of community nurses in contemporary multicultural society, where culture in everyday life influence the individual development, development of the individual, to provide as efficient and quality health care to the entire population, is expected to achieve through this effort and alert appropriate persons affected by supply and provision of health care services.

Keywords: cultural competence, cultural competence assessment tool, community nurse, community health nursing, transcultural nursing, transcultural competence, transcultural education, health promotion.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	VI
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VII
ABSTRACT.....	IX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XVII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	XX
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	XXI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	22
1.1 Προσδιορισμός του φαινομένου.....	22
1.2 Σκοπός.....	23
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	23
1.4 Δομή έρευνας.....	25
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	26
2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	27
3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ: ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	29
3.1 Κυπριακά δεδομένα.....	34
3.2 Σύστημα υγείας της Κύπρου.....	36

4. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	38
4.1 Εισαγωγή.....	38
4.2 Η διάσταση της κουλτούρας στην νοσηλευτική φροντίδα.....	39
4.2.1 Πολιτισμική αντίληψη της υγείας και της ασθένειας.....	43
4.2.2 Νοσηλευτική φροντίδα σε πολυπολιτισμική κοινωνία.....	48
4.3 Κοινοτική νοσηλευτική και διαπολιτισμική φροντίδα.....	50
5. ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.....	55
5.1 Νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια.....	55
5.2 Το Μοντέλο πολιτισμικής επάρκειας των Papadopoulos, Tilki and Taylor (PTT model).....	60
5.2.1 Γενικές και ειδικές πολιτισμικές ικανότητες.....	66
6. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	69
6.1 Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	72
7. Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.....	80
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	81
8. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	82
8.1 Σκοπός.....	82
8.2 Στόχοι.....	82
8.3 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	83
8.4 Χώρος διεξαγωγής της έρευνας.....	84
8.5 Δείγμα - Δειγματοληψία	87
8.6 Εργαλείο.....	88

8.6.1	Εγκυρότητα του εργαλείου της έρευνας.....	90
8.6.2	Αξιοπιστία των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου της έρευνας.....	92
8.7	Παρέμβαση - Εκπαιδευτικό εργαστήρι.....	97
8.7.1	Πολιτισμική επαγρύπνηση: Άσκηση διαευκρίνισης αξιών.....	99
8.7.2	Πολιτισμική γνώση: Άσκηση για τα στερεότυπα.....	100
8.7.3	Διαπολιτισμική επικοινωνία.....	101
8.7.4	Πολιτισμική ευαισθησία: Άσκηση για την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια.....	101
9.	ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	102
10.	ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	103
11.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	108
11.1	Αποτελέσματα εργαστηρίου.....	108
11.1.1	Αποτελέσματα άσκησης διευκρίνισης αξιών.....	109
11.1.2	Αποτελέσματα άσκησης για τα στερεότυπα.....	111
11.1.3	Αποτελέσματα άσκησης για την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια.....	111
11.1.4	Ανατροφοδότηση και αξιολόγηση εργαστηρίου.....	112
11.2	Δημογραφικά χαρακτηριστικά των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών.....	113
11.3	Συγκρίσεις - Συσχετίσεις Α και Β φάσης.....	122
11.3.1	Συσχέτιση Πολιτισμικής Επάρκειας και του κοινωνικού φύλου...122	
11.3.2	Συσχέτιση Πολιτισμικής Επάρκειας και δομών εργασίας.....	123
11.3.3	Συσχέτιση Πολιτισμικής Επάρκειας με δημογραφικά.....	125
11.3.4	Σύγκριση κοινοτικών νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρέμβαση με την ομάδα ελέγχου.....	129

11.3.5 Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών με βάση την ηλικία τους.....	137
11.3.6 Σύγκριση των απαντήσεων των παραμέτρων πολιτισμικής επαγρύπνησης, πολιτισμικής γνώσης, πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής πρακτικής, με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας...	138
11.3.7 Σύγκριση δηλώσεων κλίμακας των παραμέτρων σε σχέση με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.....	138
11.3.8 Δηλώσεις στις ερωτήσεις κλίμακας των τεσσάρων παραμέτρων πολιτισμικής επάρκειας.....	142
11.3.9 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης.....	144
12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	164
13. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	178
14. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	180
14.1 Εισηγήσεις.....	184
15. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	185
16. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	200
16.1 Εργαλείο στα Ελληνικά.....	200
16.2 Αίτηση προς διεθνές συμβούλιο νοσηλευτικής (ICN) για μοριοδότηση του εργαστηρίου.....	210
16.3 Απαντητική επιστολή από την εθνική επιτροπή βιοηθικής Κύπρου.....	213
16.4 Απάντηση από την επιτροπή βιοηθικής υπουργείου υγείας Κύπρου	214
16.5 Άνοικτα σχόλια εργαστηρίου.....	215-219

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά δείγματος πιλοτικής έρευνας.....	89
Πίνακας 2: Αποτελέσματα εγκυρότητας (Gronbach's alpha).....	93
Πίνακας 3: Αποτελέσματα Δοκιμασίας-Επαναδοκιμασίας πιλοτικής έρευνας.....	94
Πίνακας 4: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman.....	95
Πίνακας 5: Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών/τριών.....	96
Πίνακας 6: Τμήματα Κοινοτικών νοσηλευτών/τριών (ΦΑΣΗ I+II).....	115
Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά του δείγματος (ΦΑΣΗ I+II).....	116
Πίνακας 8: Δηλώσεις κοινοτικών νοσηλευτών/τριών για την Ά Παράμετρο.....	117
Πίνακας 9: Δηλώσεις κοινοτικών νοσηλευτών/τριών για την Β Παράμετρο.....	118
Πίνακας 10: Δηλώσεις κοινοτικών νοσηλευτών/τριών για την Γ Παράμετρο.....	119
Πίνακας 11: Δηλώσεις κοινοτικών νοσηλευτών/τριών για την Δ Παράμετρο.....	120
Πίνακας 12: Δηλώσεις κοινοτικών νοσηλευτών/τριών (Φάση I+II).....	122
Πίνακας 13: Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας. κοινοτικών νοσηλευτών ως προς το φύλο (Φάση I+II).....	123

Πίνακας 14: Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας ως προς τις δομές εργασίας τους.....	125
Πίνακας 15: Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.....	126
Πίνακας 15.1: Ηλικία και χρόνια υπηρεσίας.....	126
Πίνακας 15.2: Γεωγραφική θέση, ίδια επίπεδα με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χρόνια διαμονής στο εξωτερικό και επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας.....	127
Πίνακας 15.3: Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κατά ειδικότητα.....	128
Πίνακας 16: Απόψεις σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.....	129
Πίνακας 17: Χαρακτηριστικά των κοινοτικών νοσηλευτών ως προς την ηλικία, φύλο και τμήματα εργασίας τους, ομάδες ελέγχου και ομάδες παρέμβασης.....	130
Πίνακας 18: Σχέση επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ως προς το εργαστήριο.....	131
Πίνακας 19: Πολιτισμική επάρκεια και παρέμβαση.....	132
Πίνακας 20: Διαφορές ως προς το τμήμα, ως προς οποιαδήποτε εκπαίδευση σχετική με πολιτισμική επάρκεια, ως προς την επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας, αν στην Κύπρο υπάρχουν τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες	
Πίνακας 20.1: Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς το τμήμα υπηρεσίας τους.....	133
Πίνακας 20.2: Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς οποιαδήποτε εκπαίδευση τους σχετική με την πολιτισμική επάρκεια.....	134
Πίνακας 20.3: Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την επαφή τους με πελάτες άλλης εθνικότητας.....	135
Πίνακας 20.4: Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την άποψη, αν στην Κύπρο έχουμε ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	135
Πίνακας 20.5: Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την άποψη αν πιστεύουν ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της Π.Ε.....	136
Πίνακας 20.6: Δηλώσεις της ομάδας παρέμβασης ως προς το αν βοηθήθηκαν από το εργαστήριο (παρέμβαση).....	136

Πίνακας 21: Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών ως προς την Ηλικία τους.....	137
Πίνακας 22: Δηλώσεις σχετικά με την πολιτισμική πρακτική.....	138
Πίνακας 23: Ποσοστό σημαντικότητας των δηλώσεων κλίμακας.....	141
Πίνακας 24: Συσχετίσεις ερωτήσεων κλίμακας των 4 παραμέτρων της ομάδας ελέγχου.....	142
Πίνακας 25-26-27-28: Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης και ομάδας Ελέγχου κατά την Προ Μέτρηση για την Α-Β-Γ-Δ παράμετρο του εργαλείου.....	144-146
Πίνακας 29: Ποσοστό σημαντικότητας των δηλώσεων κλίμακας.....	147
Πίνακας 30-31-32-33: Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης για την Α-Β-Γ-Δ παράμετρο του εργαλείου.....	148-150
Πίνακας 34-35-36-37: Σύγκριση ομάδας Ελέγχου για την Α – Β – Γ – Δ παράμετρο του εργαλείου	152-155
Πίνακας 38: Συσχέτιση Π.Ε. ως προς το αν πιστεύουν πως χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειάς τους.....	156
Πίνακας 39: Συσχέτιση Π.Ε. ως προς το αν πιστεύουν ότι στην Κύπρο έχουμε τα ίδια επίπεδα Π.Ε. σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	157
Πίνακας 40: Πόσο βοήθησε το εργαστήριο τους κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες.....	158
Πίνακας 41-42: Πόσο συχνά έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας ανά επαρχία, και επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας ανά επαρχία.....	159-160
Πίνακας 43: Πιθανότητα βελτίωσης επιπέδου Π.Ε. με την συμμετοχή στο εργαστήριο ενός επαγγελματία υγείας.....	161
Πίνακας 44: Λογιστική παλινδρόμηση.....	162

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki and Taylor για την ανάπτυξη της Πολιτισμικής Επάρκειας.....	62
Σχεδιάγραμμα 2: Το γενικό και το ειδικό πολιτισμικό μοντέλο.....	67
Σχεδιάγραμμα 3: Απεικόνιση των βημάτων της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	71
Σχεδιάγραμμα 4-5: Ιστόγραμμα ηλικίας κοινοτικών νοσηλευτών (Φάση I+II).....	115

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΤΕΠΑΚ.:	Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
CCATool:	Cultural Competence Assessment Tool
PRTT:	Papadopoulos, Tilki and Taylor
ΠΕ:	Πολιτισμική Επάρκεια
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΑΣΥΝΜ	Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών
ΚΟΜΠ	Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΚΝ	Κοινοτικοί Νοσηλευτές/τριες
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΦΑΣΗ Ι	Προ Μέτρηση
ΦΑΣΗ ΙΙ	Μετά Μέτρηση
Π	Ομάδα Παρέμβασης
Ε	Ομάδα Ελέγχου

1. Εισαγωγή

1.1 Προσδιορισμός του φαινομένου

Η Κυπριακή κοινωνία σήμερα αποτελείται από άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας, όσο και της ασθένειας (Γερογιάννη και Πλεξίδα, 2008).

Η νοσηλευτική επιστήμη ασχολείται με την φροντίδα υγείας του ατόμου και της κοινότητας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση). Οι Νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι/ες σχετικά με τις πολιτισμικές ανάγκες του κάθε ατόμου, προκειμένου να τις προάγοντας την αποτελεσματική τους φροντίδα (Νοβα-Καλτσούνη, 2000).

Η κουλτούρα αποτελεί συστατικό προσδιοριστή κάθε κοινωνίας, συμβάλλει τόσο στη μορφή και στην οργάνωση της κοινωνίας, όσο και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο τρόπος που γίνεται αντιληπτή η υγεία και η ασθένεια σχετίζεται άμεσα με τον εκάστοτε πολιτισμό (Giddens, 2002). Αποτελεί βασικό πλαίσιο για την διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια και διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο για την οριοθέτηση, την παροχή και την οργάνωση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας. Η υγεία, η ασθένεια και ο θάνατος ανάλογα με την κουλτούρα κάθε εποχής έχει διαφορετική σημασία και νόημα. (Giddens, 2002, Νοβα-Καλτσούνη, 2000).

Όταν το στοιχείο της πολιτισμικής προέλευσης παραβλέπεται στο χώρο της υγείας, τίθεται θέμα ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ραγδαία είσοδος μεταναστών στην Κύπρο δε θα μπορούσε να μην έχει αντίκτυπο, μεταξύ των άλλων και στον τομέα της υγείας. Καθώς ο γηγενής πληθυσμός εμπλουτίζεται διαρκώς με στοιχεία πληθυσμών διαφορετικών πολιτισμικών αξιών και πεποιθήσεων, οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να αντεπεξέρχονται στις νέες κοινωνικές συνθήκες που δημιουργούνται (Πουρνάρας, 2004).

Σε άλλες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Αυστραλία και οι ΗΠΑ, όπου το φαινόμενο της μετανάστευσης εμφανίστηκε πριν από αρκετές δεκαετίες, υπάρχει σημαντικός προβληματισμός, σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης πληθυσμών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Nies and McEwen, 2001, Πουρνάρας, 2004), προκειμένου να υπάρξει συμβατότητα με τα νέα οικουμενικά πρότυπα.

Αρκετές έρευνες αναφέρονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στο χώρο της υγείας και στην αρνητική επίδραση πάνω στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση (Schulze et al, 2003, Κούρκος και Καυκιά, 2007). Έτσι, προκύπτει έντονα η ανάγκη για πολιτισμική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας των ατόμων λαμβάνοντας υπόψη το πολιτισμικό τους υπόβαθρο. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των μειονοτικών πληθυσμών για τις έννοιες της υγείας και της νόσου καθώς και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας είναι μερικές μόνο από τις αιτίες ενός μεγάλου προβλήματος, που απασχολεί έντονα διεθνείς οργανισμούς, κυβερνήσεις και επαγγελματίες υγείας.

Η ανάγκη εφαρμογής της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας έχει ως σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας στα άτομα διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας. Επίσης στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται η ανάγκη βελτίωσης εκπαίδευσης των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, προκειμένου να αναπτύξουν διαπολιτισμική επάρκεια (Γερογιάννη και Πλεξίδα, 2008).

Η κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του ατόμου, της εθνικότητας και της φυλής του. Οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να έχουν και τη γνώση και τη δεξιότητα να αναγνωρίζουν και να αποδέχονται τη διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς και να την ενσωματώνουν στην καθημερινή πρακτική τους.

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική απαιτεί πολύπλευρη και υψηλού επιπέδου αξιολόγηση, προσόντα και ικανότητα σχεδιασμού, εφαρμογής και εκτίμησης της νοσηλευτικής φροντίδας για άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες λαμβάνοντας πρωταρχικά υπόψη την κουλτούρα του κάθε ατόμου (Κούρκος και Καυκιά, 2007). Λόγω της μετακίνησης πληθυσμών και των αυξημένων προβλημάτων υγείας των μεταναστών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, η ανάγκη ύπαρξης και εφαρμογής των αρχών της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής θεωρείται απαραίτητο συστατικό στην παροχή φροντίδας υγείας (McEwen, 2002).

1.2 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών/τριών της Κύπρου και η επίδραση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στο επίπεδο αυτό.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές (π.χ. ηλικία, φύλο, δημογραφικά χαρακτηριστικά, επαγγελματικά και ακαδημαϊκά προσόντα, γεωγραφική θέση νοσοκομείου) συσχετίζονται με τα επίπεδα της πολιτισμικής επάρκειας (εξαρτημένη μεταβλητή) των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών της Κύπρου?
2. Το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών της Κύπρου διαφοροποιείται από ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως προσωπικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές ή τάσεις διάκρισης που μπορεί να διακατέχονται?
3. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές που έχουν πολλά χρόνια υπηρεσίας σε σχέση με κοινοτικούς νοσηλευτές μικρότερης χρονικά εμπειρίας έχουν καλύτερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας?
4. Η συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών σε εργαστήριο σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας?
5. Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές/τριες που προέρχονται από τις διάφορες δομές, διαφέρει το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας τους?

1.4 Δομή

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελείται από δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος αναλύονται βασικοί ορισμοί, περιγράφεται η διαχρονική εξέλιξη της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και της κοινοτικής νοσηλευτικής. Ακολούθως, περιγράφεται το εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο και γίνεται ανάλυση της πολιτισμικής επάρκειας και του μοντέλου της πολιτισμικής επάρκειας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η οποία έχει συνθέσει τα αποτελέσματα των δημοσιευμένων μελετών σχετικά με την διερεύνηση επίπεδων πολιτισμικής επάρκειας σε νοσηλευτές/τριες, αλλά και σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται η φάση σχεδιασμού, η εμπειρική και αναλυτική φάση και η φάση διάχυσης. Αρχικά η έρευνα είχε προγραμματιστεί να είναι διερευνητική μελέτη συσχέτισης. Στην πιλοτική έρευνα που συμμετείχαν 28 κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες στη στατιστική αξιολόγηση το ερωτηματολόγιο παρουσίασε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη στην Α' φάση και το δείγμα αποτέλεσαν 170 κοινοτικοί νοσηλευτές. Στη Β' φάση όπου έγινε παρέμβαση με την εθελοντική συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών στο εργαστήρι για την ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας, το είδος της δειγματοληψίας ήταν ευκολίας, όπου από το κάθε τμήμα αντιπροσωπευόταν ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής του στην Α φάση της έρευνας.

Στην συνέχεια περιγράφεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν με αναφορά στις ομοιότητες και διαφορές της έρευνας αυτής με τη διεθνή βιβλιογραφία συνεπικουρούμενη με την ιστορική αναδρομή και το εννοιολογικό πλαίσιο. Στο τέλος αναφέρονται τα κύρια συμπεράσματα, οι περιορισμοί της έρευνας και γίνονται συγκεκριμένες προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. Ορισμοί Εννοιών

Επάρκεια: Στην αγγλική γλώσσα η λέξη «*competence*», μεταφράζεται στην ελληνική γλώσσα ως επάρκεια. Το «*competence*», προέρχεται από τη λατινική λέξη «*co 'mpeto*» που είναι συνώνυμο με τις λέξεις γνώση, προσόντα, ικανότητα (Hammare, 2004). Στην Ελληνική γλώσσα η επάρκεια είναι αρχαία Ελληνική λέξη, και ετυμολογείται από το *επί* και *αρκέω*. Νεοελληνικά σημαίνει η επαρκής γνώση ενός επιστημονικού ή επαγγελματικού αντικειμένου, η ικανότητα, η καταλληλότητα, η δυνατότητα, (επαγγελματική), η αρτιότητα (Σταθόπουλος, 2005).

Πολιτισμική επάρκεια: Είναι η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων (Papadopoulos & Lee, 2002: 259).

Πολυπολιτισμικότητα: Με τον όρο πολυπολιτισμικότητα εννοείται η συνύπαρξη σε ένα δεδομένο γεωγραφικό χώρο μιας πολλαπλής πολιτισμικής ετερότητας, η οποία κυρίως εδράζεται σε εθνοτική, θρησκευτική και γλωσσική διαφορά. Η πολιτισμική διαφορετικότητα εκφράζεται επίσης μέσω του συστήματος αξιών, των προτύπων ζωής και διαβίωσης, της κοινωνικής οργάνωσης και συμπεριφοράς, του ενδυματολογικού κώδικα, της τέχνης και της λογοτεχνίας, καθώς και της θεώρησης του κόσμου και της αντιμετώπισης των φιλοσοφικών υπαρξιακών ζητημάτων. Η πολυπολιτισμικότητα αναφέρεται σε ουσιώδεις αλλαγές που συντελούνται στη δομή της κοινωνίας ως αποτέλεσμα της συνύπαρξης πληθυσμιακών ομάδων με διαφορετικές πολιτισμικές παραδόσεις, αξίες και τρόπο ζωής (Fisher, 2004).

Διαπολιτισμική υγεία: Είναι η έρευνα της πολιτισμικής διαφορετικότητας και των πολιτισμικών ομοιοτήτων στην υγεία και στην ασθένεια (Papadopoulos & Lee, 2002: 259-260).

Διαπολιτισμική Νοσηλευτική: Είναι μια τυπική περιοχή μελέτης και πρακτικής επικεντρωμένη σε μια συγκριτική ανάλυση της διαφορετικής κουλτούρας και υποκουλτούρας παγκοσμίως, με σεβασμό στην ποιότητα φροντίδας, τις πεποιθήσεις της υγείας και της νόσου, τις αξίες και τις πρακτικές εφαρμογές, έχοντας ως στόχο τη χρήση της γνώσης αυτής για την παροχή πολιτισμικά εξειδικευμένης φροντίδας (Leininger, 2002: 48-49).

Κουλτούρα: με την έννοια 'κουλτούρα' εννοείται το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων, και παραδόσεων, οι οποίες κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά. Η κουλτούρα περιλαμβάνει διάφορα πιστεύω, συνήθειες, ομοιότητες και διαφορές, ήθη και έθιμα τα οποία μαθαίνουν τα άτομα από την οικογένειά τους (Taylor, Lillis & LeMone, 2002: 22). Η κουλτούρα, γλωσσικό δάνειο που προέκυψε ως αντιστοίχιση του Γερμανικού kultur, σημαίνει την καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου (ως λανθασμένο συνώνυμο της λέξης πολιτισμός, όρου του οποίου η κουλτούρα είναι υποσύνολο) (Cheng et al, 2008). Στα ελληνικά απαντάται συχνά και ως υποτιμητικός όρος με επιφανειακή χροιά για να αποδώσει την έννοια της σοβαροφάνειας και ενδεχομένως της επίδειξης σε θέματα διάνοησης (Κορωνιαίου, 1992).

Μετανάστευση: Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2004) ορίζει τη μετανάστευση ως μία διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη «μετακίνηση προσφύγων, εκτοπισμένων και ξεριζωμένων ατόμων, καθώς και οικονομικών μεταναστών». Ο ορισμός αυτός καλύπτει τόσο τις ακούσιες όσο και τις εκούσιες μετακινήσεις.

Κοινοτική Νοσηλευτική: Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (American Nurses' Association-ANA), η κοινοτική νοσηλευτική είναι η σύνθεση γνώσεων γενικής νοσηλευτικής και γνώσεων δημόσιας υγείας εφαρμοσμένες στην κοινότητα, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας (Clark, 1996: 575).

3. Ιστορική Αναδρομή Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής:

Διεθνή και Εθνικά δεδομένα

Πρώτη η Leininger, Αμερικανίδα νοσηλεύτρια-ανθρωπολόγος, ασχολήθηκε με το χώρο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, από τα μέσα της δεκαετίας του 1950. Ως Διαπολιτισμική Νοσηλευτική όρισε: «το ανθρωπιστικό και επιστημονικό τμήμα της επίσημης εκπαίδευσης και πρακτικής, που εστιάζει στη μελέτη των πολιτισμών ανάλογα με τις διαφορές και ομοιότητες στη φροντίδα, την υγεία και τη νόσο. Έχει ως βάση τις πολιτιστικές αξίες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές διαφορετικών πολιτισμών και χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης και/ή παγκόσμιας νοσηλευτικής φροντίδας σε όλους τους ανθρώπους» (Leininger, 1995:6).

Οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούνται από διάφορους τύπους εθνικών μειονοτήτων, που είναι είτε μετανάστες και οι απόγονοί τους, είτε ιθαγενείς και οι απόγονοί τους. Μια μειονότητα έχει συνήθως κάποιο φυσικό ή πολιτισμικό χαρακτηριστικό –όπως το γένος-τη φυλή, τα θρησκευτικά πιστεύω ή το επάγγελμα– το οποίο διαφοροποιεί τα μέλη της μέσα στην κουλτούρα (Taylor et al, 2002). Οι μειονότητες και οι εθνικές ομάδες προστατεύονται από τα ανθρώπινα δικαιώματα κι έτσι έχουν το δικαίωμα να διατηρούν την πολιτιστική τους ταυτότητα, τις πρακτικές της θρησκείας τους και τη χρήση της γλώσσας τους (Taylor et al, 2002; Hoyer and Severinsson, 2008).

Οι ανθρωπολόγοι υποστηρίζουν ότι η φυλή είναι υποκειμενική και ότι οι φυλετικές κατηγορίες χρησιμοποιούνται ως ασαφή υποκατάστατα μέτρησης των βιολογικών ή των γενετικών διαφορών ανάμεσα στους πληθυσμούς. Η κοινωνία όμως εμμένει σθεναρά στη διάκριση ορατών σωματικών διαφορών και αντιμετωπίζει τη φυλή ως ένα κατηγορικό αντικειμενικό γεγονός (Crawley, 2005). Έτσι, ως φυλή ορίζεται «ο βιολογικός τρόπος κατηγοριοποίησης των ανθρώπων που βασίζεται σε σωματικά χαρακτηριστικά, όπως το χρώμα, η υφή του δέρματος, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και οι αναλογίες του σώματος». Αν και μέσα από τους αιώνες προέκυψε ανάμειξη των φυσικών χαρακτηριστικών, τις μεγαλύτερες φυλές αποτελούν οι Καυκάσιοι και οι Μογγόλοι (Σαρρή, 2007:250).

Παρόλο που η σημαντικότητα της πολιτισμικής διάστασης της υγείας συζητήθηκε από ανθρωπολόγους του 19ου και 20ου αιώνα και κέρδισε την αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας τον 20ο και 21ο αιώνα, αποτελεί πρόκληση γι' αυτούς που διαμορφώνουν πολιτική υγείας και παρέχουν φροντίδα υγείας. Πιθανόν, μια από τις κυριότερες προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών/τριών είναι να γίνουν πολιτισμικά επαρκείς, ώστε να παρέχουν πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα υγείας. Μέσα από το σύστημα υγείας, τα άτομα των εθνικών μειονοτήτων, πέρα από τα πολιτισμικά εμπόδια, αντιμετωπίζουν ρατσισμό, προκατάληψη και διάκριση (Κούτα, 2007).

Η χρήση θεωριών, μοντέλων και κατάλληλων ερευνητικών μεθόδων συνιστά τον καλύτερο τρόπο για την αναγνώριση και ερμηνεία άγνωστων ή ελλιπώς μελετημένων φαινομένων και συμπεριφορών. Ο επαναπροσδιορισμός και εμπλουτισμός των γνώσεων για τις διάφορες εκφάνσεις της καθημερινότητας που επιδρούν ή σχετίζονται με την υγεία των ατόμων (π.χ. διατήρηση υγείας και ευεξίας, διατροφή, πόνος, θρήνος, πένθος, επικοινωνία, επαφή, χαρά κ.α.), καθώς επίσης και η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα/κουλτούρα, αποτελούν τον κύριο στόχο των διαφόρων νοσηλευτικών θεωριών, μοντέλων και ερευνητικών μεθόδων που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, στο βαθμό που αποτελούν διαδικασίες απαραίτητες για τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας νοσηλευτών, αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας γενικότερα, οι οποίοι στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες καλούνται να εργαστούν και να παρέχουν αποδοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας στα άτομα (Andrews and Boyle, 1999, Papadopoulos και άλλοι, 2011).

Ενδιαφέρον στην διαπολιτισμική νοσηλευτική παρουσιάστηκε στη δεκαετία του 1950 όταν υπήρχε πρόβλημα από τους νοσηλευτές/τριες να διαχειριστούν την πολιτισμική ποικιλομορφία μεταξύ των ασθενών που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ (Leininger & McFarland, 2002). Η Leininger (1970) έχει πιστωθεί με την ανάπτυξη του όρου «διαπολιτισμική νοσηλευτική», και την περιγραφή της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με βάση την ανθρωπολογική προοπτική.

Η Madeline Leininger στις αρχές του 1970 εισήγαγε τις έννοιες της πολιτισμικής διαφορετικότητας και ευαισθησίας για τους νοσηλευτές/τριες. Μέχρι το 1980 σε επίπεδο βιβλιογραφίας δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα παραπάνω (Davidhizar, 1999).

Σύμφωνα με την Papadopoulos (2002), αν και σήμερα οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούν μια «φυσιολογική κατάσταση», αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα άτομα μέσα σε αυτές απολαμβάνουν ισότιμη μεταχείριση και ότι υπάρχει σεβασμός και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Σε διάφορες χώρες (π.χ. Αυστραλία, Αγγλία) έχουν αναπτυχθεί στρατηγικές που στοχεύουν στην ενδυνάμωση της πολιτισμικής επάρκειας στη Νοσηλευτική πρακτική, συμπεριλαμβανομένης και της αναγκαιότητας πολυπολιτισμικού πλαισίου στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η διατήρηση πολιτισμικής επάρκειας στη Νοσηλευτική επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση των απαραίτητων δεξιοτήτων και γνώσεων και της κατάλληλης στάσης του νοσηλευτή/τριας, ώστε να δρα με τρόπο που να διαφυλάσσεται η ασφάλεια στη φροντίδα του ασθενούς (Omeri, 2006).

Η Leininger (1970) με το έργο της ανέδειξε τη σημασία της διαπολιτισμικής προσέγγισης στην υγεία και την ασθένεια. Στη δεκαετία του '70 παρουσίασε ένα διαπολιτισμικό μοντέλο υγείας, σκοπός του οποίου ήταν η παραγωγή γνώσης σχετικά με τη φροντίδα ατόμων που διατηρούν τη πολιτισμική τους παράδοση και τρόπο ζωής και η χρήση της γνώσης αυτής για τη παροχή πολιτισμικά κατάλληλης και οικουμενικής φροντίδας. Με τον όρο «πολιτισμικά κατάλληλη» η Leininger (1978) αναφέρεται στην ενσωμάτωση των ιδιαίτερων αξιών και πεποιθήσεων που χαρακτηρίζουν έναν πολιτισμό, ενώ με τον όρο «οικουμενική» αναφέρεται στις ομοιότητες μεταξύ των αξιών και των τρόπων συμπεριφοράς που εμφανίζονται στους διαφορετικούς πολιτισμούς και οι οποίες διαμορφώνουν τη βάση για τη διαμόρφωση θεωριών για την ανάπτυξη διαπολιτισμικών νόμων που διέπουν την ανθρώπινη συμπεριφορά (Andrews, 2001, McEven, 2002).

Βασικό στοιχείο της θεωρίας της Leininger είναι «παροχή πολιτισμικά συμβατής φροντίδας σε άτομα προερχόμενα από διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον» (McEven, 2002:250). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό ο/η επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπ' όψιν του τις απόψεις, τις πρακτικές και τις αντιλήψεις της κάθε πολιτισμικής ομάδας.

Οι υπηρεσίες υγείας καθώς και οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες, προσαρμόζονται και παρέχουν φροντίδα υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του γηγενή πληθυσμού (Casey, Blewett, & Call, 2004, Asanin & Wilson, 2008).

Σύμφωνα με την Leininger (2002), προκειμένου να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας πολιτισμικά επαρκή φροντίδα, χρειάζεται να αναπτύξουν μια λεπτομερή κατανόηση του πολιτισμικού υπόβαθρου των ασθενών τους και να εφαρμόσουν αυτή τη γνώση σε πράξη. Οι νοσηλεύτριες/τριες στις ΗΠΑ έχουν γίνει «ειδικοί» στην πολιτιστική γνώση για συγκεκριμένες εθνικές ομάδες, όπως για παράδειγμα του κινέζικου πληθυσμού των ΗΠΑ. Ωστόσο μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει εσφαλμένα, ότι οι άνθρωποι από μια συγκεκριμένη εθνική ομάδα είναι όλοι το ίδιο, και ότι οι διαφορές μεταξύ των εθνικών ομάδων είναι πιο σημαντικές από ότι οι ομοιότητες, και δεν μπορούν να αναγνωρίσουν ότι η κουλτούρα έχει δυναμική και συνεχώς αλλάζει, καθώς τα άτομα επηρεάζονται από το περιβάλλον στο οποίο ζουν (Culley, 2001; Mulholland & Dyson, 2001). Επιπλέον, με «επίκεντρο την κουλτούρα ως δύναμη διαμόρφωσης διαφόρων χαρακτηριστικών συμπεριφοράς των ασθενών» (Bruni, 1988, p. 26.), άλλοι σχετικοί παράγοντες όπως η κοινωνική τάξη, το φύλο και ο αντίκτυπος του ρατσισμού εξαιρούνται (Bruni, 1988, Gerrish, 1999, Mulholland & Dyson, 2001, Hanssen, 2002, Gustafsson, 2005).

Στη δεκαετία 1990-2000 η μετανάστευση σε παγκόσμιο επίπεδο αυξήθηκε κατά 14% (International Migration Report, 2002) γεγονός που έχει αντίκτυπο σε όλους τους τομείς μιας κοινωνίας και δε θα μπορούσε να αφήσει ανέπαφο τον τομέα της υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται ολοένα και περισσότερο σε επαφή με ανθρώπους από διαφορετικές πολιτισμικές και εθνοτικές ομάδες πράγμα που κάνει επιτακτική την ανάγκη για ευαισθητοποίηση τους με σκοπό την παροχή πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας με ποιότητα (Chenoweth et al, 2006).

Κατά την τελευταία δεκαετία 2000-2010, οι νέοι μετανάστες αντιπροσώπευαν το 70% της αύξησης του εργατικού δυναμικού στην Ευρώπη, και το 47% στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο ρόλος της μετανάστευσης στην διατήρηση του μεγέθους του εργατικού δυναμικού σε πολλές χώρες αναμένεται να γίνει πιο σημαντική (International Migration Report, 2012).

Η ελεύθερη μετακίνηση και η προσωρινή μετανάστευση εργατικού δυναμικού, έχουν πληγεί περισσότερο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Η μόνιμη μετανάστευση προς τις Ηνωμένες Πολιτείες μειώθηκε κατά 8% το 2010. Μειώθηκε κατά 3% στις ευρωπαϊκές χώρες που συμμετέχουν στον οργανισμό της οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης και αυξήθηκαν στον Καναδά. Πρόσφατα εθνικά δεδομένα δείχνουν ότι η μετανάστευση αυξήθηκε περαιτέρω το 2011 στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες του συμμετέχουν στον οργανισμό της οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης (OECD), με εξαίρεση την Ιταλία, την Ισπανία και τη Σουηδία. (International Migration Report, 2012).

Η Campina-Bacote (2001), στο μοντέλο για την πολιτισμική επάρκεια που ανέπτυξε, τονίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνειδητοποιήσουν πως η αντιμετώπιση της πολιτισμικής ποικιλομορφίας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δεν περιορίζεται στην απλή γνώση των αξιών, των πεποιθήσεων και των συνηθειών των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων.

Επίσης σύμφωνα με το μοντέλο «Υπόδειγμα της Πολιτισμικής Κατάλληλότητας» του Purnell (2003: 1-7), θεωρείται απαραίτητο η ανάπτυξη συναισθηματικών, γνωστικών, νοητικών και ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς επίσης και η ικανότητα κριτικής σκέψης και της αδιάκοπης προσπάθειας του επαγγελματία υγείας να αντιμάχεται πολιτισμικά στερεότυπα που διαωνίζουν την προκατάληψη και τις διακρίσεις εις βάρος μελών συγκεκριμένων ομάδων.

Οι νοσηλευτές/τριες αποτελούν μια ισχυρή παράμετρο για την επαρκή νοσηλευτική φροντίδα του μεταναστευτικού πληθυσμού (Iacono, 2007; Queens Courier, 2009). Η φροντίδα η οποία παρέχεται δύναται να χαρακτηρίζεται από σεβασμό για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Ευκαιρίες για την ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας δίνονται όταν εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας σε χώρο όπου υπάρχουν πολλά άτομα διαφορετικής εθνικότητας, αναπτύσσοντας και αποκτώντας πολιτισμική επαγρύπνηση μέσω της επαφής και της πρακτικής με τα άτομα αυτά, τόσο στο χώρο εργασίας όσο και εκτός (Pyles & Kim, 2006, Chrisman, 2007).

3.1 Κυπριακά δεδομένα

Η μετανάστευση προς την Κύπρο έχει αυξητική τάση τα τελευταία είκοσι χρόνια. Σε αυτό συνέβαλαν η διάλυση του λεγόμενου Ανατολικού μπλοκ καθώς και το άνοιγμα των συνόρων από τις ανατολικές χώρες (Δημουλάς και συν., 2005; Κατρούγκαλος και συν., 2004). Σύμφωνα με τη στατιστικά δεδομένα της Αστυνομίας Κύπρου που αφορούν μετανάστες για το έτος 2012 (31/07/12), αναφέρει ότι απελάθηκαν 1.868 άτυποι μετανάστες, ελέγχθησαν 32.893, άτυποι ήσαν 4.140, εγγράφηκαν 22.766 και αιτήθηκαν ασύλου 740. Επίσης σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή επιτροπή για θέματα πληθυσμιακών δεδομένων (EUROSTAT, 2009), η δημογραφική αναφορά τους παρουσιάζει πως το 21,4% του πληθυσμού αποτελείται από μετανάστες.

Η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου σύμφωνα με την απογραφή του 2011, αναφέρει ότι ο γηγενής πληθυσμός αφορά το 75,9%, πολίτες που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελούν το 12,7%, πολίτες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης το 10,8% και άλλοι χωρίς δήλωση καταγωγής τους αποτελούν το 0,6%. Σύμφωνα με την Στατιστική Υπηρεσία Κύπριοι είναι 552,243 (άντρες: 271,682 και γυναίκες: 280,561), υπήκοοι χωρών Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 92,604 (άντρες: 46,641 και γυναίκες: 45,963) και υπήκοοι τρίτων χωρών είναι 58,401 (άντρες: 20,132 και γυναίκες 38,269) (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2012).

Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται ότι η μετανάστευση δεν είναι προσωρινή, παρά το γεγονός ότι οι προσπάθειες της πολιτικής στόχευαν και στοχεύουν στην διατήρηση της προσωρινότητας της (Λάσκαρη, 2003). Οι Κύπριοι ζούν σε μια διεθνοποιημένη κοινωνία και οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών δημιουργούν επιδράσεις δημογραφικές, πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές που χρειάζονται μελέτη (Λάσκαρη, 2003).

Η μετακίνηση και η σταδιακά αυξανόμενη εγκατάσταση των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων στη Κύπρο, έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη στο εσωτερικό της, κοινωνικές ομάδες από διαφορετικούς πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα, αξίες, πεποιθήσεις, ήθη και έθιμα, καθιστώντας την κοινωνία της ως πολυπολιτισμική και μεταβάλλοντας συνεχώς τις ανάγκες των πολιτών της στο τομέα της υγείας (Λάσκαρη, 2003).

Η πολιτισμική ιδιοσυγκρασία μιας χώρας αντανακλάται στο σύστημα της υγείας και στην προαγωγή των συνηθειών υγείας. Όταν ένα άτομο νοσηλεύεται στην Κύπρο, οι οικογενειακές επισκέψεις είναι συχνές και ομαδικές. Αυτή η συνήθεια μπορεί να αυξήσει το άγχος του ασθενούς. Το πολιτισμικό σύστημα έχει την ικανότητα να διαμορφώνει αντιλήψεις και συμπεριφορές για την υγεία (Κούτα, 2007).

Η Κύπρος τα τελευταία χρόνια δέχεται έναν αυξανόμενο αριθμό διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, οι οποίες περιλαμβάνουν άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Αυτό οφείλεται στη γεωγραφική θέση της χώρας, καθώς και στις δημογραφικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτή (Taylor, Lillis, & LeMone, 2002). Παγκοσμίως η μετανάστευση και η κινητικότητα των πληθυσμών έχει αυξηθεί και η πολιτισμικά επαρκής νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα.

3.2 Σύστημα υγείας της Κύπρου

Η Κύπρος το 2009 παρουσιάζοταν διεθνώς ως μια από τις επιτυχημένες αναπτυσσόμενες χώρες, με ψηλό ρυθμό ανάπτυξης, εσωτερική και εξωτερική οικονομική σταθερότητα. Η προβληματική οικονομία που κληρονομήθηκε από την Αγγλική αποικιοκρατία το 1960 μεταβλήθηκε σε μια μοντέρνα οικονομία με σταθερή πρόοδο σε όλους τους τομείς της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας, με δυναμικές υπηρεσίες, ψηλή κοινωνική δομή και επιτυχημένους βιομηχανικούς και γεωργικούς τομείς. Διεθνώς η Κύπρος είχε την 16^η θέση όσον αφορά το κατά κεφαλή εισόδημα και αναγνωριζόταν ως οικονομία που εκμεταλλεύτηκε σωστά τις ευκαιρίες που παρουσιάστηκαν κατά καιρούς και δημιούργησε ένα σταθερό υπόβαθρο για οικονομική και κοινωνική πρόοδο στο μέλλον (Golna et al, 2004).

Η Κυπριακή δημοκρατία έχει επενδύσει στον τομέα της υγείας αλλά σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006) το Κυπριακό Σύστημα Υγείας, υπολειτουργεί και είχε κατατάξει την Κύπρο 19^η από τις 27 χώρες μέλη, όσον αφορά την φροντίδα υγείας των πολιτών. Η έκθεση επίσης είχε διαπιστώσει ότι τα 4/5 του πληθυσμού δικαιούνται φροντίδας στο δημόσιο τομέα αλλά οι περισσότεροι Κύπριοι πολίτες προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι το ποσοστό των πολιτών που πληρώνουν οι ίδιοι για την υγεία τους είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Golna et al, 2004).

Τα δεδομένα το 2012 και αρχές 2013 έχουν αλλάξει με βάση την οικονομική κρίση που επηρέασε πολλούς πολίτες, όπου αυτό συνέτεινε στην αύξηση των πολιτών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες για την δημόσια υγεία.

Το Υπουργείο Υγείας έχει εντοπίσει τις αδυναμίες του Συστήματος Υγείας της χώρας και έχει τροχοδρομήσει αλλαγές με σημαντικότερη την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓΕΣΥ). Η προεργασία για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ άρχισε αλλά παρουσιάζονται πολλά λειτουργικά και πολιτικά εμπόδια (Ετήσια έκθεση ΥΥ, 2007, 2009). Η φροντίδα υγείας στον παρόντα χρόνο παρέχεται από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με τους περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικού Κανονισμού, που διαλαμβάνουν την δωρεάν περίθαλψη σε άτομα και οικογένειες που είναι Κύπριοι πολίτες και μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου ή πολίτες

χώρας Ευρωπαϊκής Ένωσης που εργάζονται και κατοικούν στην Κύπρο με ετήσιο εισόδημα μέχρι 15,377 πλέον 1.700 ευρώ για κάθε παιδί. Αντίστοιχα και σε διάφορες άλλες κατηγορίες, όπως οι κρατικοί αξιωματούχοι, τα μέλη της Βουλής των Αντιπροσώπων, οι κρατικοί υπάλληλοι, οι κυβερνητικοί εργάτες, οι συνταξιούχοι του δημοσίου, οι εθνοφρουροί, οι πολύτεκνοι, ορισμένες κατηγορίες αναπήρων και χρόνιων ασθενών, οι φοιτητές διαφόρων σχολών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι τρόφιμοι διαφόρων φιλανθρωπικών ιδρυμάτων.

Για άτομα και οικογένειες με ετήσιο εισόδημα 15.377 – 20.500 και 30.754- 37.590 πλέον 1.700 για κάθε παιδί, αντίστοιχα έχουν κάλυψη του 50% των τελών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι χρεώσεις για νοσοκομειακή φροντίδα που δεν υπερβαίνει το 50% των κανονικών τελών καθορίζονται ανάλογα με το οικογενειακό εισόδημα. Με πλήρη καταβολή τελών για νοσοκομειακή περίθαλψη, για τις υπόλοιπες κατηγορίες και τους μετανάστες (Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2011).

Με τα νέα κοινωνικά και πολιτικά δεδομένα κυρίως μετά την μνημονιακή συμφωνία, τα δεδομένα θα αλλάξουν στον χώρο της υγείας, όσον αφορά τα κριτήρια παροχής δωρεάν υπηρεσιών φροντίδας υγείας από τις δημόσιες υπηρεσίες.

Τα εισοδηματικά κριτήρια αλλάζουν σε σχέση με την υφιστάμενη νομοθεσία μέχρι τις αρχές του 2013, και αναμένεται να μειωθεί αρκετά το ποσοστό πολιτών που δικαιούται την δωρεά φροντίδα υγείας.

4. Εννοιολογικό και Θεωρητικό Πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας

4.1 Εισαγωγή

Ενώ η σύγχρονη κοινωνία έχει καταστεί πολυπολιτισμική, δηλαδή διαφορετικές ομάδες εθνικοτήτων και θρησκείων αποτελούν μέρος της ίδιας κοινωνίας, αυξημένη εμφανίζεται η ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται σχετικά με τις διαφορετικές κουλτούρες για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτών των ανθρώπων κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (Leininger, 2002).

Η πολιτισμικά κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του άλλου, της εθνικότητας και της φυλής του. Σύμφωνα με το μοντέλο των Papadopoulos et al (2002), οι νοσηλευτές/τριες για να είναι εν δυνάμει πολιτισμικά ικανοί πρέπει να αποκτήσουν τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: πολιτισμική επαγρύπνηση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια (Το μοντέλο αυτό στο αναλύεται κεφάλαιο 5).

Οι σύγχρονες κοινωνίες καθιστούν αναγκαία την παροχή ολιστικής και πολιτισμικά κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσηλευτήρια ή στην κοινότητα. Χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση και την υποστήριξη, οι νοσηλευτές/τριες δε θα μπορούν να προσφέρουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Οι φραγμοί στην προσέγγιση ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προσέγγισης διακρίνονται σε αυτούς που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας και σε εκείνους που σχετίζονται με το σύστημα (Woolen and York, 2007).

Οι πρώτοι φραγμοί προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους ή όταν τα πιστεύω των θεραπευτών διαφέρουν από αυτά των ασθενών. Όσοι έχουν την άποψη ότι οι ασθενείς τους θα αντιδράσουν όπως οι ίδιοι σε θέματα, όπως π.χ. στη λήψη αποφάσεων, στην τεχνητή σίτιση και στη χορήγηση

υγρών, στο θάνατο και το θρήνο, τότε θα βρεθούν αντιμέτωποι με άγνωστες καταστάσεις και δεδομένα, όταν οι ασθενείς τους αντιδράσουν με διαφορετικό τρόπο (Woolen and York, 2007).

Οι φραγμοί που σχετίζονται με το σύστημα υπάρχουν, γιατί οι περισσότερες υπηρεσίες και υποδομές δημιουργήθηκαν χωρίς να λάβουν υπόψη τους την πολιτισμική ποικιλότητα. Οι περιορισμοί στο προσωπικό ή το υλικό παρακωλύουν την ικανότητα της υπηρεσίας να προσαρμόσει την παροχή φροντίδας στους διάφορους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι προσεγγίζουν τη ασθένεια και το θάνατο (Mazanec and Tyler, 2003).

4.2 Η διάσταση της κουλτούρας στην διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα υγείας

Η κουλτούρα είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ταυτότητάς και του εαυτού ενός ατόμου. Έτσι, το να αγνοείται η κουλτούρα κάποιου ατόμου όταν του παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα, σημαίνει ότι αγνοείται ο εαυτός του (Papadopoulos, 2003).

Προφανώς είναι αδύνατο για οποιονδήποτε νοσηλευτή ή οποιονδήποτε άλλον επαγγελματία υγείας να γνωρίζει τα πάντα για τις διάφορες πολιτισμικές ομάδες οι οποίες ζουν στην χώρα του. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας τη γενική πολιτισμική του επάρκεια έχει τη δυνατότητα να συλλέξει τις σχετικές ειδικές πολιτισμικές πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να φροντίσει τον ασθενή/πελάτη (Papadopoulos, 2003).

Η κουλτούρα αναφέρθηκε ως παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την άποψη του ατόμου. Ο όρος κουλτούρα, εκ του λατινικού *cultura* (<colere), εμφανίζεται με την σημερινή του έννοια για πρώτη φορά μεταφορικά από τον Κικέρωνα για να επανέλθει πολύ αργότερα και πάλι με πνευματική έννοια κατά την Αναγέννηση (Μπαμπινιώτης, 1998). Παρόλο που εμφανίστηκε πριν από τον όρο πολιτισμός, η λέξη *κουλτούρα* θα παραμείνει στο περιθώριο μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα. Οι σχετικά πιο νέοι επιστημονικοί κλάδοι όπως η κοινωνιολογία και η ανθρωπολογία, εμπνεόμενες από τη γερμανική *kultur*, θα προτιμήσουν τη χρήση της λέξης *κουλτούρα* από τον *πολιτισμό* (*civilization*), γιατί δίνει έμφαση στην ιδέα της μοναδικότητας και της ενότητας μιας δεδομένης κοινωνίας. Στα ελληνικά συνήθως δε γίνεται αυτή η διάκριση και

η συχνότερη απόδοση του συγκεκριμένου όρου είναι "πολιτισμός" (Cavelli, 1988, Κριαρά, 1994; Eysenck, 2010).

Πριν από έναν αιώνα περίπου ένας Βρετανός ανθρωπολόγος ο Taylor (1958:3) όρισε την κουλτούρα ως «...ένα πολύπλοκο σύνολο, το οποίο συμπεριλαμβάνει γνώσεις, πιστεύω, ηθική, νόμους, τέχνη, έθιμα και οποιεσδήποτε άλλες ικανότητες και συνήθειες που αποκτώνται από το άτομο ως μέλος της κοινωνίας». Ο ορισμός αυτός φαίνεται να συμπεριλαμβάνει πολλές έννοιες, για παράδειγμα τη γλώσσα, τις επιστήμες κ.ά.

Η κουλτούρα είναι το στοιχείο εκείνο του πολιτισμού που αφορά στην πνευματική του παράδοση, περικλείοντας όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για την αυτοσυνειδησία και την πορεία ενός λαού (Παπαδόπουλος και άλλοι, 2011). Η Leininger (1991) τονίζει ότι αυτά είναι η γλώσσα, τα πιστεύω, τα ήθη, τα έθιμα, τα ιδανικά, η τέχνη και η γνώση, στοιχεία που μεταλαμπαδεύονται και κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά. Η κουλτούρα, δηλαδή το σύνολο των πεποιθήσεων, των συμπεριφορών και των αξιών ενός ατόμου, φαίνεται να διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα άτομα τα προβλήματα υγείας τους. Η ανάδειξη της σπουδαιότητας της κουλτούρας, σχετίζεται με τη διαφορετική νοηματοδότηση ενός προβλήματος και τις διαφορετικές συνήθειες και αξίες των πολιτισμών (Shaw et al, 2009). Η κουλτούρα περιλαμβάνει όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες που λαμβάνουν υλικές και μη υλικές μορφές και εκφράσεις, όπως την πολιτική, την οικονομική, τη θρησκευτική, την εκπαιδευτική, τη φιλοσοφική, την τεχνολογική, και την περιβαλλοντική έκφραση, στο πλαίσιο των οποίων οι άνθρωποι ζουν και λειτουργούν (Taylor et al, 2002).

Σύμφωνα με τον Mead (1955) η κουλτούρα αναφέρεται όχι μόνο στις τέχνες και τις επιστήμες, στις θρησκείες και τις φιλοσοφίες για τις οποίες η κουλτούρα αποτελεί βάση, αλλά επίσης στα τεχνολογικά συστήματα, στις πολιτικές πρακτικές, στις απλές καθημερινές συνήθειες, όπως οι τρόποι της ετοιμασίας ή κατανάλωσης του φαγητού ή της προετοιμασίας του παιδιού για τον ύπνο. Η κουλτούρα επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης, συμπεριφοράς και εκτίμησης του ατόμου. Αποτελεί ένα προσχέδιο ή ένα οδηγό για να καθοριστούν οι ανθρώπινες αξίες, τα πιστεύω και οι πρακτικές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που αναφέρονται στην υγεία και την ασθένεια.

Σύμφωνα με την Leininger (1995), η κουλτούρα αναφέρεται στη γνώση για τις αξίες, τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, τους τρόπους ζωής, η οποία μαθαίνεται, μοιράζεται και μεταφέρεται στον τρόπο σκέψης, λήψης αποφάσεων και δράσης μιας συγκεκριμένης ομάδα. Η Leininger (1995) προχωρά ένα βήμα παραπέρα, δίνοντας μια πιο περιεκτική έννοια στην κουλτούρα, την οποία θεωρεί ως μια ολιστική προσέγγιση του ατόμου, το οποίο κληρονομεί συνήθειες και κατευθύνσεις, ενώ παράλληλα τα μεταφέρει στην επόμενη γενιά. Όλα αυτά που κληρονομούνται μπορεί να μεταβάλλονται με το χρόνο, δεν παύουν όμως ποτέ να διαδίδονται από γενιά σε γενιά.

Ο Helman (1994) αναφέρεται στην κουλτούρα με τον ίδιο περίπου τρόπο όπως και η Leininger, δίνοντας έμφαση στη σημαντικότητα της κουλτούρας για την υγεία και την προαγωγή της υγείας.

Επίσης κουλτούρα αναφέρεται ότι είναι ένα ολοκληρωμένο δυναμικό σύστημα αξιών, πιστεύω και πρακτικών, που μορφοποιούνται από τις αλληλεπιδράσεις των αντιλήψεων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Willis, 1999). Το εν λόγω δυναμικό σύστημα αναφέρεται σε υλιστικά στοιχεία όπως είναι η διατροφή, η ένδυση ή οι τελετουργικές πρακτικές, ή σε άυλα χαρακτηριστικά όπως είναι η γλώσσα, οι κοινωνικοί, οι πολιτικοί και οι οικογενειακοί θεσμοί (Byrd et al, 2003).

Η εθνικότητα αναφέρεται στον τρόπο κοινωνικής ομαδοποίησης ατόμων με κοινή φυλετική, ιστορική και γεωπολιτική ταυτότητα ή ατόμων που μοιράζονται ίδιες πολιτιστικές καταβολές (λογοτεχνία, μουσική, λαϊκές παραδόσεις). Αν και είναι αλληλένδετες έννοιες, η κουλτούρα και η εθνικότητα είναι εννοιολογικά διακριτές (Spector, 2004).

Ο Barth (1994), υποστηρίζει ότι αν η εθνικότητα είναι η κοινωνική οργάνωση της πολιτιστικής διαφοροποίησης, θα πρέπει να κατανοηθεί η κουλτούρα πρώτα, ώστε στη συνέχεια να κατανοηθεί η εθνικότητα.

Η έννοια της κουλτούρας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη με διάφορους ορισμούς που προτείνουν ανθρωπολόγοι και κοινωνιολόγοι. Η κουλτούρα περιλαμβάνει στάσεις, πεποιθήσεις

και ιδεολογίες (Purnell & Paulanka, 2003). Η κουλτούρα έχει μελετηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τις διάφορες πτυχές της γλώσσας, της ιστορίας, της τέχνης και της πνευματικότητας (Leininger & McFarland, 2002).

Η Papadopoulou (2006) τονίζει ότι όλα τα ανθρώπινα όντα είναι φορείς κουλτούρας. Σε σχέση με τη νοσηλευτική, αναφέρει την κουλτούρα ως «κοινό τρόπο ζωής μιας ομάδας ανθρώπων, που περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις ιδέες, τη γλώσσα, την επικοινωνία, τις νόρμες και τους εμφανείς τρόπους έκφρασης, όπως τα έθιμα, την τέχνη, τη μουσική, το τρόπο ένδυσης και την εθιμοτυπία. Η κουλτούρα επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ατόμων, την ταυτότητα και τη σχέση τους με τους άλλους, τόσο εντός όσο και εκτός των ορίων του πολιτισμού τους" (Papadopoulou, 2006:10). Η κουλτούρα δεν είναι στατική. Έχει δυναμική και μεταβάλλεται διαρκώς με την πάροδο του χρόνου με διαφορετικούς τρόπους, κάτω από διαφορετικές συνθήκες, καθώς τα άτομα επηρεάζονται και επιδρούν στην κουλτούρα τους σε διάφορα επίπεδα (Leininger & McFarland, 2002; Purnell & Paulanka, 2003).

Η κουλτούρα έχει επίδραση στην υγεία των ανθρώπων που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις και συμπεριφορές, και ως εκ τούτου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη κατά τη φροντίδα για ένα άτομο με διαφορετική κουλτούρα από αυτή του ατόμου που παρέχει τη φροντίδα. Η κουλτούρα δεν είναι ομοιογενής, και συνεπώς δεν μπορεί κανείς να κάνει γενικεύσεις για ένα μέλος από μια ομάδα, καθώς οι γενικεύσεις οδηγούν συνήθως σε στερεοτυπικές αντιλήψεις, σε πολιτισμικές παρεξηγήσεις, σε προκαταλήψεις και σε διακρίσεις (Holland & Hogg, 2001, Kleinman & Benson, 2006). Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι τα προβλήματα ασθένειας των μεταναστών είναι πιο αυξημένα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Καλοκαιρινού και άλλοι, 2003).

Η Papadopoulou (2003:6) αναφέρει ότι «.....εγώ και εσείς είμαστε πολιτισμικές υπάρξεις. Η κουλτούρα μου είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ταυτότητάς μου, του εαυτού μου. Οι προσωπικές μου αξίες και οι πεποιθήσεις μου για την υγεία είναι προϊόν της κουλτούρας με την οποία ανατράφηκα (η πρωτογενής μου κουλτούρα), όπως επίσης και της πολιτισμικής μου διαπραγμάτευσης με την κουλτούρα της χώρας υποδοχής στην οποία έζησα ως νεαρή ενήλικας

(η δευτερογενής μου κουλτούρα). Οι αξίες και οι πεποιθήσεις μου δεν είναι στατικές, αλλά συνεχώς τροποποιούνται καθώς και οι δυο κουλτούρες μου, πρωτογενής και δευτερογενής, αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, το να αγνοώ την κουλτούρα μου όταν μου παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα σημαίνει ότι αγνοώ τον εαυτό μου.....». Αυτό δε σημαίνει ότι αποδοκιμάζεται η αξία της επαγγελματικής δεξιοτεχνίας, αλλά δίνεται έμφαση στην ολοένα αυξανόμενη αναγνώριση ότι η κουλτούρα είναι ένα σημαντικό συστατικό και καθοριστικός παράγοντας για την υγεία (Acheson 1998, DoH 1999a, DoH 1999b).

Επιπρόσθετα, μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την κουλτούρα είναι ο τρόπος επικοινωνίας, έκφρασης και αξιών σε μια οικογένεια. Σχετικά με την κουλτούρα η οποία διέπει την Κυπριακή κοινωνία έχει εντοπιστεί μια έρευνα, η οποία έγινε σε παγκύπρια κλίμακα, με δείγμα 1.100 ατόμων, ηλικίας από 15 μέχρι 64 ετών. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουνίου του 2003, με βάση τυχαίο επιλεγμένο, αναλογικά στρωματοποιημένο δείγμα. Ταυτόχρονα έγινε ποιοτική έρευνα με μέσο συλλογής δεδομένων τις συνεντεύξεις, στις οποίες έλαβαν μέρος 50 άτομα τα οποία είχαν προηγουμένως συμμετάσχει στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα μέλη της Κυπριακής οικογένειας σχετίζονται μεταξύ τους και οι γονείς συνήθως επεμβαίνουν στη ζωή των παιδιών τους και μετά που θα ενηλικιωθούν (Περσιάνης και άλλοι, 2007).

Όλα τα παραπάνω στοιχεία εκφράζονται σε όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής. Μια από αυτές είναι και η στάση του ατόμου ή της ομάδας απέναντι στην ασθένεια, στη νόσο, και τον πόνο, η οποία βέβαια έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγειονομική φροντίδα γενικότερα (Παπαδόπουλος και άλλοι, 2011).

Συνεπώς οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι/ες σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες και αξίες των ασθενών, προκειμένου να τις κατανοούν και να προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίησή τους. Παράλληλα οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να αποδέχονται και να σέβονται τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά τους πιστεύω (Taylor et al, 2002; Καλοκαιρινού και άλλοι, 2003).

4.2.1 Πολιτισμική αντίληψη της υγείας και της ασθένειας

Ο πολιτισμός αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε κοινωνίας, συμβάλλει τόσο στη μορφή και στην οργάνωσή της, όσο και στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Χαρακτηριστικό στοιχείο του πολιτισμού είναι ότι υιοθετείται από τα άτομα χωρίς αποδείξεις και προσδίδει στην ομάδα ή την κοινωνία μια ομοιομορφία με τα δικά της πρότυπα, χαρακτηριστικά και νόρμες (Giddens, 2002; Νοβα-Καλτσούνη, 2000).

Η καθημερινή πρακτική, ο τρόπος ζωής και σκέψης, οι αντιλήψεις, οι στάσεις διαμορφώνονται σημαντικά από τις πολιτισμικές αξίες μιας κοινωνικής ομάδας. Ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια σχετίζεται σημαντικά ή ακόμα και διαμορφώνεται από τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της ομάδας. Το τι θεωρείται υγεία ή ασθένεια, πως αντιμετωπίζεται και από πού πηγάζει είναι ερωτήματα άμεσα συνδεδεμένα με μια ομάδα. Η ίδια ασθένεια μπορεί σε ένα πολιτισμικό περιβάλλον να θεωρείται μίσημα ενώ σε ένα άλλο χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα, θεία απόφαση ή προσωπική αμαρτία (Τούντας, 2000, Παραλίκας και συν, 2005, Eckersley, 2007;).

Παράγοντες που σχετίζονται με την κουλτούρα, όπως για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ, μπορούν να αποτελέσουν αιτίες νοσηρότητας ή θνησιμότητας, άμεσα ή έμμεσα. Ο Πλάτωνας είχε πει πως η ασθένεια προκαλείται από τον πολιτισμό, εννοώντας πως εάν άτομο ζούσε στη φύση θα ήταν υγιές (Τούντας, 2000). Ο ρόλος του φύλου, η οικογενειακή δομή, η ενδογαμία, οι αντιλήψεις για την υγιεινή του σώματος, η τεκνοποίηση, οι αντισυλληπτικές πρακτικές και η διατροφή είναι μερικά από τα πολιτισμικά στοιχεία που συνδέονται με την υγεία και την ασθένεια. Επίσης η ενδογαμία (η υποχρέωση των μελών μιας φυλής ή κοινωνικής τάξης να παντρεύονται αποκλειστικά και μόνο με άτομα της ίδιας φυλής, έτσι επιτυγχάνεται η διατήρηση των εθνικών χαρακτηριστικών της φυλής, αλλά υπάρχει ο κίνδυνος της εμφάνισης κληρονομικών νοσημάτων), μια πρακτική που συνδέεται με το πολιτισμικό πλαίσιο μιας ομάδας, μπορεί να οδηγήσει στη διαιώνιση κληρονομικών νοσημάτων (Παραλίκας και συν, 2005). Οι πολλαπλές κηύσεις, ως αποτέλεσμα χρήσης μη ασφαλών ή μη χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση χολοκυτίτιδας ή τη μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η κουλτούρα ενός πολιτισμού μπορεί

να απαγορεύει τη χρήση αντισυλληπτικών ή προφυλακτικών, με αποτέλεσμα τις πολλαπλές κυήσεις και τη δημιουργία τυχόν αρνητικών συνεπειών (Παραλίκας και συν, 2005). Έτσι η προσέγγιση και η αγωγή υγείας θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα στο συγκεκριμένο πληθυσμό (Τούντας, 2000).

Οι διάφορες κουλτούρες σε όλο τον κόσμο έχουν τα δικά τους πιστεύω και τις δικές τους αντιλήψεις σε σχέση με την υγεία, την ασθένεια και την ίαση. Στην καθημερινή ζωή η υγεία είναι πολύ σημαντική και μεγάλο μέρος της ανθρώπινης προσπάθειας έχει αφιερωθεί στη δημιουργία και καθιέρωση πιστεύω και πρακτικών που αφορούν σε υγιέστερους τρόπους ζωής και γενικότερα στην υγεία (Weller and Baer, 2001). Η κουλτούρα σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας του ατόμου και της κοινότητας (Papadopoulos, 2006). Μερικοί κοινοί παράγοντες που μπορούν να επηρεαστούν από την κουλτούρα είναι η χρήση αλκοόλ, η διατροφή και η σεξουαλικότητα. Για να γίνει κατανοητή η σχέση της υγείας και της ασθένειας με την κουλτούρα είναι σημαντικό να αποφεύγεται η «θυματοποίηση», δηλαδή το να θεωρείται η κουλτούρα ως ο μόνος λόγος για τη φτωχή υγεία ενός πληθυσμού (Papadopoulos, 2006).

Η συμπεριφορά που έχει σχέση με την υγεία μπορεί να είναι ενσυνείδητη ή ασυνείδητη και άμεσα σχετιζόμενη με την κουλτούρα του ατόμου και την έννοια που έχει για το κάθε άτομο η υγεία. Εφόσον το πολιτισμικό υπόβαθρο έχει ουσιαστική επιρροή σε πολλές πτυχές της ζωής, έχει σημαντική επίδραση και στην υγεία και στη φροντίδα για την υγεία (Κούτα, 2007).

Μέσα από τις ποικίλες αντιλήψεις και συνήθειες για την υγεία των διαφόρων κουλτούρων διαφαίνονται κάποιες ομοιότητες και διαφορές. Μερικές από τις συνήθειες/πρακτικές τους έχουν αποδειχθεί υποβοηθητικές με την πάροδο των ετών, ενώ άλλες είναι διφορούμενες ή ακόμα και επικίνδυνες. Στη Λατινική Αμερική, για παράδειγμα, πολλά άτομα πιστεύουν στη θεωρία «ζεστού-κρύου» για την ασθένεια. Η θεωρία αυτή χρησιμοποιείται ως συμβολική δυναμική που αντανάκλαται σε διάφορες ουσίες όπως το φαγητό, τα βότανα κ.ά. Πιστεύεται ότι το ζεστό και το κρύο πρέπει να βρίσκονται σε μια ισορροπία ώστε να διατηρείται η υγεία (Κούτα, 2007). Για παράδειγμα, η έμμηνος ρύση, που θεωρείται «ζεστή» κατάσταση, αντιμετωπίζεται με την κατάποση «κρύου» φαγητού, φαρμάκων ή την εφαρμογή ορισμένων διαδικασιών. Μερικές Λατινοαμερικανίδες αποφεύγουν κάποια

φρούτα και λαχανικά που μπορεί να διαταράξουν την εμμηνορρυσία και αυτό ενδέχεται να προκαλέσει έλλειψη σημαντικών βιταμινών (Helman, 1994).

Ο Κύπριος μοναχός Φιλάρετος έχει γράψει λεπτομερώς για διάφορες μεθόδους θεραπείας που χρησιμοποιούνταν στην Κύπρο, όπως τη χρήση αλκοόλ ή γάλακτος σκύλου για ανακούφιση από τον πόνο στο αυτί και, ακόμη, τη λήψη δυόσμου με ξύδι ως θεραπεία για την αιμόπτυση (Filaretou, 1924). Μερικά από αυτά τα «γιατροσόφια» χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα.

Οι Εβραίοι από τα αρχαία χρόνια εφάρμοζαν την περιτομή για λόγους θρησκευτικούς και υγιεινής. Στην Κίνα ο βελονισμός αποτελεί μια μέθοδο θεραπείας, στις Ηνωμένες Πολιτείες η χειροπρακτική χρησιμοποιείται για τους πονοκεφάλους και το χρόνιο πόνο, ενώ άλλες κουλτούρες μπορεί να βρίσκουν ακατάλληλες αυτές τις προσεγγίσεις για την υγεία και την ασθένεια (Helman, 1994).

Οι Ελληνοκύπριοι της Βρετανίας δήλωσαν ότι ένας από τους τρεις πιο σημαντικούς λόγους για το υψηλό επίπεδο άγχους τους είναι η οικογένεια. Οι Ελληνοκύπριοι γονείς αναμένεται να φροντίζουν τα παιδιά τους, τα οποία παραμένουν μαζί τους μέχρι να παντρευτούν, κάτι που δεν ισχύει για το γενικότερο πληθυσμό της Βρετανίας (Papadopoulos, 1998).

Η κουλτούρα είναι μια πολύπλοκη και σφαιρική παράμετρος, που επηρεάζει τη συμπεριφορά με πολλούς τρόπους. Το κάθε άτομο φέρνει μαζί του τις πολιτισμικές αξίες που έχει υιοθετήσει μέσα από την κοινωνία στην οποία ζει. Η παράδοση και οι πολιτισμικές πρακτικές επηρεάζουν τη γνώση για την υγεία. Ο κόσμος δέχεται σύγχρονες ή καινοτόμες γνώσεις, εάν αυτοί που τις προσφέρουν δείχνουν κατανόηση της ντόπιας γνώσης και ευαισθησίας σε σχέση με την κουλτούρα. Έτσι, ο συνδυασμός σύγχρονων και παραδοσιακών πρακτικών μπορεί να βελτιώσει τη δημόσια υγεία, κάνοντας πιο αποδεκτές τις νέες γνώσεις και πιο κατανοητή τη δυναμική της παράδοσης (Κούτα, 2007).

Η πολιτισμικά δομημένη υγεία και τα πιστεύω για την υγεία είναι αποτέλεσμα ενός ευρέος φάσματος μοναδικών προτύπων σε σχέση με τη διατήρηση και αναζήτηση της υγείας

σε διάφορες κοινωνίες. Έτσι, η ασθένεια και η υγεία είναι άμεσα σχετιζόμενες με την κουλτούρα (Dirie, 2006).

Η πολιτισμική ιδιοσυγκρασία μιας χώρας αντανακλάται στο σύστημα της υγείας και στην προαγωγή των συνηθειών υγείας. Όταν ένα άτομο νοσηλεύεται στην Κύπρο, οι οικογενειακές επισκέψεις είναι συχνές και ομαδικές, ενώ στους Λευκούς Αμερικανούς είναι λιγότερες και ατομικές. Αυτή η συνήθεια μπορεί να αυξήσει το άγχος του ασθενούς. Το πολιτισμικό σύστημα έχει την ικανότητα να διαμορφώνει αντιλήψεις και συμπεριφορές για την υγεία (Κούτα, 2007).

Πολλοί υποστηρίζουν πως και μερικές από τις σύγχρονες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σχετίζονται και επηρεάζονται σημαντικά από τις αξίες, τις συνήθειες και τις δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τον σύγχρονο Δυτικό πολιτισμό, για αυτό και χαρακτηρίζονται «νοσήματα του πολιτισμού μας» (Τούντας, 2000, Παραλίκας και συν, 2005). Ιδιαίτερα σχετικά με τα ψυχικά νοσήματα, ο πολιτισμός και η κουλτούρα μιας κοινωνίας ή μιας ομάδας φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική παθογένεια ή όχι του πληθυσμού.

Στην αντιμετώπιση και την έκφραση της ασθένειας τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές του ατόμου διαδραματίζουν, επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο. Ο κάθε πολιτισμός έχει τη δική του «γλώσσα δυσφορίας» μέσω της οποίας εκφράζει τα συμπτώματα και τα σημάδια που θεωρεί μη φυσιολογικά και μπορεί να κρύβουν κάποια μορφή ασθένειας (Helman, 1994; Τούντας, 2000). Η θεώρηση του φυσιολογικού και του μη φυσιολογικού έχει αποδειχτεί ότι διαφέρει από το ένα πολιτισμικό περιβάλλον στο άλλο.

Ο κάθε πολιτισμός έχει τις δικές του πολιτισμικές πρακτικές σε σχέση με την διατροφή (όπως για παράδειγμα ο μουσουλμανικός πληθυσμός απαγορεύει την κατανάλωση χοιρινού) που μπορεί να περιλαμβάνουν ή να αποκλείουν κάποια φαγητά και οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και την ασθένεια (υγιεινή διατροφή, 'junk food'). Ομοίως, η χρήση ουσιών και η εξάρτηση είναι συνήθειες που συνδέονται άρρηκτα με το πολιτισμικό πλαίσιο της κοινωνίας ή της ομάδας. Το τι θεωρείται ηθικό και «πρέπον», επικίνδυνο ή ακίνδυνο διαφέρει

από κουλτούρα σε κουλτούρα. Η κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα μπορεί να θεωρούνται ηθικές ή μη ηθικές συνήθειες ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Παραδείγματος χάριν, σε μερικές χώρες τις Αφρικής θεωρείται ασέβεια και αγένεια για μια γυναίκα να καπνίζει, ενώ σε άλλες χώρες αυτό δεν αποτελεί πράξη ασέβειας και προσβολής (Τούντας, 2000, Παραλίκας και συν, 2005, Κούτα, 2007).

Οι αντιφατικές προσεγγίσεις της σχέσης υγείας-ασθένειας είναι παρούσες σε όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας. Ο ρόλος, ωστόσο, της ανθρώπινης συμπεριφοράς θεωρείται από όλους πρωτεύων για την προστασία της υγείας και την πρόκληση της ασθένειας (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Οι αντιλήψεις για την προαγωγή της υγείας είναι υποκειμενικές, επηρεαζόμενες πολλές φορές από και από ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς. Ένα παράδειγμα είναι η αντίληψη ότι κακά πνεύματα, το μάτι και οι μάγισσες θεωρούνται ως αιτία για κάποια ασθένεια (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Στάσεις, πιστεύω και αξίες σχετικά με την υγεία είναι προϊόντα κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Η αποφυγή ανάλυσης της διεργασίας της κουλτούρας μπορεί να αποτελέσει περιορισμό σε προσεγγίσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και στην παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η προαγωγή της υγείας αποτελεί μέρος της κουλτούρας και το γεγονός αυτό μπορεί να δώσει κάποια εξήγηση στην υιοθέτηση τρόπων ζωής (Bunton et al, 1991; Κούτα, 2007).

Η αναγνώριση και η γνώση κοινωνικο-πολιτισμικών πιστεύω και πρακτικών αποτελεί ένα αρχικό βήμα στην κατανόηση του ρόλου της προαγωγής υγείας μέσα στην καθημερινή κουλτούρα. Κάθε άτομο έχει τα πιστεύω, τις θρησκευτικές τεχνικές και τις συνήθειές του για την υγεία, επηρεαζόμενο από την κουλτούρα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει, δημιουργώντας το πορτραίτο της ταυτότητας, της ατομικότητας και της προσωπικότητάς του (Κούτα, 2007). Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας και όσοι ασχολούνται με την προαγωγή και φροντίδα της υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη την κουλτούρα, ως μια παράμετρο ζωτικής

σημασίας για την αποτελεσματική και επαρκή προαγωγή της υγείας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

4.2.2 Νοσηλευτική φροντίδα σε πολυπολιτισμική κοινωνία

Το πρώτο βήμα σε μια πολυπολιτισμική προσέγγιση είναι οι επαγγελματίες υγείας να προσδιορίσουν και να κατανοήσουν τη στάση τους σε σχέση με την προοπτική του άλλου (Mazanec and Tyler, 2003). Σε αυτό ενδέχεται να βοηθήσουν τα εργαλεία της πολιτισμικής αυτοαξιολόγησης (cultural self-assessment tools), που ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν στα εξής ερωτήματα: «*Ποια είναι η εθνική σου προέλευση;*», «*πόσο έντονα νιώθεις ότι ανήκεις σε μια εθνική κοινότητα;*», «*ποια είναι η πρώτη και ποια είναι η δεύτερη γλώσσα την οποία μιλάς και διαβάζεις;*» και «*ποια είναι η θρησκεία σου και τι ρόλο παίζει στην καθημερινή σου ζωή;*». Τα εργαλεία της πολιτισμικής αυτοεκτίμησης πρέπει να εφαρμοστούν ακολούθως στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Mazanec and Tyler, 2003:12).

Η κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του ασθενούς, της εθνικότητας και της φυλής του. Οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να έχουν και τη γνώση και τη δεξιότητα να αναγνωρίζουν την πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς και να την ενσωματώνουν στην καθημερινή πρακτική (Καλαφάτη, 2011).

Οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο που θα προσφέρουν τη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με πολιτισμικές διαφορές. Οφείλουν να αναπτύξουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές με σεβασμό στην κουλτούρα, με οικουμενική αντίληψη και διαπολιτισμική φιλοσοφία (Καλαφάτη, 2011).

Είναι σημαντικό να αναδιαμορφωθεί το σύστημα υγείας και η παροχή φροντίδας να γίνεται με σκοπό το όφελος του ασθενή, ανεξάρτητα από τη φυλή, την εθνικότητα ή το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Έτσι, είναι απαραίτητοι οι επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία και οι οργανισμοί που αναγνωρίζουν και κατανοούν τις ιδιαιτερότητες του πολυπολιτισμικού ασθενούς και της οικογένειάς του, ώστε να εξαλειφθούν οι όποιες ανισότητες και διαφορές στο σύστημα υγείας (Crawley, 2005).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του στη διαμόρφωση της πολιτικής, των στόχων και των παρεχομένων υπηρεσιών, την πολιτισμική ποικιλότητα των ασθενών του και να την ενσωματώσει στη φροντίδα τους. Στο πλαίσιο αυτής της αναμόρφωσης, οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να λαμβάνουν τέτοια εκπαίδευση ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τις ανάγκες των ασθενών με διαφορετική κουλτούρα, εθνικότητα ή θρήσκευμα και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά και δυναμικά στην παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας (Leininger, 2002; Σαρρή, 2007).

Βασικό στοιχείο της προσαρμογής των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στο διαπολιτισμικό περιβάλλον είναι η πολιτισμική επάρκεια (cultural competency). Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται η επάρκεια του επαγγελματία υγείας να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και των ατόμων που μπορεί να έχουν μια κουλτούρα ή ένα πολιτισμικό πλαίσιο διαφορετικό από το κυρίαρχο (Wells and Black, 2000).

4.3 Κοινωνική νοσηλευτική και διαπολιτισμική φροντίδα

Εισαγωγή

Αρχαιολογικά ευρήματα καθώς και ιστορικά αρχεία αποδεικνύουν ότι η ιδέα της κοινωνικής νοσηλευτικής δεν είναι νέα. Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε εποχής φαίνεται να ακμάζει ή να χάνεται. Δείγματα νοσηλευτικής πρακτικής βασισμένης στην κοινότητα ανιχνεύονται στην αρχαία Ελλάδα, στην Αίγυπτο και στη ρωμαϊκή εποχή. Τον Μεσαίωνα η υγεία δεν αποτελεί προτεραιότητα, ενώ στη διάρκεια της Αναγέννησης πρακτικές κοινωνικής νοσηλευτικής επανέρχονται. Επιπλέον, κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις όπως πόλεμοι, μετανάστευση, επιδημίες που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης αποτελούν αιτίες εξέλιξης της (Αλεξανδροπούλου, 2005).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (American Nurses' Association-ANA), η κοινωνική νοσηλευτική είναι «η σύνθεση γνώσεων γενικής νοσηλευτικής και γνώσεων δημόσιας υγείας εφαρμοσμένες στην κοινότητα, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας» (Clark, 1996:8). Επίσης αναφέρει ότι η Κοινωνική Νοσηλευτική είναι κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Η νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου (Clark, 1996).

Η κοινωνική νοσηλευτική λειτουργεί οπουδήποτε σκοπός της φροντίδας είναι η πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων και η προαγωγή της υγείας (Clark, 1996, Depra et al, 2012). Πεδία δράσης και εφαρμογής της κοινωνικής νοσηλευτικής είναι η σχολική νοσηλευτική, η υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, η επείγουσα και προνοσοκομειακή νοσηλευτική, η

κατ'οίκον νοσηλεία και η οικογενειακή νοσηλευτική. Όταν οι κοινοτικοί νοσηλευτές εργάζονται σε αυτούς τους χώρους στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων, ομάδων και ολόκληρου του πληθυσμού (Clark M., 1996).

Η κοινοτική νοσηλευτική θεωρεί την υγεία ως δυναμική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου και παρεμβαίνει υποστηρικτικά όπου και όταν αυτή διαταράσσεται, για την κατά το δυνατό επαναφορά της. Η κοινοτική νοσηλευτική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις δυνατότητες παρά στις ελλείψεις του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας. Οι ενέργειες της αποσκοπούν πάντοτε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας και αν βρίσκονται (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005).

Ο κύριος σκοπός της κοινοτικής νοσηλευτικής πρακτικής είναι να προετοιμάζει επαγγελματίες που θα παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας στην κοινότητα, είτε ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες είτε ως μέλη της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι δύο κύριες περιοχές λειτουργίας του κοινοτικού νοσηλευτή αφορούν την προαγωγή της υγείας που ενσωματώνει την αγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την προστασία της υγείας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, και επίσης αφορά την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών στο χώρο όπου ζουν (σπίτι/κοινότητα), που συμπεριλαμβάνει την αποκατάστασή τους.

Οι επιμέρους στόχοι της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι να προετοιμάζει τον κοινοτικό νοσηλευτή ώστε να προάγει την υγεία των ατόμων, οικογένειας και ομάδας στην κοινότητα, να αξιολογεί και να αντιμετωπίζει τις ανάγκες υγείας των ατόμων, οικογένειας και ομάδων στην κοινότητα. Επίσης ο κοινοτικός νοσηλευτής συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες, διοικεί, οργανώνει, επικοινωνεί, σέβεται, ερευνά, συμμετέχει σε προγράμματα και τέλος τηρεί τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας σε κάθε πράξη του (Depra et al, 2012; Hallett et al, 2012).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι κοινωνική απαίτηση να έχουν την δυνατότητα και την ικανότητα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τόσο των ασθενών δομικά, όσο και των οικογενειών και των κοινοτήτων τους (Depra et al, 2012).

Η αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων από τους κοινοτικούς νοσηλευτές που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, τους αναγκάζει να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν επαρκείς και κατάλληλες πρακτικές ώστε να βοηθήσουν τις οικογένειες και τις κοινότητες που τους παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες. Είναι επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν κατάλληλα και αναθεωρημένα μοντέλα φροντίδας (Depra et al, 2012).

Η κοινοτική νοσηλευτική στην Κύπρο

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας (2005) η Κύπρος, λόγω της πολιτικής κατάστασης στην οποία βρισκόταν μέχρι το 1960, όπου ανέκτησε την ανεξαρτησία της, παρουσιάζει κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Οι αποικιοκρατικές αρχές εφάρμοζαν κυρίως θεραπευτικά προγράμματα μικρής διάρκειας, κατά τη διάρκεια επιδημιών, αλλά και προγράμματα εμβολιασμών κυρίως στις αγροτικές περιοχές.

Σήμερα υπάρχουν οι υπηρεσίες Προστασίας Μητρότητας – Παιδιού και Εμβολιασμών, οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, οι υπηρεσίες της Κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας υγείας και τα αγροτικά κέντρα υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται από τους/τις επισκέπτες/τριες υγείας στα διάφορα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Ευημερίας Παιδιού. Στόχος των υπηρεσιών αυτών είναι η προσφορά προληπτικής φροντίδας στη μητέρα, στο βρέφος και στο νήπιο και γενικά σ' όλα τα μέλη της οικογένειας, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Οι υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν σ' όλους τους κατοίκους μέσω ενός δικτύου Κέντρων και Υποκέντρων που έχουν ως βάση τους τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Νοσοκομείων, των Αστικών και Αγροτικών Κέντρων Υγείας (www.moh.gov.cy).

Επίσης στην Κύπρο υπάρχουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Προσφέρονται σε όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία, σε αστικά κέντρα υγείας, σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και σε κάποια αγροτικά κέντρα υγείας, καθώς και υπηρεσίες κατ' οίκον, όπως η Κοινοτική Νοσηλευτική και Εργοθεραπευτικά προγράμματα. Οι πρώτες αναφορές στην φροντίδα ψυχικά πασχόντων στην Κύπρο τοποθετούνται στην Βυζαντινή περίοδο όπου στα μοναστήρια μαζί με

άλλους ασθενείς νοσηλεύονταν και οι ψυχικά πάσχοντες που φροντίζονταν από τους μοναχούς-μοναχές (www.moh.gov.cy).

Σταδιακά το ασυλικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας άρχισε να υποχωρεί με την αλλαγή της αντίληψης για τη φροντίδα για την ψυχική υγεία μέσα από τη φιλοσοφία της κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Οι πρώτες απόπειρες για ψυχιατρική μεταρρύθμιση αρχίζουν το 1985. Παράλληλα αρχίζουν οι προσπάθειες για ενδυνάμωση των εξωνοσοκομειακών δομών με στόχο να εμποδίσουν την ιδρυματοποίηση, μαζί με κάποια προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης χρόνιων ασθενών σε κοινοτικές δομές. Σταδιακή μείωση των ασθενών στο Ψυχιατρείο σημειώθηκε με την εγκαθίδρυση της κοινοτικής νοσηλευτικής, όπου η παρακολούθηση των ασθενών μεταφέρθηκε στην κοινότητα και άρχισε να μεθοδεύεται η αποκατάστασή τους. Η κοινοτική νοσηλευτική κατοίκον φροντίδας εφαρμόζεται σε κάποιες επαρχίες με στόχο να εφαρμοστεί και να καλύπτει όλο το πληθυσμό της Κύπρου (www.moh.gov.cy).

Εφαρμογή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας στην κοινότητα

Μέσα από όλες τις σύγχρονες διαπολιτισμικές προκλήσεις στο χώρο της υγείας, ο τομέας της κοινοτικής νοσηλευτικής αποτελεί τον προπομπό στην προσπάθεια παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας.

Σχετικά με την παροχή φροντίδας σε άτομα διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου, οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες έχουν ιδιαίτερο ρόλο να διαδραματίσουν. Λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών δημιουργούνται δημογραφικές αλλαγές με αποτέλεσμα την διαφοροποίηση των αναγκών του πληθυσμού όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005).

Ως αποτέλεσμα των αλλαγών στη γενική εκπαίδευση των νοσηλευτών αλλά και στην ανάγκη για αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας που είναι αναγκαίος λόγω των δημογραφικών αλλαγών (αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, μεταναστών), γίνεται στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο της κοινοτικής (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Για να ανταποκριθεί ο τομέας της κοινοτικής νοσηλευτικής στις νέες προκλήσεις, απαιτεί την απόκτηση νέων δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να αποκτηθούν μόνο μέσα από την ειδική εκπαίδευση, αλλά και τη συνεχή επιμόρφωση.

Η ποιότητα της παρεχόμενης διαπολιτισμικής φροντίδας και η ικανοποίηση από αυτήν αποτελούν μια σύγχρονη απαίτηση και εφαρμογή στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα. Τα τελευταία χρόνια το πολυπολιτισμικό περιβάλλον της φροντίδας αναδεικνύει μια νέα διάσταση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, που είναι η διαπολιτισμική φροντίδα υγείας στην κοινότητα (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής εργάζεται στην κοινότητα σαν μέλος της ομάδας υγείας όπου ο συντονισμός και η συνεργασία είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Επειδή όμως η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως τεχνολογικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών και βιοϊατρικών, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα συνεργαστεί και με άλλους επιστήμονες, όπως τεχνολόγους, που οι δραστηριότητές τους αγγίζουν την υγεία της κοινότητας, οικονομολόγους, αρχιτέκτονες μηχανικούς, εκπαιδευτικούς, περιβαλλοντολόγους, εκπρόσωπους σωματείων κ.α. Από κοινού πρέπει να αναζητήσουν λύσεις στα προβλήματα υγείας της κοινότητας, της οικογένειας και να προτείνουν μέτρα για την προαγωγή της υγείας για όλα τα άτομα ανεξαρτήτου πολιτισμικού υπόβαθρου (McEwen, 2001; Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005, Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Η αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων από τους κοινοτικούς νοσηλευτές που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, τους αναγκάζει να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν επαρκείς και κατάλληλες πρακτικές συνηφασμένες με όλες τις κουλτούρες, ώστε να βοηθήσουν τις οικογένειες και τις κοινότητες που τους παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες. Είναι επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν κατάλληλα και αναθεωρημένα μοντέλα φροντίδας υγείας στην κοινότητα (Παπαδόπουλος και συν, 2011, Depra et al, 2012).

5. Μοντέλα Πολιτισμικής Επάρκειας

5.1 Πολιτισμική επάρκεια και Νοσηλευτική πρακτική

Τα τελευταία 25 χρόνια η κατανόηση και αντιμετώπιση της υγείας και της ασθένειας γίνεται τόσο υπό το πρίσμα βιολογικών παραγόντων όσο και από την οπτική γωνία των κοινωνικών και πολιτισμικών δεδομένων (Papadopoulos, 2006). Αναγνωρίζοντας ότι η πλειονότητα των ανθρώπων διαβιών σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες και η πολιτισμική ταυτότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και πρακτικών για την υγεία, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν τέτοια κατάρτιση και εκπαίδευση ώστε να καθίστανται ικανοί να παρέχουν φροντίδα με τρόπο αποδοτικό και πολιτισμικά κατάλληλο (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Επάρκεια, αρχικά οριζόταν ως μια μονοδιάστατη έννοια που χρησιμοποιείτο για την περιγραφή τυπικών προσόντων, και έχει οριστεί αργότερα ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιγράφει τα τυπικά προσόντα καθώς και τους γνωσιολογικούς και ψυχοκινητικούς παράγοντες που είναι αναγκαίοι για μια συγκεκριμένη εργασία. Η έννοια της επάρκειας έχει συζητηθεί από τις αρχές του 20ου αιώνα. Στην επάρκεια δόθηκε μια γενική έννοια, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά για την ανθρωπότητα, τις γνώσεις και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη ζωή, και μια συγκεκριμένη έννοια, σύμφωνα με την επάρκεια που αποκτήθηκε μέσω ενός ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος ή των χαρακτηριστικών που απαιτούνται για να πραγματοποιήσει μια συγκεκριμένη εργασία. Εάν ένα άτομο ή μια ομάδα είναι επαρκής, αυτό προϋποθέτει επαρκή αποτελέσματα σε μια επιθυμητή κατάσταση, η οποία με τη σειρά τους μπορούν να αποφέρουν οφέλη σε αυτόν που είναι επαρκής (Johansson, 1996; Lindblad Fridh, 2003).

Σύμφωνα με το Συμβούλιο Νοσηλευτικής, Μαιευτικής και επισκεπτών υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, ορίζει την επάρκεια ως: «την ικανότητα του νοσηλευτή να ασκεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια το επάγγελμά του, με πλήρη υπευθυνότητα στα πλαίσια εφαρμογής των καθηκόντων (UKCC, 1999:5)».

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN, 2005) καθορίζει την επάρκεια ως ένα επίπεδο της απόδοσης που αποδεικνύει την αποτελεσματική εφαρμογή των γνώσεων, δεξιοτήτων, στάσεων και αξιοκρατίας.

Στη Σουηδία, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας (NBHW, 2005) δηλώνει ότι ένα άτομο για να εργαστεί ως νοσηλεύτης πρέπει να διαθέτει επάρκεια. Σε γενικές γραμμές, η έννοια της επάρκειας συναντάται στα νοσηλευτικά πρότυπα και περιλαμβάνει την ικανότητα, την επιθυμία, τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να επιτύχουν ως νοσηλευτές στην παροχή ολιστικής και επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας. Τα επαρκή προσόντα που περιγράφονται από μια παγκόσμια προοπτική και περιλαμβάνουν την ανεξαρτησία, την επιστημονικά τεκμηριωμένη εργασία, την πολυπολιτισμική γνώση και την επαγγελματική ευθύνη.

Μερικοί νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν τον όρο πολιτισμική επάρκεια όταν αναφέρονται στη σύνθεση γνώσεων, συμπεριφορών και δυνατοτήτων που ενισχύουν τη διαπολιτισμική επικοινωνία και τις αρμόζουσες/αποτελεσματικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους (Purnell & Paulanka, 1998).

Σύμφωνα με την Campinha-Bacote (1999:203), ως πολιτισμική επάρκεια ορίζεται «η διαδικασία, μέσω της οποίας οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν συνεχώς να αποκτήσουν την ικανότητα να εργάζονται αποτελεσματικά με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή μιας κοινότητας που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό/εθνικό υπόβαθρο». Η Campinha-Bacote (1995) καταγράφει τέσσερα συστατικά στοιχεία τα οποία βοηθούν στην ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας: 1)τη συνειδητοποίηση, 2)τη γνώση, 3)την αντιμετώπιση των διαφορετικών πολιτισμών και 4)την ικανότητα ευελιξίας μέσα σ' αυτούς.

Η πολιτισμική επάρκεια αναφέρεται στη γνώση και τις δεξιότητες που πρέπει να χαρακτηρίζουν τους νοσηλευτές ώστε να φροντίσουν ασθενείς όπου το πολιτιστικό υπόβαθρο τους είναι διαφορετικό από το δικό τους (Betancourt, Green & Carrillo, 2002, Campinha-

Bacote, 2002, Leininger, 2002, Papadopoulos, 2006, Emami, 2007). Υπάρχουν αρκετοί ορισμοί της πολιτισμικής επάρκειας στη βιβλιογραφία για την νοσηλευτική. Ο Gerrish (2005) προτείνει ως πολιτισμική επάρκεια στο χώρο της νοσηλευτικής, ως ένα επίπεδο απόδοσης και αποτελεσματικής εφαρμογής των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, ώστε να ασκεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια την πρακτική του, σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία.

Η Leininger και η McFarland (2002) αναφέρονται στη γνώση που αποτελεί τη βάση, ότι δηλαδή οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό υπόβαθρο του καθενός. Η Leininger ορίζει την πολιτισμική επάρκεια ως ιδιαίτερα ανεπτυγμένες δεξιότητες για την αξιολόγηση, το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας για τα άτομα, τις οικογένειες, ομάδες και κοινότητες που εκπροσωπούν διαφορετικές κουλτούρες (Leininger & McFarland, 2002). Η Leininger τονίζει ότι νοσηλευτές απαιτείται να έχουν ειδικές γνώσεις για τον πολιτισμό του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα (Leininger, 2002). Η Leininger δεν αναφέρεται μόνο στις πολιτισμικές διαφορές, αλλά και σε άλλες διαφορές μεταξύ των ανθρώπων στην κοινωνία, όπως η φυλή, η εθνικότητα, η θρησκεία, η ηλικία, το φύλο, η σεξουαλική συμπεριφορά, η ικανότητα ή η ανικανότητα, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση (Leininger & McFarland, 2002).

Η πολιτισμική επάρκεια απαιτεί ένα σύνολο δεξιοτήτων συμπεριλαμβανομένων της γνώσης και της κατανόησης των πολιτισμών, των διαφορετικών γονικών πρακτικών και των οικογενειακών αξιών. Όσοι παρέχουν φροντίδα σε άτομα διαφορετικής κουλτούρας, πρέπει να αποκτήσουν δεξιότητες διαπολιτισμικής επικοινωνίας και να επιχειρούν να διεισδύουν στους μοναδικούς τρόπους με τους οποίους οι οικογένειές συμπεριφέρονται (Emarita, 2007).

Σύμφωνα με ένα άλλο Μοντέλο Πολιτισμικής Επάρκειας (Papadopoulos, Tilki & Taylor, 1998) τα στοιχεία που αποτελούν την πολιτισμική επάρκεια είναι: η πολιτισμική επαγρύπνηση, η πολιτισμική γνώση, η πολιτισμική ευαισθησία και η πολιτισμική πρακτική. Η πολιτισμική επάρκεια είναι μια διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο δρα προκειμένου να αναπτύσσει διαρκώς και να επαναπροσδιορίζει την ικανότητα του να παρέχει αποτελεσματική

φροντίδα υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων (Papadopoulos, 2006).

Η νοσηλευτική ανταποκρινόμενη στη πολυπολιτισμικότητα των κοινωνιών πολλών χωρών, αναπτύσσεται σε ένα διαπολιτισμικό πλαίσιο. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η απόκτηση των πολιτισμικών ικανοτήτων και του ανάλογου γνωστικού υπόβαθρου, μπορεί να εξασφαλίσει την παροχή πολιτισμικά επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας (Papadopoulos, 2006).

Αποτελέσματα ερευνών στρέφουν την προσοχή προς την κατεύθυνση γενικών προβλημάτων που παρατηρούνται στην καθημερινή κλινική πρακτική μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και πληθυσμών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Η εξάλειψη των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας σε βάρος των πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Βασικό ρόλο έχει το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται στις πρώτες γραμμές παροχής φροντίδας υγείας (Μανομενίδης, 2009).

Πολύτιμο εργαλείο στην παροχή ολοκληρωμένης διαπολιτισμικής φροντίδας αποτελεί η διαδικασία της πολιτισμικής καταλληλότητας, η αποτελεσματικότητα της οποίας προσδιορίζεται από την ικανότητα των νοσηλευτών, να την προσαρμόζουν σωστά στις εκάστοτε συνθήκες (Giger et al, 2007).

Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις δεν είναι ικανές από μόνες τους να μειώσουν ή να εξαφανίσουν τις διακρίσεις που γίνονται στο χώρο της υγείας. Πολιτικές υγείας που σκοπό έχουν να απαμβλύνουν τις διαφορές ανάμεσα στους μειονοτικούς πληθυσμούς πρέπει να εφαρμόζονται σε όλα τα επίπεδα (Jette et al, 2004). Η εκμάθηση των βασικών αρχών διαπολιτισμικής φροντίδας τόσο προπτυχιακά όσο και μεταπτυχιακά και με τη διά βίου εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων και επιμορφώσεων είναι απαραίτητη. Τέτοιες πρωτοβουλίες πιθανόν να βοηθήσουν να δούμε τη διαφορετικότητα της πολιτισμικής προέλευσης όχι ως απειλή, αλλά ως μια πρόσκληση-πρόκληση για μια κριτική ματιά απέναντι στο σύστημα υγείας της χώρας μας και τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Μανομενίδης, 2009).

Το φαινόμενο της ανάπτυξης της πολιτισμικής επάρκειας και ευαισθησίας αποτελεί ένα επίκαιρο νοσηλευτικό θέμα (Duffy, 2001). Στις Σκανδιναβικές χώρες το σύστημα έχει αποτύχει

όσο αφορά τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές ως προς την πολιτισμική τους ευαισθησία και ο λόγος είναι γιατί έχουν ελλιπή εκπαίδευση και προετοιμασία για να παρέχουν φροντίδα σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Η έλλειψη πολιτισμικής επάρκειας από τους επαγγελματίες υγείας προκαλεί απώλεια εκατομμυρίων κάθε χρόνο και μερικές φορές καταλήγει σε λανθασμένη διάγνωση, συχνά με τραγικές και επικίνδυνες συνέπειες. Σε ακραίες περιπτώσεις, ο εθνοκεντρισμός των επαγγελματιών υγείας και η πολιτισμική επιβολή έχει καταλήξει στην ιδρυματοποίηση ανθρώπων από διαφορετικούς πληθυσμούς που λανθασμένα διαγνώστηκαν λόγω της ελλιπούς κατανόησής τους από τους επαγγελματίες υγείας (McMurray, 2003).

Οι εφαρμοζόμενες μεταναστευτικές πολιτικές δεν βοηθούν τους μετανάστες να ενταχθούν, και οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις τους στην Ελλάδα δεν γίνονται σεβαστές και αν αυτό συμβεί, γίνεται ελάχιστες φορές (Σκουραδάκη, 2007), και πως οι μετανάστες στην Ελλάδα βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό στην καθημερινότητα τους, γεγονός που επεκτείνεται και στην πρόσβασή τους στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αν λάβουμε υπόψη το κοινό πολιτισμικό υπόβαθρο Κύπρου και Ελλάδας, δεν διαφέρει και πολύ η πιο πάνω περιγραφή και τα Κυπριακά δεδομένα.

Μέσα από το σύστημα υγείας, τα άτομα των εθνικών μειονοτήτων, πέρα από τα πολιτισμικά εμπόδια, αντιμετωπίζουν ρατσισμό, προκατάληψη και διάκριση. Σύμφωνα με την Papadopoulos (2002), αν και σήμερα οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούν μια «φυσιολογική κατάσταση», αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα άτομα μέσα σε αυτές απολαμβάνουν ισότιμη μεταχείριση και ότι υπάρχει σεβασμός και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ανάγκη περαιτέρω μελετών, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων που οδηγούν σε διακρίσεις στο χώρο της υγείας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μειονοτικών πολιτισμικά πληθυσμών θεωρείται επιτακτική.

5.2 Το μοντέλο Πολιτισμικής Επάρκειας των Papadopoulos, Tilki και Taylor (PTT)

Το 1998 προκειμένου να προωθηθεί και να συμπεριληφθεί η ιδέα της κουλτούρας στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής, η Irena Papadopoulos, η Mary Tilki και η Gina Taylor, δημοσίευσαν για πρώτη φορά το μοντέλο της πολιτισμικής επάρκειας, το οποίο ανέπτυξαν το 1994 κατά τη διάρκεια μιας μικρής μελέτης για τη διαπολιτισμική νοσηλευτική εκπαίδευση (Papadopoulos, Alleyne και Tilki 1995). Ορίσαν ως πολιτισμική επάρκεια, την ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων.

Ισχυρίστηκαν ότι η πολιτισμική επάρκεια αποτελεί σύνθεση πολλών γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες αποκτώνται κατά τη διάρκεια της προσωπικής και επαγγελματικής μας ζωής και που συνεχώς προστίθενται νέες και εμπλουτίζονται. Περαιτέρω πρότειναν ότι διαπολιτισμική υγεία είναι η μελέτη της πολιτισμικής διαφορετικότητας (ποικιλομορφίας) και των πολιτισμικών ομοιοτήτων στην υγεία και στην αρρώστια και η μελέτη των κοινωνικών και οργανωτικών υποδομών, ώστε να κατανοηθεί η παρούσα πρακτική στη φροντίδα υγείας και να συνεισφέρουν στη μελλοντική ανάπτυξή της με έναν τρόπο που να ανταποκρίνεται πολιτισμικά.

Όπως φαίνεται στο μοντέλο παρακάτω αποτελείται από τέσσερα στάδια. Για κάθε στάδιο παρέχεται ένα εννοιολογικό πλάνο που λειτουργεί μόνο ως κατευθυντήρια οδηγία και μπορεί να τροποποιηθεί για να ταιριάζει στον τύπο και στο επίπεδο των νοσηλευτών. Προκειμένου να μορφοποιήσουν την γνώση και τις δεξιότητες έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αφομοίωσή τους, εισήγαγαν την ακόλουθη δομή και τα ανάλογα στάδια: πολιτισμική επαγρύπνηση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια (βλ σχήμα 1 παρακάτω).

Σχήμα 1: Το Papadopoulos, Tilki και Taylor μοντέλο για την ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας (Papadopoulos et al, 1998)



Πολιτισμική επαγρύπνηση

Το πρώτο στάδιο του μοντέλου είναι η πολιτισμική επαγρύπνηση, η οποία αρχίζει με μια ατομική εξέταση των προσωπικών αξιών και πεποιθήσεων. Η φύση της δομής της πολιτισμικής ταυτότητας καθώς και η επίδρασή της στις πεποιθήσεις και στις πρακτικές των ανθρώπων σχετικά με την υγεία, θεωρούνται ως θεμέλιος λίθος της διαδικασίας της μάθησης (Papadopoulos et al, 1998). Οι αξίες και οι πεποιθήσεις του ατόμου αποτελούν τις αρχές που διέπουν τη ζωή του και συντελούν στη διαμόρφωση της κρίσης και στη λήψη αποφάσεων. Πρόκειται για τους φακούς διαμέσου των οποίων το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το κόσμο (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Ένα άλλο βασικό στοιχείο που συνδέεται με την πολιτισμική επαγρύπνηση είναι τα στερεότυπα που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά. Αναλύοντας διεξοδικότερα την έννοια της πολιτισμικής αυτο-αντίληψης, είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι ακόμα και αν ένα άτομο δεν είναι συνειδητά γνώστης των αξιών του, των πεποιθήσεων του και της πολιτισμικής του ταυτότητας, τα στοιχεία αυτά λειτουργούν σε ένα ασυνείδητο επίπεδο και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του έναντι των υπολοίπων. Είναι συχνή η αρνητική αντιμετώπιση άλλων ατόμων απλώς και μόνον επειδή η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής τους δεν συμφωνούν με τα προσωπικά κριτήρια του κρίνοντος (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Όταν το άτομο υποθέτει ότι οι αξίες του, καθώς και οι αξίες της πολιτισμικής ομάδας στην οποία ανήκει είναι ανώτερες από εκείνες ατόμων διαφορετικών εθνικών ή πολιτισμικών υποβάθρων, τότε το άτομο αυτό είναι εθνοκεντρικό (Papadopoulos et al, 1998). Επομένως, πριν γίνει οποιαδήποτε προσπάθεια κατανόησης της εθνικής ταυτότητας των άλλων, ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει να προσπαθήσει να καταλάβει τη δική του εθνική υπόσταση (Παπαδόπουλος και άλλοι, 2011).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που συνδέεται με την πολιτισμική επαγρύπνηση και τη γνώση της πολιτισμικής ταυτότητας είναι η εθνοϊστορία. Η Leininger (1995:106) όρισε ως εθνοϊστορία «... όλα εκείνα τα στοιχεία, γεγονότα και συμβάντα, εμπειρίες ατόμων, ομάδων, πολιτισμών και θεσμών που είναι πρωτίστως εθνοκεντρικά και τα οποία περιγράφουν, επεξηγούν και ερμηνεύουν τον ανθρώπινο τρόπο ζωής μέσα στα ιδιαίτερα πολιτισμικά πλαίσια και κατά τη διάρκεια μικρών ή μεγάλων χρονικών περιόδων». Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι

πρέπει να κατανοηθεί επαρκώς το ιστορικό, γεωγραφικό και κοινωνικο-πολιτιστικό υπόβαθρο των ανθρώπων τους οποίους παρέχεται φροντίδα υγείας.

Πολιτισμική γνώση

Η πολιτισμική γνώση (το δεύτερο στάδιο) μπορεί να αποκτηθεί με διάφορους τρόπους. Ένας τρόπος είναι η επαφή με ανθρώπους από διαφορετικές εθνικές ομάδες και με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, όπου μπορεί να ενισχύσει τη γνώση γύρω από τις απόψεις και συμπεριφορές των ατόμων αυτών γύρω από θέματα υγείας, καθώς και να βοηθήσει στην κατανόηση γύρω από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η πολιτισμική γνώση που προέρχεται από κοινούς ανθρώπους μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση των πεποιθήσεων, συμπεριφορών και προβλημάτων σχετικά με θέματα υγείας (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Η μελέτη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι αυτού του μοντέλου και ειδικά του σταδίου αυτού. Οι ανισότητες στο τομέα της υγείας είναι εμφανέστερες στις πολιτισμικές και εθνικές μειονότητες, και η πρακτική καταδεικνύει έντονες ανισότητες στις δομές της υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται όταν διαφορετικές ομάδες, με κριτήριο τα κοινωνικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο ή η εθνικότητα, έχουν διαφορετικό επίπεδο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Παπαδόπουλος και άλλοι, 2011).

Πολιτισμική ευαισθησία

Ένα σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη πολιτισμικής ευαισθησίας (το τρίτο στάδιο) είναι ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τα άτομα που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους. Οι Dalrymple & Burke (1995) δήλωσαν πως αν οι πελάτες δεν αντιμετωπίζονται ως αληθινοί συνεργάτες, τότε δεν επιτυγχάνεται πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα. Εάν οι πελάτες των υπηρεσιών υγείας δεν αντιμετωπίζονται ως συμμετοχοί στη φροντίδα τους, η πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί, και οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν τον κίνδυνο να κάνουν χρήση της επαγγελματικής τους εξουσίας με ένα καταπιεστικό τρόπο. Οι ισότιμες συνεργασίες ευνοούν την εμπιστοσύνη, την αποδοχή και το σεβασμό.

Η πολιτισμική ευαισθησία συνεπάγεται την ουσιαστική ανάπτυξη των κατάλληλων διαπροσωπικών σχέσεων με τους πελάτες μας. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την επίτευξη

της πολιτισμικής ευαισθησίας είναι το πως οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους στα πλαίσια της φροντίδας τους.

Η επαρκής πολιτισμική επικοινωνία επάρκεια αποτελεί άλλο ένα συστατικό της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας. Αυτή απαιτεί από το νοσηλευτή να κατανοήσει τις πολιτισμικές αξίες, τους τρόπους συμπεριφοράς και τους κανόνες αλληλεπίδρασης συγκεκριμένων κουλτούρων. Αυτό απαιτεί την ανάπτυξη συγκεκριμένης γνώσης σχετικά με την κουλτούρα, καθώς και επεξεργασία αυτής της γνώσης και χρησιμοποίηση της προκειμένου να επιτευχθεί η κατανόηση του ασθενούς ή του συναδέλφου (Παπαδόπουλος και άλλοι, 2011).

Διαπολιτισμική επικοινωνία είναι η δυνατότητα αναγνώρισης των προκλήσεων της επικοινωνίας πέραν από τα πολιτισμικά όρια. Μας καλεί να διατηρήσουμε την επαφή με την δική μας αίσθηση αυθεντικότητας, να αναγνωρίσουμε την ανησυχία μας για τις πιθανές ασάφειες μιας κατάστασης, να εντοπίσουμε τις πιθανές και πραγματικές προκλήσεις στις δικές μας αξίες και προσδοκίες και να ενισχυθεί η δέσμευσή μας για μια αποτελεσματική αλληλεπίδραση (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Πολιτισμική επάρκεια

Η επίτευξη του τέταρτου σταδίου (πολιτισμική επάρκεια) απαιτεί τη σύνθεση και την εφαρμογή των προηγούμενων σταδίων, δηλαδή της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της πολιτισμικής γνώσης και της πολιτισμικής ευαισθησίας. Περαιτέρω εστίαση δίνεται σε πρακτικές δεξιότητες όπως εκτίμηση των αναγκών, κλινική διάγνωση και άλλες δεξιότητες φροντίδας. Επιπλέον ένα πολύ σημαντικό στοιχείο αυτού του εξελικτικού σταδίου είναι η δυνατότητα να αναγνωρίζεται η ρατσιστική συμπεριφορά και οι άλλοι τύποι διακρίσεων και πρακτικών καταπίεσης (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

Οι επαγγελματίες υγείας καλό είναι να κάνουν κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να εξαλειφθούν πρακτικές που έχουν ως αποτέλεσμα να προσφέρονται άδικες, εθνοκεντρικές και ρατσιστικές υπηρεσίες. Όλοι οι άνθρωποι είναι πολιτισμικές υπάρξεις και τότε πολιτισμικά επαρκείς υπηρεσίες και πολιτισμικά επαρκείς επαγγελματίες υγείας, μπορούν να προσφέρουν τα μέγιστα στην κοινωνία συνολικά (Παπαδόπουλος και συν, 2011).

5.2.1 Γενικές και ειδικές πολιτισμικές ικανότητες

Κατά τη διάρκεια του επαγγελματικού βίου αναπτύσσεται και χρησιμοποιείται ένα σύνολο γενικών πολιτισμικών που είναι εφαρμόσιμες στις πιο πολλές πολιτισμικές ομάδες. Το μοντέλο προωθεί την άποψη ότι οι πολιτισμικές ικανότητες μπορούν να είναι και γενικές και ειδικές. Για να είναι ένας νοσηλευτής πολιτισμικά επαρκής κρίνεται απαραίτητο να αναπτύξει και τα δυο είδη ικανοτήτων (Gerrish & Papadopoulos 1999). Οι ειδικές πολιτισμικές ικανότητες αναφέρονται στις γνώσεις και στις δεξιότητες που σχετίζονται με μια ορισμένη πολιτισμική ομάδα και που καθιστούν το νοσηλευτή ικανό να κατανοήσει τις αξίες και τις πρακτικές υγείας των πελατών του, ιδιαίτερα σε εκείνες που μπορεί να έχουν αποτέλεσμα στην αντίληψη του πελάτη για την υγεία και την αρρώστια και τις προσδοκίες του γύρω από τις σωματικές λειτουργίες. Οι γενικές πολιτισμικές ικανότητες ορίζονται ως το απόκτημα γνώσεων και δεξιοτήτων που είναι εφαρμόσιμες σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες.

Αυτές οι γενικές πολιτισμικές ικανότητες, όπως η εκτίμηση για το πώς η πολιτισμική ταυτότητα σχετίζεται με την υγεία, και μια βαθύτερη κατανόηση των κοινωνικών και οργανωτικών δομών που προάγουν ή εμποδίζουν την πολιτισμικά επαρκή φροντίδα υγείας, μας βοηθούν να αποκτήσουμε ειδικές πολιτισμικές ικανότητες, οι οποίες είναι ιδιαίτερες για κάθε πολιτισμική ομάδα. Δεν είναι εφικτό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τα πάντα για τις διάφορες πολιτισμικές ομάδες οι οποίες ζουν στη χώρα τους (Παπαδόπουλος και συν, 2011). Ωστόσο, χρησιμοποιώντας κανείς τις γενικές πολιτισμικές του ικανότητες έχει τη δυνατότητα να συγκεντρώσει τις ειδικές πολιτισμικές πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να φροντίσει τον ασθενή/πελάτη.

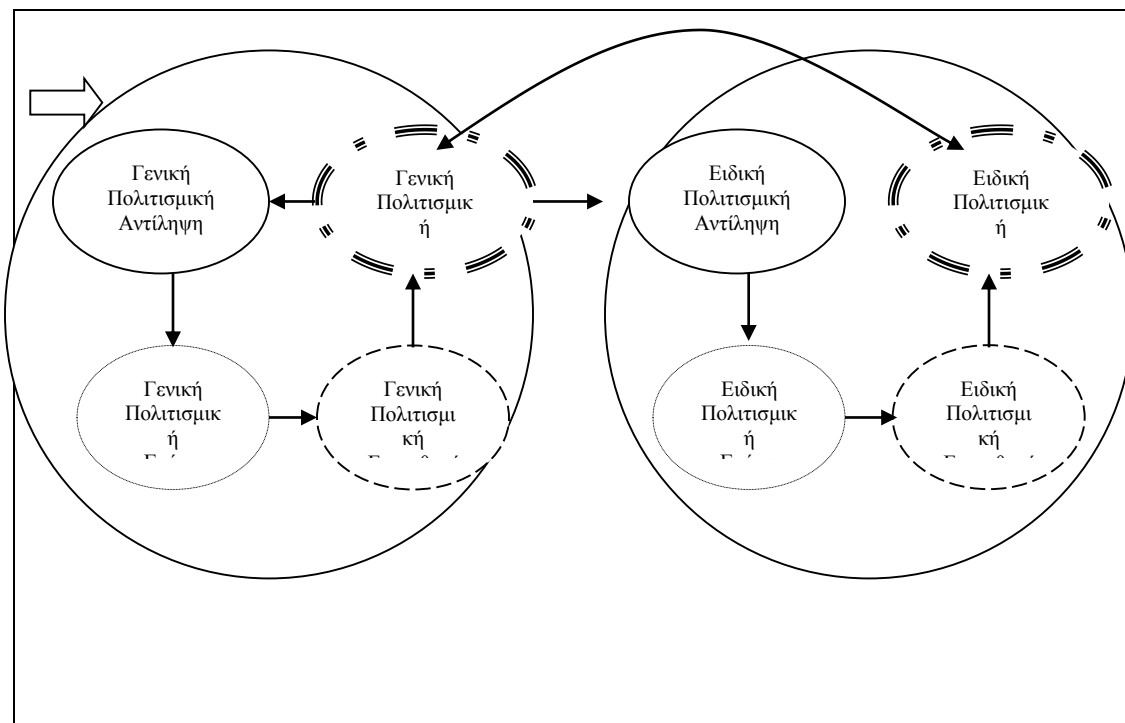
Ένα προσαρμοσμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα σπουδών μπορεί να επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ των δυο τύπων πολιτισμικής ικανότητας και παράλληλα να φροντίσει να μην προωθήσει στερεότυπα, αλλά να δώσει στους νοσηλευτές/τριες να κατανοήσουν ότι η ποικιλομορφία είναι το ίδιο πιθανόν να υπάρξει τόσο εντός μιας ειδικής εθνικής ομάδας όσο και σε διαφορετικές εθνικές ομάδες. Η ανάγκη για ειδική πολιτισμική επάρκεια τονίστηκε από

τους Gerrish et al (1996), οι οποίοι βρήκαν ότι οι νοσηλευτές επιθυμούσαν να αποκτήσουν ειδική γνώση και κατανόηση των εθνικών μειονοτήτων της περιοχής τους, με σκοπό να καθοδηγήσουν την εκτίμηση των αναγκών και το σχεδιασμό κατάλληλης φροντίδας/υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά οι νοσηλευτές/τριες επίσης συνειδητοποίησαν την ανάγκη να αναπτύξουν γενικές πολιτισμικές ικανότητες πχ. δεξιότητες επικοινωνίας, ανάπτυξη γνώσης της νομοθεσίας, ώστε να αντιμετωπίσουν το ρατσισμό.

Ένας τρόπος βοήθειας προς τους νοσηλευτές/τριες για να αναπτύξουν ειδική πολιτισμική ικανότητα είναι μέσω της προσέγγισης της μελέτης περίπτωσης (case study) που χρησιμοποιεί τις αρχές της εθνογραφίας. Με αυτόν τον τρόπο οι νοσηλευτές/τριες μπορεί να έχουν την ευκαιρία να μελετήσουν τοπικές εθνικές μειονοτικές κοινότητες στη λεπτομέρειά τους, εστιάζοντας, για παράδειγμα στον τρόπο ζωής, στη θρησκεία, στη συγγένεια και στις κοινωνικές σχέσεις, στην επικοινωνία, στη διατροφή και στις ιστορίες μετανάστευσης. Έκθεση σε τέτοιες κοινότητες θα παράσχει στους νοσηλευτές/τριες την ευκαιρία να ανιχνεύσουν τους τυπικούς πολιτισμικούς κανόνες (norms) που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη κοινότητα, όπως επίσης να κατανοήσουν την ποικιλομορφία (διαφορετικότητα) μέσα σε μια ορισμένη ομάδα.

Το σχήμα 2 απεικονίζει τη δυναμική σχέση μεταξύ των γενικών πολιτισμικών και των ειδικών πολιτισμικών ικανοτήτων, Papadopoulos I και Lees S (2002).

Σχήμα 2 : Το γενικό πολιτισμικό και το ειδικό πολιτισμικό μοντέλο (Παπαδόπουλος και συν, 2011).



Η πολιτισμικά επαρκής φροντίδα υγείας γίνεται ένα απαραίτητο στοιχείο του 21^{ου} αιώνα για εκείνους που είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις

πολυπολιτισμικές κοινωνίες. Το να αντιμετωπίζεται κανείς με έναν πολιτισμικά επαρκή τρόπο είναι προσδοκία όλων των υπηρεσιών υγείας για τη νέα χιλιετία. Δεν είναι πλέον βάσιμο να αντιμετωπίζονται όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο ή να βασίζεται η φροντίδα υγείας που παρέχεται στα άτομα σε τυπικούς κανόνες που προκύπτουν από την επικρατούσα πολιτισμική κουλτούρα. Η πολιτισμικά ικανή φροντίδα είναι και νόμιμη και ηθική απαίτηση για τους νοσηλευτές (Nursing and Midwifery Council 's code of conduct, 2002). Το μοντέλο παρέχει μια δομή η οποία εφόσον εφαρμοστεί, έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας για όλους.

6. Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Για την ολοκλήρωση αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω των εξής ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων: PUBMED, MEDLINE καθώς και στο Google Scholar και Scopus. Επίσης στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν εκδοτικοί οίκοι (www.interscience.com και www.sciencedirect.com), αλλά και μέσα από μηχανές αναζήτησης για την αναζήτηση βιβλίων, διατριβών και άρθρων σχετικά με την Πολιτισμική Επάρκεια των νοσηλευτών. Δευτερογενής αναζήτηση έγινε από τις βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που βρέθηκαν στην πρώτη φάση της αναζήτησης.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: cultural competence in nursing, transcultural nursing, cultural competence of community nurses, πολιτισμική επάρκεια, διαπολιτισμική νοσηλευτική και συνδυασμός τους.

Επίσης τα ηλεκτρονικά περιοδικά και η βιβλιοθήκη του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου προσέφεραν αρκετή βοήθεια για την ολοκλήρωση αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση έγινε στο χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2009-Μάιος 2012. Τα κριτήρια εισδοχής των ερευνών που τέθηκαν ήταν τα εξής:

1. Τα άρθρα να είναι ερευνητικά
2. Οι έρευνες να είναι ποσοτικές ή/και ποιοτικές.
3. Οι έρευνες να έχουν σχέση με την διαπολιτισμική νοσηλευτική και την πολιτισμική επάρκεια.
4. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα να είναι νοσηλευτές/τριες (εγγεγραμμένοι ή/και φοιτητές/τριες) ή/και ασθενείς.
5. Τα άρθρα να είναι διατυπωμένα μόνο σε αγγλική ή ελληνική γλώσσα.
6. Να υπάρχει πρόσβαση σε ολόκληρη τη μορφή του άρθρου.
7. Χρήση άρθρων από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2012.
8. Να μην είναι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις ή διδακτορικές διατριβές.
9. Να είναι δημοσιευμένα σε αξιόπιστα και νοσηλευτικά επιστημονικά περιοδικά.

Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν όλες οι μεθοδολογικά άριστες μελέτες ανεξαρτήτως των αποτελεσμάτων.

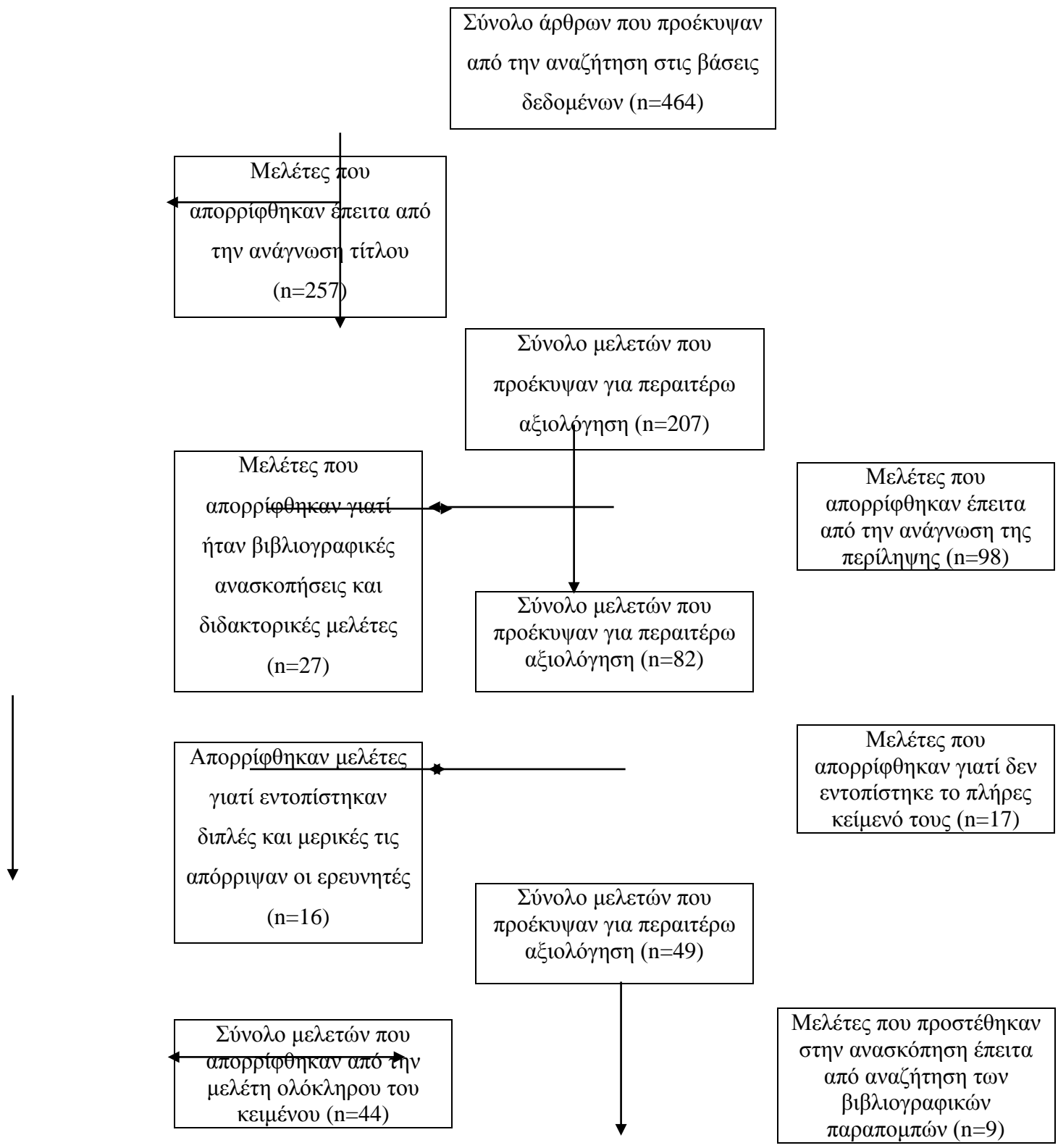
Αντίστοιχα κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν:

1. Να μην συμμετέχουν νοσηλευτές/τριες στην έρευνα
2. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν εκτός του χρονικού διαστήματος που έχει οριστεί
3. Άρθρα που δεν είναι δημοσιευμένα σε γνωστά επιστημονικά περιοδικά όπως Medline.
4. Να μην αναφέρονται τα αποτελέσματα στα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών/τριών.

Συνολικά εντοπίστηκαν πάνω από 400 σχετικά άρθρα. Η αναζήτηση έγινε από δύο ερευνητές. Από την μελέτη του τίτλου επιλέχθηκαν 207 επιστημονικά άρθρα. Η μελέτη περίληψης έγινε σε 207 άρθρα, όπου απορρίφθηκαν από την μελέτη αυτή 98 άρθρα λόγω ανάγνωσης της περίληψης και ακόμα 27 γιατί ήταν ανασκοπήσεις ή διδακτορικές διατριβές. Επιλέχθηκαν 82 άρθρα όπου μπορούσαν να μελετηθούν με πλήρες κείμενο. Έπειτα απορρίφθηκαν ακόμα 17 άρθρα όπου δεν μπορούσε να εντοπιστεί το πλήρες κείμενό τους, και στη συνέχεια 7 εντοπίστηκαν διπλά και ακόμα 9 άρθρα απορρίφθηκαν από τους ερευνητές για άλλους λόγους. Επιλέχθηκαν 49 άρθρα όπου μπορούσαν να μελετηθούν με πλήρες κείμενο, και από τη μελέτη αυτή απορρίφθηκαν ακόμα 44. Στη συνέχεια προστέθηκαν στην ανασκόπηση ακόμα 9 άρθρα που εντοπίστηκαν. Στη διαδικασία αξιολόγησης συμπεριλήφθηκαν 14 άρθρα, όπου επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν στην συστηματική ανασκόπηση.

Παρακάτω (βλ. σχήμα 3) παρουσιάζεται σχηματικά η διερεύνηση και η τελική επιλογή των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

Σχήμα 3. Απεικόνιση των βημάτων της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης



6.1 Αποτελέσματα

Σύνολο μελετών που
προέκυψαν για τελική
αξιολόγηση (n=14)

ανασκόπησης

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται ολοένα και περισσότερο σε επαφή με ανθρώπους από διαφορετικές πολιτισμικές και εθνικές ομάδες, πράγμα που κάνει περισσότερο επιτακτική την ανάγκη για ευαισθητοποίηση τους με σκοπό την παροχή αποδοτικότερης και πολιτισμικά ικανής φροντίδας. Η πολιτισμικά επαρκής φροντίδα υγείας αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα διεθνώς που απαιτεί περισσότερο προσοχή (Chenowethm et al, 2006). Είναι πολύ σημαντικό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αποκτήσει τις σχετικές γνώσεις, δεξιότητες και να σχηματίσει τις κατάλληλες στάσεις για παροχή φροντίδας σύμφωνης με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του κάθε ατόμου με σκοπό την επίτευξη των αναμενόμενων θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Leininger & McFarland, 2002; Chenowefhm et al, 2006).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν έρευνες που αφορούν την αξιολόγηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας σε εκπαιδευτικό προσωπικό, τις απόψεις των ασθενών σχετικά με την φροντίδα υγείας που τους παρείχαν οι νοσηλευτές και αξιολόγηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας φοιτητών νοσηλευτικής.

Μια έρευνα των Sumpter and Carthon (2011), αφορούσε τις απόψεις των φοιτητών σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών. Αυτή η έρευνα ήταν ποιοτική περιγραφική με δύο ομάδες εστίασης που αποτελούνταν από φοιτητές του πανεπιστημίου της Πενσυλβάνιας, και έλαβε χώρα την άνοιξη του 2006 με 2007. Αυτός ο σχεδιασμός τους επέτρεψε αρχικά να κατανοήσουν τις απόψεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών σχετικά με τα ειδικά πολιτισμικά περιεχόμενα των μαθημάτων νοσηλευτικής. Οι ομάδες εστίασης έδιναν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να προβάλουν αυθόρμητα τις αντιδράσεις τους, τις προσωπικές τους εμπειρίες, να εκφραστούν ελεύθερα, να ακούσουν τις εμπειρίες άλλων συναδέλφων τους και να συγκρίνουν. Κριτήριο συμμετοχής για τους φοιτητές προπτυχιακού ήταν να έχουν συμπληρώσει ένα εξάμηνο φοίτησης. Η μεταπτυχιακή ομάδα αποτελείτο από 5 φοιτητές το ίδιο και η άλλη ομάδα. Οι συμμετέχοντες τόνισαν την εφαρμογή μεθόδων

διδασκαλίας και μοντέλων με πιο απλούς και κατανοητούς ορισμούς, σχετικούς με την πολιτισμική διαφορετικότητα, πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια, καθώς μερικές φορές οι ορισμοί που υπάρχουν προκαλούσαν από μόνοι τους άμυνα και ένταση μεταξύ των φοιτητών. Τόνισαν πως η καθιέρωση και εφαρμογή ορισμών πέραν από την εθνική και φυλετική ταυτότητα, θα μειώσει τις εντάσεις. Οι φοιτητές εξέφρασαν την επιθυμία να μην αναφέρονται τα στερεότυπα, ομαδικά ή ατομικά, στην ερμηνεία του πολιτισμού. Δεν ήθελαν να ομαδοποιούνται οι άνθρωποι σε ομάδες με βάση τις συμπεριφορές τους και τα χαρακτηριστικά τους. Να αναφερθεί ως αδυναμία της έρευνας ο μικρός αριθμός των ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα (Sumpter and Carthon, 2011).

Σε μια παρόμοια έρευνα οι Walsh Brennan and Cotter (2008), ολοκλήρωσαν μια μεικτή έρευνα σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών στο ίδιο πανεπιστήμιο. Σε αυτή τη έρευνα οι φοιτητές/τριες απάντησαν ερωτηματολόγιο. Αποτελέσματα από το ποιοτικό κομμάτι έδειξαν ότι πολιτισμικές πληροφορίες που παρουσιάζονται στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, συχνά καλύπτονται σε όλα τα έτη. Προηγούμενες μελέτες φοιτητών νοσηλευτικής έδειξαν ότι οι φοιτητές στο τελευταίο έτος και οι μεταπτυχιακοί ανέφεραν επαρκή επίπεδα εκπαίδευσης σχετικά με τις ερωτήσεις που τους έγιναν (Sumpter and Carthon, 2011).

Σε μια έρευνα που αφορούσε τις απόψεις των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την επάρκεια των νοσηλευτών. Επιλέχθηκαν 440 ασθενείς με σκόπιμη δειγματοληψία από 18 νοσηλευτικές μονάδες της Κίνας. Οι ασθενείς ανέφεραν σχετικά χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Zhao and Akkadechanunt, 2011).

Μια άλλη πολυετής έρευνα των Matteliano and Street, αφορούσε τη παροχή πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας στα αγροτικά κέντρα υγείας από τους νοσηλευτές/τριες. Η έρευνα περιλάμβανε 50 συνεντεύξεις από 3 αστικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην βορειοανατολική περιφέρεια των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι νοσηλευτές/τριες δήλωσαν ότι έρχονται συχνά σε επαφή με ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Στην έρευνα

συμμετείχαν από διάφορα τμήματα των κέντρων υγείας και η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη. Τα αποτελέσματα έδειξαν όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό ότι ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητοι προς τους ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές/τριες διακατέχονταν από αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης και δήλωσαν ότι ήθελαν να παρέχουν όσο το δυνατό ποιοτικότερες υπηρεσίες προς τους πελάτες τους (Matteliano and Street, 2011).

Σύμφωνα με την έρευνα των Chen et al (2012), αφορούσε την επίδραση και τον αντίκτυπο των υπηρεσιών εκπαίδευσης των φοιτητών, σχετικά με την πολιτισμική επάρκειά τους. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν αυξηθούν τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών, μέσα από ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης που παρεχόταν σε κοινοτικές κλινικές. Ήταν μια ημι-πειραματική έρευνα με προ-μέτρηση και μετά-μέτρηση της ομάδας ελέγχου. Συμμετείχαν ακόμα 26 φοιτητές νοσηλευτικής εθελοντικά όπου έγινε σύγκριση με την πειραματική ομάδα. Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν ποσοτικά και ποιοτικά. Για τη μέτρηση της πολιτισμικής επάρκειας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο IAPCC-SV (Campina-Bacote, 2007), που αφορά την αξιολόγηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών σε επαγγέλματα υγείας. Το εργαλείο αυτό βασιζόταν και στο μοντέλο της Campina-Bacote που αφορά την πολιτισμική επάρκεια. Έγινε έλεγχος για την αξιοπιστία του εργαλείου.

Παρακολούθησαν ένα δεκάωρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη κοινότητα με σκοπό την αύξηση επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας τους. Ένα δείγμα ευκολίας από φοιτητές οι οποίοι παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα κοινοτικής νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο είχαν συμμετάσχει στην έρευνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές της πειραματικής ομάδας αύξησαν σημαντικά τα επίπεδα πολιτισμικής γνώσης και είχαν αυξημένα αποτελέσματα επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας σε όλες τις κλίμακες τις οποίες μελετούσαν (Chen et al, 2012).

Μια άλλη συγκριτική έρευνα των Davenport et al (2011), με περιγραφικό σχεδιασμό έγινε, σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών πρώτου έτους και μεταξύ τελειόφοιτων φοιτητών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να συμπληρώσουν το εργαλείο αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας, προκειμένου να αξιολογήσει τις αντιλήψεις

τους σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερα επίπεδα αντιλήψεων πολιτισμικής επάρκειας των τελειόφοιτων φοιτητών σε σχέση με τους πρωτοετείς φοιτητές. Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής αντιλαμβάνονται και κατανοούν την σημαντικότητα να γίνουν πολιτισμικά επαρκείς κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής εκπαίδευσής τους, και τονίζουν την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση σχετικά με το θέμα αυτό από την αρχή της εκπαίδευσής τους.

Οι φοιτητές που συμμετείχαν από το πρώτο έτος ήταν 46, και οι τελειόφοιτοι φοιτητές ήταν 53. Περιορισμός αυτής της έρευνας είναι ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν πέραν από την περιοχή αυτή γιατί η έρευνα αφορούσε μόνο το συγκεκριμένο πανεπιστήμιο. Επίσης ακόμα ένας περιορισμός είναι ότι οι δύο ομάδες μετρήθηκαν με μια μέτρηση σε ένα εξεταστέο χρόνο (Davenport et al, 2011).

Η έρευνα των Koskinen et al, (2009) σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια, αφορούσε τις εμπειρίες ευρωπαίων φοιτητών και φοιτητών από το Καναδά. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει τις απόψεις τους όσον αφορά την πολιτισμική επάρκεια των ευρωπαίων και Καναδών φοιτητών νοσηλευτικής, κατά τη διάρκεια της αγροτικής κοινοτικής τους άσκησης, αναγνωρίζοντας τις πολιτισμικές και κοινωνικές ανισότητες που τυχόν να υπάρχουν. Χρησιμοποιήθηκε μια τεχνική κριτικής περιστατικού (CIT: critical incident technique), όπου οι φοιτητές έγραφαν τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν από τις αναφορές μέσω της μεθόδου από 48 φοιτητές (21 βόρειο-ευρωπαίοι και 27 καναδοί) όπου κατέγραψαν 134 συμβάντα για διάρκεια 2 ετών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν ποιοτικά. Οι φοιτητές ανέφεραν προβληματισμούς για διαπολιτισμικά ηθικά ζητήματα. Ανέφεραν προβληματισμούς όταν έρχονταν σε επαφή με προσωπικά ζητήματα που περιλάμβαναν προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις, καθώς και κάποιες δυσκολίες στις δεξιότητες επικοινωνίας με τους ασθενείς. Τα διαπολιτισμικά δεοντολογικά ζητήματα αναφέρθηκαν και από τις 2 ομάδες φοιτητών, με κάποιες διαφορές ως προς τον ορισμό του τι θεωρούν ηθικά ζητήματα οι 2 ομάδες. Ανέφεραν προβληματισμούς σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την έλλειψη εξατομικευμένης φροντίδας. Μια έντονη διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων υπήρξε για το θέμα του δικαιώματος έκτρωσης και των υπηρεσιών για την αντισύλληψη, καθώς και για τις επιλογές που πιθανόν να υπάρχουν. Η ομάδα του Καναδά ανέφερε την δυναμική της μέριμνας και της προστασίας της σεξουαλικότητας των ασθενών,

ενώ οι ευρωπαίοι εξέφρασαν την ανησυχία τους για την νοοτροπία και τους θεσμούς που υπάρχουν (Koskinen et al, 2009).

Η έρευνα της Jackson (2007), παρόμοια με την παρούσα έρευνα, πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και αξιολογούσε την πολιτισμική επάρκεια των επισκεπτών υγείας. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει τις απόψεις, τα πιστεύω, τις γνώσεις και την πρακτική των επισκεπτών υγείας σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια. Η έρευνα αφορούσε τους επαγγελματίες μιας συγκεκριμένης περιοχής που ασχολούνταν με πληθυσμό εθνοκοιτών που αποτελούσαν μειονότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μισοί επαγγελματίες προέρχονταν από εθνοκοιότητες που αποτελούσαν μειονότητα. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν όλοι οι επισκέπτες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και έγινε σκόπιμη δειγματοληψία. Αρχικά έγινε πιλοτική έρευνα με 10 άτομα. Ακολούθως στην κύρια έρευνα συμμετείχαν 32 επισκέπτες υγείας. Ο μη παραμετρικός έλεγχος έδειξε σημαντική διαφορά στην πολιτισμική ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών από ομάδες μειονοτήτων, σε σχέση με τις ικανότητές τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των λευκών ασθενών. Ο ρατσισμός δεν αναγνωρίστηκε ως σημαντικό πρόβλημα. Τα αποτελέσματα αφορούσαν την φροντίδα ατόμων εθνοκοιτών που είναι μειονότητα και είναι χρήστες υπηρεσιών υγείας, την πολιτισμική ποικιλομορφία καθώς και την εκπαίδευση και την μόρφωση.

Μια άλλη έρευνα αυτή του Μανομενίδη (2009) στην Ελλάδα αφορούσε την αξιολόγηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε τυχαίο δείγμα 250 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν στα νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αρκετά εξοικειωμένο με τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης, δεδομένου ότι ένας στους δύο δήλωσε ότι γνωρίζει αρκετά καλά τα κοινωνικοπολιτισμικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το 90,7% δήλωσε ικανό να προσεγγίζει και να παρέχει φροντίδα με σεβασμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών, ενώ το 67,8% δήλωσε αρκετά ικανό, ώστε να φροντίσει αποτελεσματικά ασθενείς που δε μιλούν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό τόνισε τη σημασία και την αναγκαιότητα εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν την ύπαρξη γενικών προβλημάτων που παρατηρούνται στην καθημερινή κλινική πρακτική μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και πληθυσμών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δεν έχει δοκιμαστεί και ως εκ τούτου τίθενται θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Μανομενίδης, 2009). Όταν το στοιχείο της πολιτισμικής προέλευσης παραβλέπεται στο χώρο της υγείας, τίθεται θέμα ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Μανομενίδης, 2009).

Σε μια άλλη έρευνα των Khanna et al, (2009) που αφορούσε το προσωπικό μιας συγκεκριμένης κλινικής (Corvallis Clinic and Good Samaritan Hospital in Corvallis, Oregon) συμμετείχαν εξήντα επαγγελματίες υγείας (γιατροί και νοσηλευτές). Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού πολιτισμικού προγράμματος, που σχεδιάστηκε για βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν φροντίδα υγείας, σε σχέση με το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας. Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν ένα εργαστήριο χρονικής διάρκειας τεσσάρων ωρών σχετικό με την πολιτισμική επάρκεια. Οι συμμετέχοντες πριν και μετά από το εργαστήριο συμπλήρωσαν ένα εργαλείο αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας το οποίο σχεδιάστηκε από τους ίδιους τους ερευνητές. Οι ερωτήσεις που υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο αφορούσαν στοιχεία σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια και το εργαστήριο που παρακολούθησαν. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες μόνο αυτής της έρευνας. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε δημογραφικά (5 ερωτήσεις), δηλώσεις σχετικά με τις γνώσεις (19 ερωτήσεις) και δηλώσεις σχετικά με τις δεξιότητες (5 ερωτήσεις). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αλλαγή στη ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης των συμμετεχόντων σχετικά με την γνώση και τις δεξιότητες που αφορούν την πολιτισμική επάρκεια.

Η έρευνα έδειξε ότι το εργαστήριο έχει σημαντικά θετικά επίδραση όσον αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την πολιτισμική τους επάρκεια. Αναφορικά με κάποιες δηλώσεις πριν και μετά την εκπαίδευση έδειξαν αύξηση της επαγρύπνησης και της ευαισθητοποίησης μεταξύ των συμμετεχόντων σχετικά με την σημασία

της ενημέρωσης όσον αφορά τα πιστεύω, τις αξίες και τις πρακτικές πελατών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Khanna et al, 2009).

Η έρευνα των Sharon and Depra (2011), αφορούσε τις απόψεις των ασθενών σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια των κοινοτικών νοσηλευτών με βάση τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρείχαν. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας σε πελάτες (N=69) και νοσηλευτές (N=71). Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο και εργαλείο σχετικά με τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν να υπήρχε συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, και οι νοσηλευτές έδωσαν την ευκαιρία στους ασθενείς να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να τους επεξηγείται το αποτέλεσμα του θεραπευτικού σχήματος. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι συμμετείχαν στη λήψη απόφασης σχετικά με το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθείτο. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούσαν τους εαυτούς τους σχετικά πολύ πολιτισμικά επαρκείς.

Μια έρευνα των Papadopoulos et al (2007), σχετική ως προς το εργαλείο που θα χρησιμοποιείτο στην παρούσα έρευνα, αφορούσε την χρήση εργαλείου για την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών νοσηλευτών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους. Συμμετείχαν 47 νοσηλευτές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ήταν μια ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η έρευνα που έγινε ήταν πιλοτική, χρησιμοποιήθηκε ειδικό εργαλείο αξιολόγησης πολιτισμικής επάρκειας (CCATool) και έγινε στατιστική ανάλυση και χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος Δελφοί. Οι νοσηλευτές συμμετείχαν και σε ένα εκπαιδευτικό εργαστήριο σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια. Η έρευνα έδειξε κάποια επίπεδα πολιτισμικά επάγρυπνης φροντίδας και πολιτισμικά ασφαλής φροντίδας.

Σχετικά με τις εμπειρίες προσωπικού κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε άτομα διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου, έγινε μια έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία. Έγινε ποιοτική έρευνα με σκόπιμη δειγματοληψία, όπου επιλέχθηκαν 90 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων και τους έγινε συνέντευξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχετικά με το θεραπευτικό σχήμα ότι οι νοσηλευτές δεν έκαναν διακρίσεις και ήταν δίκαιοι. Σχετικά με πολιτισμική τους γνώση έδειξε ότι ήταν ανεπαρκείς σχετικά με τους Ασιάτες ασθενείς τους. Η έλλειψη απόδοσης

ευθυνών φάνηκε μέσα από τις συνεντεύξεις. Όσον αφορά τον πιθανό ρατσισμό στις υπηρεσίες τους, αρνήθηκαν ότι υπάρχει ή ότι χαρακτηρίζονται οι ίδιοι από ρατσιστικές διαθέσεις ή προθέσεις. Φάνηκαν όμως έντονα εθνοκεντρικές απόψεις και αρκετοί νοσηλευτές άφηναν και είχαν στις δηλώσεις τους ρατσιστικά υπονοούμενα (Vydelingum, 2005).

Μια άλλη έρευνα των Krainovich-Miller et al, (2008) αφορούσε την αξιολόγηση της πολιτισμικής επαγρύπνησης των φοιτητών της νοσηλευτικής. Η έρευνα αυτή ήταν πιλοτική με χρήση δείγματος ευκολίας 256 φοιτητών νοσηλευτικής. Χρησιμοποιήθηκε εργαλείο αξιολόγησης της πολιτισμικής επαγρύπνησης που το στάθμισαν οι ίδιοι. Είχε όμως χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης, κακή αξιοπιστία δοκιμασίας επαναδοκιμασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλά επίπεδα πολιτισμικής επαγρύπνησης .

Τέλος η έρευνα του Brathwaite (2005), αφορούσε στην αξιολόγηση της εκπαίδευσης που έγινε σε νοσηλευτές σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια. Η έρευνα ήταν συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας και συμμετείχαν 76 νοσηλευτές (δείγμα ευκολίας). Μετά από την παρέμβαση το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών βελτιώθηκε, μετά από 3 μήνες παρακολούθησής τους. Το 55,3% ανέφερε ότι το πρόγραμμα που παρακολούθησαν ήταν πάρα πολύ αποτελεσματικό και καλό, το 23,7% το χαρακτήρισαν ως εξαιρετικό και το 21% ότι ήταν ευχάριστο το πρόγραμμα. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν αυτά που διδάχθηκαν στο πρόγραμμα και στην πρακτική τους.

Να αναφερθεί ότι ανάλογη δημοσιευμένη έρευνα στην Κύπρο για τη έρευνα και έρευνα της πολιτισμικής επάρκειας στο χώρο της υγείας δεν υπάρχει. Θεωρείται αναγκαίο να γίνει αυτή η έρευνα στη Κύπρο, και επίσης έχει μεγάλη σημασία τόσο για την Κοινωνική Νοσηλευτική, όσο και για την γενική νοσηλευτική.

Κρίνεται αναγκαία, λοιπόν, η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν κατάλληλα τις ανάγκες φροντίδας ατόμων διαφορετικού πολιτισμικού/εθνικού υποβάθρου.

7. Η σημαντικότητα και η σπουδαιότητά της έρευνας στη νοσηλευτική επιστήμη

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει αξία τόσο σε πρακτική όσο και σε θεωρητική βάση. Η πρακτική διάσταση της έγκειται στο ότι αρχικά θα αποτυπώσει την Κυπριακή πραγματικότητα ως προς την παροχή πολιτισμικά επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας υγείας στην κοινότητα. Μια τέτοια αποτύπωση αποτελεί το έναυσμα για έναρξη κατάλληλων δράσεων, όπως για παράδειγμα τη βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προσανατολισμός τους στις νέες τάσεις και απαιτήσεις των καιρών, με απότοκο την καλύτερη προετοιμασία των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, ως προς την παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμόζοντας τις αρχές της διαπολιτισμικότητας.

Επιπλέον, μια τέτοιου είδους διερεύνηση αποτελεί πράξη ευαισθητοποίησης των ήδη εργαζομένων στο χώρο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και έναυσμα ενασχόλησης τους με τη διαπολιτισμική υγεία με σκοπό τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και την επαρκή πολιτισμική προσέγγιση. Η δημοσιοποίηση και ανακοίνωση των αποτελεσμάτων, τόσο προς τους κοινοτικούς νοσηλευτές, όσο και προς όλους τους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας υγείας, θα αποτελέσει το έναυσμα προβληματισμού για θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.

Η θεωρητική διάσταση της έρευνας αυτής έγκειται στο ότι με τη χρήση του μοντέλου της Πολιτισμικής Επάρκειας (Παπαδοπούλου και συν, 2011) παρέχονται στοιχεία που τεκμηριώνουν τη νοσηλευτική πράξη και που ενισχύουν την εφαρμογή της στην πράξη και στην έρευνα. Άλλωστε μέσω της χρήσης γενικά των νοσηλευτικών θεωριών η Νοσηλευτική

αναδεικνύεται ως αυτόνομο επάγγελμα υγείας και αντιπροσωπεύεται η μοναδική προσφορά της στην υγεία (Parse,1995).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής αποτελούν σημαντικά στοιχεία και ευρήματα για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και το Υπουργείο Υγείας γενικότερα. Η αποτύπωση της πραγματικότητας και η αξιολόγηση της νοσηλευτικής πρακτικής δίνει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις τάσεις, τις πρακτικές και τις απόψεις που ήδη υπάρχουν των κοινοτικών νοσηλευτών σχετικά με την επαφή τους με πληθυσμό με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Τα ευρήματα θα αποτελέσουν τον πυλώνα και την βάση του Υπουργείου Υγείας και των Διευθύνσεων των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για την έναρξη προγραμμάτων σχετικά με την επιμόρφωση, την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Να αναφερθεί ότι δεν έχει εντοπιστεί ανάλογη δημοσιευμένη έρευνα στην Κύπρο σχετικά με τη πολιτισμική επάρκεια στο χώρο της υγείας. Θεωρείται αναγκαίο να γίνει αυτή η έρευνα στη Κύπρο, και επίσης έχει μεγάλη σημασία τόσο για την Κοινωνική Νοσηλευτική, όσο και για την νοσηλευτική γενικότερα (γενική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα αποτυπώσουν και θα ερμηνεύσουν μια κατάσταση στο χώρο της υγείας και θα δώσουν το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα. Δίνει σημαντικά ευρήματα στο χώρο της νοσηλευτικής αποτυπώνοντας και ερμηνεύοντας τα χαρακτηριστικά μιας κατηγορίας επαγγελματιών υγείας, ως προς ένα ή περισσότερους παράγοντες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8. ΜΕΘΟΔΟΣ

8.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής πρότασης είναι η διερεύνηση του επιπέδου της πολιτισμικής επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών της Κύπρου και η επίδραση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στο επίπεδο αυτό. Η διερεύνηση αυτή θα γίνει μέσα από την αξιολόγηση των επιπέδων της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της πολιτισμικής γνώσης, της πολιτισμικής ευαισθησίας και της πολιτισμικής πρακτικής.

8.2 Στόχοι

1. Να διερευνηθεί αν οι μεταβλητές: ηλικία, φύλο, δημογραφικά χαρακτηριστικά, επαγγελματικά και ακαδημαϊκά προσόντα, γεωγραφική θέση νοσοκομείου συσχετίζονται με τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών.
2. Να διερευνηθεί αν διαφοροποιούνται τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών της Κύπρου από ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως προσωπικές πεποιθήσεις, εμπειρίες και συμπεριφορές που μπορεί να τους διακατέχουν.
3. Να διερευνηθούν οι πιθανές διαφορές στα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας μεταξύ κοινοτικών νοσηλευτών που έχουν πολλά χρόνια υπηρεσίας σε σχέση με κοινοτικούς νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εμπειρίας.
4. Να διερευνηθεί αν η συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών σε εργαστήριο (εκπαίδευση) σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, μπορεί να τους βελτιώσει το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας.
5. Να διερευνηθούν αν υπάρχουν διαφορές ως προς το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών/τριών που προέρχονται από τις διάφορες δομές κοινοτικής νοσηλευτικής.

8.3 Ερευνητικός σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι ποσοτικός με έλεγχο οιονεί-πειραματικό, με 2 ομάδες με προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση για διερεύνηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας. Είναι και διερευνητική γιατί έχει σαν πρωταρχικό σκοπό τη συλλογή, ανάλυση και παρουσίαση δεδομένων για τη διερεύνηση ενός φαινομένου (Creswell, 2003).

Στην παρούσα έρευνα έγινε κατανομή των υποκειμένων στις ομάδες, χωρίς όμως να υπάρχει πλήρης ισοδυναμία. Γι' αυτό και η ομάδα που δεν έγινε παρέμβαση ονομάζεται συγκριτική. Παρά την απειλή αυτή ο σχεδιασμός αυτός υπερτερεί έναντι άλλων σχεδιασμών (Μερκούρης, 2008).

Η διεξαγωγή της έρευνας παριστάνεται σχηματικά ως εξής :

ΟΜΑΔΑ Α (Παρέμβασης) (Μέτρηση) × Παρέμβαση × Μέτρηση
ΟΜΑΔΑ Β (Ελέγχου) (Μέτρηση) \longrightarrow Μέτρηση

Αναφορικά με το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας έλαβε χώρα από τον Ιούλιο του 2010 μέχρι και τον Ιούλιο του 2011 όσο αφορά στη συλλογή δεδομένων, και τον Ιούνιο του 2013 ολοκληρώθηκε η συγγραφή της. Σε πρώτο στάδιο είχε διεξαχθεί εκτενής ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε θέματα που σχετίζονται με την Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και την Πολιτισμική Επάρκεια των Κοινοτικών Νοσηλευτών. Για την βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν χρησιμοποιηθεί οι βάσεις δεδομένων MEDLINE, Cinahl, Pubmed, Google Scholar. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Βρέθηκαν 14 άρθρα για την πολιτισμική επάρκεια (cultural competence).

Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αφορά την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας (Cultural Competence assessment Tool – CCATool).

Αφού έγινε διπλή μετάφραση (back translation) και προσαρμόστηκαν κάποιες ερωτήσεις στα κυπριακά δεδομένα (πάντα μετά από επικοινωνία και έγκριση των συγγραφέων του εργαλείου), αξιολογήθηκε από ομάδα εμπειρογνομόνων και έγινε πιλοτική έρευνα σε 28 κοινοτικούς νοσηλευτές (βλ. σελ. 88).

Εστάλησαν παγκύπρια τα ερωτηματολόγια σε όλους τους Κοινοτικούς Νοσηλευτές με τα οποία αξιολογήθηκε η πολιτισμική τους επάρκεια. Τα ερωτηματολόγια όλα ήταν ανώνυμα και κωδικοποιημένα με αριθμό, όπου σε καμιά περίπτωση ο ερευνητής δεν γνώριζε το όνομα αυτού που συμμετέχει στην έρευνα.

Το εκπαιδευτικό εργαστήριο αποτέλεσε μέρος της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα για την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών. Το εργαστήριο αποτέλεσε την παρέμβαση και έγινε 4 μήνες μετά από την Α φάση αποστολής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων της έρευνας και 4 μήνες πριν την Β φάση αποστολής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ο σκοπός ήταν να εκπαιδευτούν οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές σε σχέση με την παροχή πολιτισμικά κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας. Το εκπαιδευτικό εργαστήριο αν βοήθησε τους συμμετέχοντες ώστε να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα, διερευνήθηκε στη Β φάση της έρευνας μέσα από ερωτηματολόγια όπου συμπλήρωσαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS.16 (βλ. σελ. 150).

8.4 Χώρος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στους κατά τόπους χώρους εργασίας των Κοινοτικών Νοσηλευτών (Κατ' οίκον Νοσηλείας, Κέντρα Προστασίας Μητρότητας του Παιδιού, Σχολική Νοσηλευτική, Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Αγροτικά κέντρα), στο Δημόσιο Τομέα, καθώς επίσης και στον μη κυβερνητικό τομέα, που αφορούσε το Παγκύπριο Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑΣΥΚΑΦ), και στον Αντικαρκινικό Συνδέσμου Κύπρου.

8.5 Δείγμα – Δειγματοληψία

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν 170 άτομα (συμμετέχοντες/ουσες) στην Α' φάση και 158 στην Β' φάση. Οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική, ότι το ερωτηματολόγιο θα ήταν ανώνυμο και ότι όλες οι απαντήσεις θα ήταν αυστηρά εμπιστευτικές.

Κριτήρια για την επιλογή του δείγματος ήταν οι συμμετέχοντες να:

1. Είναι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές/τριες και να εργάζονται στην κοινότητα,
2. Διαθέτουν προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο ετών (ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα παροχής φροντίδας σε άτομα διαφορετικού πολιτισμικού/εθνικού υποβάθρου).
3. Μιλούν και να γράφουν πολύ καλά ελληνικά,
4. Επιθυμούν να συμμετάσχουν και να
5. Έχουν παρακολουθήσει το μεταβατικό πρόγραμμα με ειδίκευση στην κοινοτική νοσηλευτική, ή/και να κατέχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση με ειδίκευση στην κοινοτική νοσηλευτική.

Η δειγματοληψία ήταν απογραφική στην Α' φάση με τη συμμετοχή ολόκληρου πληθυσμού των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών της Κύπρου. Είχαν αποσταλεί 182 ερωτηματολόγια στους κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες όπου πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα. Από αυτά επιστράφηκαν τα 170 τα οποία αποτελούσαν το δείγμα για την Α' φάση της έρευνας (ποσοστό ανταπόκρισης 93,4%). Οι Polit & Hungler (1991) αναφέρουν ότι ένα ποσοστό ανταπόκρισης μεγαλύτερο του 60% είναι πιθανόν να επαρκεί για τους περισσότερους σκοπούς και ότι αν το ποσοστό ανταπόκρισης είναι υψηλό ο κίνδυνος σοβαρής μεροληπτικής

ανταπόκρισης μπορεί να είναι ασήμαντος. Με βάση αυτή την αναφορά το ποσοστό ανταπόκρισης στην παρούσα έρευνα θεωρείται ικανοποιητικό.

Στη Β' φάση όπου έγινε η παρέμβαση με την εθελοντική συμμετοχή (δείγμα ευκολίας) των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στο εργαστήριο για την ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας, επιλέγησαν από το κάθε τμήμα που αντιπροσωπευόταν, ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής τους στην Α' φάση της έρευνας.

Σε κάθε τμήμα αναρτήθηκε ένας κατάλογος και ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να συμπληρώσουν το όνομά τους αν ήθελαν να συμμετάσχουν στο συγκεκριμένο εργαστήριο. Πρώτα ενημερώθηκαν για την τοποθεσία και το πρόγραμμα του εργαστηρίου που θα παρακολουθούσαν καθώς και το γεγονός ότι το εργαστήριο ήταν μοριοδοτημένο από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής με 5,5 μονάδες. Ακολούθως αναρτήθηκε ένας πίνακας για να δηλώσουν τα ονόματά τους και όταν ο αριθμός των δηλώσεων υπερέβαινε τον αριθμό δηλώσεων που αναλογούσε στο κάθε τμήμα γινόταν κλήρωση. Ζητήθηκε από τους προϊστάμενους και η αναλογία που αντιστοιχούσε στο κάθε τμήμα κατά ηλικία και κατά φύλο.

Το εργαστήριο που αποτελούσε την παρέμβαση έγινε στη Λευκωσία και ο πληθυσμός που το παρακολούθησε προερχόταν από όλες τις επαρχίες (αστικές και αγροτικές περιοχές) της Κύπρου.

Έγινε έλεγχος ομοιογένειας για τα άτομα που παρακολούθησαν το εργαστήριο σε σχέση με τα άτομα που δεν παρακολούθησαν το εργαστήριο, ως προς το φύλο, ηλικία, επαγγελματική ιδιότητα και επαρχία όπου εργάζεται το άτομο που συμμετέχει στην έρευνα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν είχαν διαφορές ο πληθυσμός που παρακολούθησε το εργαστήριο σε σχέση με αυτούς που δεν το παρακολούθησαν, ως προς την ηλικία, το φύλο, την επαγγελματική ιδιότητα και την επαρχία όπου εργάζονταν (βλ. σελ. 133).

Επειδή ο αριθμός των ατόμων με βάση τον κατάλογο δειγματοληψίας ήταν μικρός, χρησιμοποιήθηκε ο απλός τρόπος της κληρωτίδας με την αναγραφή των ονομάτων ή των αντίστοιχων αριθμών σε μικρά χαρτάκια, την τοποθέτησή τους σε ένα κουτί και την επιλογή

μετά από ένα ανακάτεμα (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα έρευνα χρειάστηκε σε κάποια τμήματα (2) να γίνει κλήρωση για την επιλογή του δείγματος, διότι ο αριθμός που δηλώθηκε ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό που χρειαζόταν ως αντιπροσώπευση από το σχετικό τμήμα.

8.6 Εργαλείο

Στην έρευνα αυτή έχει γίνει χρήση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας (Cultural Competence Assessment Tool- CCATool) του μοντέλου ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας των Papadopoulos, Tilki and Taylor. Επιλέγηκε αυτό το εργαλείο γιατί θεωρήθηκε ότι είναι το πιο απλό, κατανοητό και επεξηγηματικό σε σχέση με τα άλλα που υπάρχουν στην βιβλιογραφία. Επίσης υπήρχε η άμεση στήριξη από τους συγγραφείς σε περίπτωση που υπήρχαν απορίες και η αδειοδότηση χρησιμοποίησης του εργαλείου ήταν άμεση από τους υπεύθυνους.

Για την αξιολόγηση των επιπέδων της πολιτισμικής επάρκειας τροποποιήθηκε και σταθμίστηκε καταλλήλως ερωτηματολόγιο, το οποίο ήδη χρησιμοποιήθηκε στην Αγγλία και στο Ισραήλ. Έχει ληφθεί η σχετική άδεια και έγκριση από τους συγγραφείς του εργαλείου τους Papadopoulos, Tilki and Lees (Papadopoulos, Tilki and Lees, 2002).

Η μετάφραση από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα έγινε από δύο κοινοτικούς νοσηλευτές και μια καθηγήτρια της αγγλικής φιλολογίας (ευθεία μετάφραση). Τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν από ομάδα εμπειρογνομόνων που αποτελούσε τριμελής ομάδα που διατρίβονται στο θέμα αυτό. Στη συνέχεια μεταφράστηκε ξανά στην αγγλική γλώσσα από δύο κοινοτικούς νοσηλευτές και μια μεταφράστρια που δε συμμετείχε στην αρχική μετάφραση (αντίστροφη μετάφραση) για να διαπιστωθεί η ορθότητα της μετάφρασης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις παράγοντες που αξιολογούν την πολιτισμική επαγρύπνηση (π.χ. η πολιτισμική αναστροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους), την πολιτισμική γνώση (π.χ. για να παρέχεται

αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη), την πολιτισμική ευαισθησία (π.χ. οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφής) και την πολιτισμική πρακτική (π.χ. οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς μορφές).

Στις δύο πρώτες παραμέτρους υπήρχαν από μία ερώτηση κλίμακας από το 1 μέχρι το 10 με πιο δυνατή απάντηση το δέκα, και στις άλλες δύο παραμέτρους υπήρχαν από δύο ανάλογες κλίμακας (βλ. σελ. 164-167) Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μαζί με ερωτήσεις που αφορούσαν τις απόψεις τους σχετικά με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας που υπάρχει στην Κύπρο, επίσης σχετικά με την συχνότητα επαφής τους με πελάτες άλλης εθνικότητας και κουλτούρας και τις απόψεις τους για το εκαπιδευτικό εργαστήριο για όσους το παρακολούθησαν. Η χρονική διάρκεια που απαιτούνταν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 7 λεπτά (βλ. σελ. 187).

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου αναγράφονταν ο σκοπός της έρευνας αυτής όπου ενημέρωνε τον κάθε συμμετέχοντα και παράλληλα δινόταν ο ορισμός της πολιτισμικής επάρκειας. Επίσης ενημερώθηκε ο κάθε συμμετέχον ότι η συμμετοχή του είναι ανώνυμη και εθελοντική. Στην περίπτωση που είχαν κάποια ερωτήματα οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον ερευνητή, καθώς και η ηλεκτρονική διεύθυνση όπου μπορούσαν να θέσουν τυχόν ερωτήματα ή απορίες.

Στις πρώτες δύο παραμέτρους που αφορούσαν την πολιτισμική επαγρύπνηση και την πολιτισμική γνώση, υπήρχαν δέκα δηλώσεις με επιλογή απάντησης: Συμφωνώ απόλυτα – Συμφωνώ – Διαφωνώ – Διαφωνώ απόλυτα, καθώς και μία γενική ερώτηση με κλίμακα βαθμολόγησης από το 1 μέχρι το 10.

Στις άλλες δύο παραμέτρους που αφορούσαν την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική πρακτική, υπήρχαν επίσης δέκα δηλώσεις με επιλογή απάντησης: Συμφωνώ απόλυτα – Συμφωνώ – Διαφωνώ – Διαφωνώ απόλυτα, καθώς και από δύο γενικές ερωτήσεις στο τέλος με κλίμακα από το 1 μέχρι το 10. Για κάθε απάντηση σε κάθε δήλωση υπήρχε και ο ανάλογος κωδικός, όπου τα δεδομένα και οι κωδικοί αυτοί αναγράφονταν σε ειδικό λογισμικό

που δημιούργησαν και εφάρμοσαν οι συγγραφείς του εργαλείου, και ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία προέκυπτε ένα αποτέλεσμα που μετρούσε το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας του κάθε συμμετέχοντα. Η κατηγοριοποίηση από το ειδικό λογισμικό ήταν η ακόλουθη: 1) Πολιτισμικά ανεπαρκής, 2) Πολιτισμικά ενημερωμένος/η, 3) Πολιτισμικά Ασφαλής και 4) Πολιτισμικά Επαρκής.

8.6.1 Εγκυρότητα του εργαλείου της έρευνας

Η εγκυρότητα (περιεχομένου, κριτηρίου, δομής) του ερωτηματολογίου διασφαλίστηκε ως εξής:

- Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε βιβλιογραφικά δεδομένα
- Ανασκοπήθηκε από ειδικούς (άτομα που διαθέτουν θεωρητικό και πρακτικό υπόβαθρο ως προς την πολιτισμική επάρκεια)
- Ζητήθηκε ο σχολιασμός του ερωτηματολογίου από ειδικούς σχετικά με το πόσο κατανοητό και πλήρες είναι το κείμενο, ώστε να απαντηθεί σωστά χωρίς παραλείψεις
- Έγινε έλεγχος και συσχετίσεις μεταξύ της κύριας και των επιμέρους υποκλιμάκων
- Πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα (προ έρευνα) σε δείγμα 28 ατόμων.

Η πιλοτική έρευνα έγινε για την ανεύρεση δυνατών και αδύνατων σημείων του σχεδίου έρευνας και η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των εργαλείων της ανάλυσης δεδομένων (Cressel, 2003).

Η εγκυρότητα παραγόντων του ερωτηματολογίου εξετάστηκε με την διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis) ενώ η εσωτερική συνοχή των παραγόντων που θα εμφανιστούν, με το συντελεστή α του Cronbach (Cronbach, 1951).

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που συμμετείχε στην πιλοτική έρευνα.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά δείγματος πιλοτικής έρευνας

<i>Χαρακτηριστικά</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1. Φύλο		
<i>Γυναίκες</i>	26	92,9
<i>Άντρες</i>	2	7,1
2. Ηλικία		
<i>21-25</i>	2	7,1
<i>26-30</i>	4	14,3
<i>31-35</i>	7	25,0
<i>36-40</i>	9	32,1
<i>41-45</i>	4	14,3
<i>46-50</i>	2	7,2
3. Ειδικότητες στην Κοινωνική Νοσηλευτική		
<i>Επισκέπτες υγείας/Σχολικοί Νοσηλευτές</i>	14	50,0
<i>Νοσηλευτές κατοίκων νοσηλείας</i>	5	17,9
<i>Κοινωνικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας</i>	6	21,4
<i>Κοινωνικοί νοσηλευτές αγροτικών κέντρων</i>	3	10,7
4. Εκπαίδευση		
<i>Δίπλωμα</i>	16	57,1
<i>Πτυχίο</i>	11	39,3
<i>Μεταπτυχιακό</i>	1	3,6

8.6.2 Αξιοπιστία των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου της έρευνας

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης είναι ο βαθμός της συνέπειας με τον οποίο το εργαλείο μετρά το χαρακτηριστικό που διατείνεται ότι μετρά, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες με τα ίδια υποκείμενα (επαναληψιμότητα της μέτρησης) (Sproul, 1988; Polit & Hungler, 1991, Ραφτόπουλος, 2011) και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης (Burns & Grove, 2001).

Δείκτης αξιοπιστίας 0,80 θεωρείται το κατώτερο αποδεκτό όριο για πολύ καλά ανεπτυγμένα ψυχοκοινωνικά εργαλεία μέτρησης, ενώ για νέα ερευνητικά εργαλεία αξιοπιστία 0,70 θεωρείται αποδεκτή (Sproul, 1988; Burns & Grove, 2001). Από την άλλη μεριά, σύμφωνα με άλλους συγγραφείς (Polit & Hungler, 1991; Rosenthal & Rosnow, 1991) δεν υπάρχει τυπική τιμή για την αποδοχή ενός συντελεστή αξιοπιστίας, αλλά η τιμή καθορίζεται περισσότερο από το είδος και το σκοπό της έρευνας. Αν σκοπός είναι συγκρίσεις σε επίπεδο ομάδων, τότε συντελεστής 0,70 ή ακόμα και 0,60 είναι μάλλον επαρκής. Αν, όμως, οι μετρήσεις μπορεί να αποτελέσουν βάση για σημαντικές αποφάσεις ή αφορούν κρίσιμες φυσιολογικές μετρήσεις (κλινικές δοκιμές) τότε απαιτείται συντελεστής ίσος ή μεγαλύτερος από 0,90.

Για την αξιολόγηση της σταθερότητας των βαθμολογιών της κλίμακας μέσα στον χρόνο έγινε υπολογισμός της αξιοπιστίας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest reliability). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 15 μέρες 2 φορές σε δέκα συμμετέχοντες/ουσες.

Στην παρούσα έρευνα ο έλεγχος αξιοπιστίας των βαθμολογιών των υποκειμένων στο ερωτηματολόγιο σύμφωνα με την πιλοτική έρευνα και τον έλεγχο δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest) δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα για την χρησιμοποίηση του εργαλείου.

Η αξιοπιστία των βαθμολογιών του εργαλείου υπολογίστηκε με βάση τη μέθοδο των επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest). Περιλάμβανε συσχέτιση, συνήθως με συντελεστή Spearman, των βαθμών δύο μετρήσεων με το όργανο του ίδιου δείγματος (Ραφτόπουλος και Θεοδοσοπούλου, 2002). Το μεσοδιάστημα μέτρησης ήταν 2 βδομάδες για αποφυγή

αποτελέσματος των εκ μεταφοράς, αλλά και αρκετά μικρό για αποφυγή πραγματικών αλλαγών στη μεταβλητή που μετριέται (Μερκούρης, 2008).

- Υπολογίστηκε η αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας του ερωτηματολογίου
- Αναφορικά με τα ποιοτικά δεδομένα διασφαλίστηκε η κωδικοποίησή τους σε κατηγορίες και υπολογίστηκε η συμφωνία μεταξύ των εκτιμητών
- Υπολογίστηκε ο συντελεστή συνοχής Cronbach's α .

Αποτελέσματα αξιοπιστίας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας

Μετά τις σχετικές αλλαγές που έγιναν στο ερωτηματολόγιο σε κάποιες ερωτήσεις, είκοσι κοινοτικοί νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε πρώτη φάση και σε διάστημα 15 ημερών ξανασυμλήπωσαν το ερωτηματολόγιο. Η μέση ηλικία τους ήταν $35,67 \pm 6,96$ χρόνια. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τόσο την δοκιμασία όσο και την επαναδοκιμασία του ερωτηματολογίου παρουσιάστηκαν στον πιο πάνω Πίνακα 1 (βλ. σελ. 86).

Η εσωτερική συνοχή του εργαλείου ήταν ικανοποιητική. Για τον πρώτο παράγοντα σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτιστικής επαγρύπνησης ο συντελεστής Cronbach's α ήταν 0,782, για δεύτερο παράγοντα σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης ήταν 0,734, για τον τρίτο παράγοντα σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτιστικής ευαισθησίας ήταν 0,683 και για τον τέταρτο παράγοντα σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτιστικής πρακτικής ήταν 0,826.

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τον συντελεστή Cronbach's α , όπου δείχνει ότι το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας.

Πίνακας 2: Αποτελέσματα εγκυρότητας (Cronbach's α)

Παράμετροι ερωτηματολογίου	Cronbach alpha
Πολιτισμική Επαγρύπνηση	0,782
Πολιτισμική Γνώση	0,734
Πολιτισμική Ευαισθησία	0,683

Πολιτισμική Πρακτική	0,826
-----------------------------	--------------

Ο πίνακας 3 περιγράφει την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων των διαφόρων κλιμάκων που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο και τη μέση συνολική βαθμολογία τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κλίμακες που έχουν μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή και είναι κατάλληλο το εργαλείο για την σύγκριση ομάδων.

Πίνακας 3: Αποτελέσματα Δοκιμασίας-Επαναδοκιμασίας πιλοτικής έρευνας

Κλίμακες	Δοκιμασία (N=20)			Επαναδοκιμασία (N=20)
	Ερωτήσεις	Μέσες τιμές	Cronbach's a	Μέσες τιμές
Πολιτισμική Επαγρύπνηση	10	2,168	0,786	2,26
Πολιτισμική Γνώση	10	1,975	0,734	1,95
Πολιτισμική Ευαισθησία	10	1,629	0,683	1,80
Πολιτισμική Πρακτική	10	2,179	0,826	2,27

Ο παράγοντας πολιτισμική ευαισθησία έχει συντελεστή Cronbach's alpha <0,70 που θεωρείται το όριο αποδοχής. Έγινε αναδιατύπωση των ερωτήσεων για την βελτίωσή του (Ραφτόπουλος, 2012).

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας), για τον πρώτο παράγοντα για την πολιτιστική επαγρύπνηση ήταν 0,62 ($p = 0,005$), για τον δεύτερο παράγοντα για την πολιτιστική γνώση ήταν 0,65 ($p = 0,004$), για τον τρίτο παράγοντα για την πολιτιστική

ευαισθησία 0,83 ($p = 0,003$) και για τον τέταρτο παράγοντα για την πολιτιστική πρακτική ήταν 0,79 ($p = 0,007$). Όλοι οι συντελεστές δείχνουν μια σταθερότητα μέσα στον χρόνο των βαθμολογιών των νοσηλευτών στους παράγοντες του ερωτηματολογίου.

Ο πίνακας 4 πιο κάτω παρουσιάζει τα αποτελέσματα για το συντελεστή συσχέτισης Spearman που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση αυτή.

Πίνακας 4: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman

<i>Παράγοντες ερωτηματολογίου</i>	Spearman	P value
Πολιτισμική Επαγρύπνηση	0,62	0,005
Πολιτισμική Γνώση	0,65	0,004
Πολιτισμική Ευαισθησία	0,83	0,003
Πολιτισμική Πρακτική	0,79	0,007

Η πιλοτική μελέτη επίσης έδειξε ότι το 60,7% διαφωνεί ότι υπάρχει το ίδιο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας στην Κύπρο σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, και 39,3% πιστεύει ότι είναι η ίδια. Το 35,7% δήλωσε ότι έρχεται συχνά σε επαφή με ανθρώπους άλλων εθνικοτήτων, και το 57,1% δήλωσε συχνά και το 7,1% δήλωσε σπάνια. Το 89,3 % πίστευε ότι χρειάζεται αξιολόγηση της πολιτιστικής επάρκειας τους και το 10,7% δήλωσε ότι δεν είναι αναγκαία η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας τους.

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τις απαντήσεις/δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών που δόθηκαν σε κάποιες ερωτήσεις.

Πίνακας 5: Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών/τριών

<i>Ερωτήσεις</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1) Πιστεύεται ότι χρειάζεται αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας σας	89.3% (N=25)	10.7% (N=31)	
2) Πιστεύεται ότι υπάρχει το ίδιο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας στην Κύπρο σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες	39.3% (N=11)	60.7% (N=17)	
	<i>Πολύ συχνά</i> (N=)	<i>Συχνά</i> (N=)	<i>Σπάνια</i> (N=)
3) Πόσο συχνά έρχεστε στη δουλειά σας σε επαφή με άτομα άλλου πολιτισμικού υποβάθρου	35.8% (10)	57.1% (16)	27.1%(2)

8.7 Παρέμβαση – Εκπαιδευτικό εργαστήριο

Σε συνέχεια με το ερωτηματολόγιο «Εργαλείο Αξιολόγησης Πολιτισμικής Επάρκειας» (CCTool Papadopoulos, Lees, 2002) που συμπληρώθηκε από τους/τις Κοινοτικούς/ές Νοσηλευτές/τριες της Κύπρου (Τμήματα Προστασίας και Μητρότητας, Επισκέπτριες/ες Υγείας, Κατ'οίκον Νοσηλεία γενικής νοσηλευτικής και ψυχικής υγείας (n=170), διοργανώθηκε εκπαιδευτικό, βιωματικό εργαστήριο στις 1-2 Δεκέμβρη το 2010 στο Σιακόλειο Εκπαιδευτικό Κέντρο Υγείας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (ΤΕΠΑΚ).

Στην φάση II οι 92 από τους 158 συμμετέχοντες παρακολούθησαν το εργαστήριο για την πολιτισμική επάρκεια, όπου ήταν διάρκειας μιας μέρας (6 ωρών) όπου παρακολούθησαν κάποιες διαλέξεις, και συμμετείχαν σε κάποιες εργασίες με την μορφή ομάδων.

Η κύρια ομιλήτρια ήταν η κ. Παπαδόπουλος, ένας από τους συγγραφείς του μοντέλου όπου χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα. Το εργαστήριο αποτελεί μέρος της β' φάσης (παρέμβαση) στη διδακτορική έρευνα με θέμα «Αξιολόγηση της Πολιτισμικής Επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών/τριών της Κύπρου».

Στο εργαστήριο συμμετείχαν 40 κοινοτικοί/ές νοσηλευτές/τριες την 1^η μέρα και 52 κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες την 2^η μέρα. Το εργαστήριο ξεκινούσε από τις 08:30 μέχρι τις 14:30. Το εργαστήριο έγινε σε 2 μέρες με τη 2^η μέρα να αποτελεί την επανάληψη της 1^{ης} μέρας. Όποια από τις 2 μέρες (1^η ή 2^η Δεκεμβρίου) μπορούσαν οι συμμετέχοντες/ουσες, έδιναν το παρόν τους στο εργαστήριο. Με αυτή τη μέθοδο το δείγμα της έρευνας χαρακτηρίζεται ευκολίας.

Με την συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στο εργαστήριο, αναμενόταν ένα ποσοστό να διατηρεί τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας, αρκετοί/ές να αναπτύξουν καλύτερο επίπεδο και μερικοί/ές να έχουν χειρότερο. Αυτό στηρίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία

όπου εφαρμόστηκε παρόμοιου τύπου εργαστήριο. Η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόστηκε παρόμοια σε άλλες δύο χώρες έχοντας τον ίδιο σκοπό και σχετικά την ίδια μεθοδολογία.

Βασική υπόθεση για την εφαρμογή του εργαστηρίου αυτού ήταν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες που παρακολούθησαν το εργαστήριο, θα ανέπτυξαν πολιτισμική επαγρύπνηση, πολιτισμική γνώση και πολιτισμική ευαισθησία, ώστε να τους βοηθήσει να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα. Αναμένεται μέσα από τις συμμετοχικές ασκήσεις που έγιναν στο εργαστήριο (π.χ. άσκηση στερεότυπων) ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες, θα αναπτύξουν ή/και θα βελτιώσουν το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας.

Μέχρι και την μέρα που έγινε το εργαστήριο οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες δεν είχαν επαφή με θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας ή πολιτισμικά επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας, με βάση το πρόγραμμα σπουδών που υπήρχε μέχρι το χρονικό σημείο αξιολόγησης τους από τις σχολές που εκπαιδεύτηκαν (Νοσηλευτική Σχολή Κύπρου). Αυτό βέβαια αποδείχτηκε αργότερα και από τα ποιοτικά δεδομένα, όπου όλοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν ασχολήθηκαν ξανά με το θέμα αυτό της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Αρκετοί από τους/τις κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες ανέφεραν ότι μερικές από τις ερωτήσεις που συμπλήρωσαν κατά την Α' φάση της έρευνας, τις βρήκαν λίγο δύσκολες και εξειδικευμένες. Αυτό επιβεβαιώνει το γεγονός ότι δεν είχαν τα άτομα αυτά επαφή και εκπαίδευση σχετικά με την Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.

Αρχικά επεξηγήθηκαν οι έννοιες Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Πολιτισμική Επάρκεια. Η ομιλήτρια αναφέρθηκε στους επαγγελματικούς και ηθικούς κώδικες, αλλά και στις αναφορές του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτικής όσον αφορά το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη γλωσσολογικά και πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών. Ακολούθως έγινε αναφορά και παρουσίαση της Κυπριακής Νομοθεσίας που αφορά την μεταναστευτικότητα.

Μετά παρουσιάστηκε αναλυτικά το Μοντέλο Ανάπτυξης Πολιτισμικής Επάρκειας των Papadopoulos, Tilki και Taylor από την καθηγήτρια Irena Papadopoulos.

Στόχοι της παρουσίασης αυτής ήταν να:

α) τονιστεί η ανάγκη ύπαρξης πολιτισμικής επάρκειας,

- β) παρουσιαστούν οι θεωρητικές έννοιες του μοντέλου αυτού,
- γ) τονιστεί η διαφορά μεταξύ γενικής και ειδικής πολιτισμικής επάρκειας,
- δ) παρουσιαστούν τα διάφορα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας,
- ε) κατανοηθεί η εφαρμογή του μοντέλου στο χώρο της υγείας, στην εκπαίδευση κοινωνικής φροντίδας και στη νοσηλευτική πρακτική.

Στη παρουσίαση δόθηκε έμφαση στην απλότητα και τη χρησιμότητα του Μοντέλου. Αναλύθηκαν τα 4 στάδια που περιλαμβάνει το Μοντέλο, όπου αποτέλεσαν τον πρόλογο για τις ασκήσεις που εφαρμόστηκαν στην συνέχεια του εργαστηρίου. Το Μοντέλο αυτό χρησιμοποιείται στην έρευνα για την αξιολόγηση της πολιτισμική επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών της Κύπρου.

Το εργαλείο αξιολόγησης πολιτισμικής επάρκειας (CCATool, Papadopoulos, Lees and Tilki) το οποίο χρησιμοποιείται στην έρευνα αυτή, βασίζεται στο Μοντέλο Ανάπτυξης Πολιτισμικής Επάρκειας των Papadopoulos, Tilki και Taylor. Με την ολοκλήρωση της παρουσίασης του Μοντέλου δόθηκε χρόνος για ερωτήσεις.

8.7.1 Πολιτισμική Επαγρύπνηση: Άσκηση διευκρίνισης αξιών

Στη συνέχεια έγινε μια άσκηση διευκρίνισης αξιών στα πλαίσια της πολιτισμικής επαγρύπνησης, όπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να χωριστούν σε ομάδες των 8-10 ατόμων και πάνω σε έντυπα A4 να σημειώσει ο καθένας 3 Δυναμικότητες και 3 Επιτεύγματα τους. Ακολούθως ένας/μία εκπρόσωπος από την κάθε ομάδα παρουσίασε τα αποτελέσματα στην ολομέλεια για συζήτηση.

Η άσκηση αυτή αποτελεί μέρος του μοντέλου και του εργαλείου που χρησιμοποιείται στην έρευνα για την πολιτισμική επαγρύπνηση, και στοχεύει στη παρουσίαση των κοινών δυναμικότητων και των κοινών επιτευγμάτων. Αναμενόταν οι περισσότεροι/ες να έχουν κοινά επιτεύγματα και κοινές δυναμικότητες.

Στόχοι της άσκησης αυτής ήταν να:

- α) διερευνηθούν οι έννοιες των αξιών και πως αυτές διαμορφώνονται πολιτισμικά
- β) διαφανούν οι «κρυφές» αξίες που επηρεάζουν τη σκέψη και συμπεριφορά

γ) συζητηθεί πως οι αξίες που υπάρχουν ως δεδομένες μπορεί να συγκρούονται με αυτές των πελατών/τισσών ή των συναδέλφων από άλλους πολιτισμούς,

δ) συζητηθεί ο αντίκτυπος των προσωπικών και επαγγελματικών αξιών στη φροντίδα των πελατών/τισσών.

Τα αποτελέσματα από όλες τις ασκήσεις περιγράφονται στα παραρτήματα (βλ. σελ. 213-218).

8.7.2 Πολιτισμική Γνώση: Άσκηση για τα στερεότυπα

Στα πλαίσια της ενότητας πολιτισμικής γνώσης που αποτελεί το β' μέρος του εργαλείου που χρησιμοποιείται στη έρευνα, έγινε άσκηση για τα στερεότυπα.

Ο σκοπός της άσκησης αυτής ήταν για να προβληματίσει τους επαγγελματίες υγείας για την επίδραση των στερεότυπων στην καθημερινή πρακτική τους. Τα στερεότυπα είναι πάνω από τις γνώσεις, αλλά στηρίζονται στην άγνοια των ατόμων. Τα στερεότυπα μπορούν να στιγματίσουν και να περιθωριοποιήσουν κάποιον άνθρωπο.

Στόχοι της άσκησης αυτής ήταν να:

α) διερευνηθεί η προέλευση και ο αντίκτυπος των στερεοτύπων ατομικά και υπηρεσιακά

β) εξεταστούν τα στερεότυπα των ομάδων που αποτελούν μειονότητα

γ) εξεταστούν οι αλήθειες και η διαφορετικότητα των στερεοτύπων, και πως αυτά έχουν αντίκτυπο στην υγεία,

δ) απεικονιστεί ο αντίκτυπος των στερεοτύπων στην φροντίδα των πελατών/τισσών, και στις θεραπευτικές και επαγγελματικές σχέσεις.

Λόγω της ευαισθησίας του θέματος τίθενται οι βασικοί κανόνες με τους συμμετέχοντες, με στόχο να προκαλέσουν ανοικτή συζήτηση. Οι συμμετέχοντες/ουσες πρέπει να αισθάνονται ασφαλείς και να εκφράσουν τα στερεότυπα των συγκεκριμένων ομάδων όσο παράλογα ή δυσάρεστα είναι σε αυτούς. Είναι χρήσιμο οι συμμετέχοντες/ουσες να ενθαρρύνονται να προσδιορίσουν τα στερεότυπα που η κοινωνία γενικά η/ο μέσος Ελληνοκύπριος/α έχει. Εξηγείται η έννοια των στερεοτύπων μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των κουλτούρων.

Αφού χωρίστηκαν οι συμμετέχοντες/ουσες σε ομάδες των 8-10 ατόμων ζητήθηκε να γράψουν τα στερεότυπα για τις εξής πληθυσμιακές ομάδες: α) Βιετναμέζοι/ες, β) Τούρκοι/Τουρκοκύπριοι, γ) Φιλιπινέζοι/ες, δ) Σρι Λανκέζοι/ες, ε) Αθίγγανοι και στ) Ανατολικές χώρες.

8.7.3 Διαπολιτισμική Επικοινωνία

Στη συνέχεια έγινε παρουσίαση από την ομιλήτρια του εργαστηρίου σχετικά με την διαπολιτισμική επικοινωνία όπου τονίστηκε η ανάγκη ύπαρξής της και η σπουδαιότητα της σημασίας της για τους πελάτες.

Στην παρουσίαση αυτή τονίστηκε το γεγονός ότι στο παρελθόν δεν υπήρχε ενημέρωση για άλλη κουλτούρα. Πολύ σημαντικό ρόλο για την υγεία παίζουν οι αξίες, τα πιστεύω και η συμπεριφορά του κάθε ατόμου. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει υπηρεσίες βασισμένες στα ανθρώπινα δικαιώματα. Είναι απαραίτητο να είναι γλωσσολογικά επαρκείς. Είναι σημαντικό οι υπηρεσίες υγείας να μπορούν να παρέχουν πληροφορίες σε όποιον δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό (λόγω διαφορετικής γλώσσας), αλλά και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Δεν αναμένεται από όλους τους ασθενείς να μπορούν να μιλούν Ελληνικά ή Αγγλικά. Ωστόσο αν μπορούσαν να το κάνουν αυτό θα ήταν χρήσιμο.

Αναφέρθηκε επίσης ότι οι πελάτες μας δεν είναι πάντα αυτό που νομίζουμε. Πρέπει να αναπτύσσεται σχέση σεβασμού μέσω επικοινωνίας. Η ταυτότητα για το κάθε άτομο αποτελεί τεράστια σημασία για αυτόν.

8.7.4 Πολιτισμική Ευαισθησία: Άσκηση με σενάρια για την πολιτισμική ευαισθησία και Πολιτισμική επάρκεια: Θέτοντας σε εφαρμογή την πρακτική ενάντια στη διάκριση

Οι μισές ομάδες ασχολήθηκαν με ασκήσεις για την πολιτισμική ευαισθησία και οι υπόλοιπες με περιπτώσεις πολιτισμικής επάρκειας.

Ακολούθως, δόθηκαν μελέτες περίπτωσης στα πλαίσια της ενότητας της πολιτισμικής ευαισθησίας και της πολιτισμικής επάρκειας, όπου δόθηκαν σενάρια που αφορούσαν τη πολιτισμική ευαισθησία, και σενάρια θέτοντας την πρακτική σε εφαρμογή ενάντια στη διάκριση. Ζητήθηκε από ένα μέλος της κάθε ομάδας να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της ανάλυσης που έκαναν στο ανάλογο σενάριο που τους δόθηκε.

Στόχοι της άσκησης για την Πολιτισμική Ευαισθησία ήταν να:

- α) διερευνηθεί η σημασία των αλληλεπιδράσεων για τη πολιτισμική ευαισθησία με πελάτες διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων,
- β) εξεταστεί η συμβολή της πολιτισμικής γνώσης στην ενδυνάμωση της ενσυναίσθησης, του σεβασμού και της εμπιστοσύνης, κατά τη βοήθεια των πελατών,
- γ) απεικονιστεί ο αντίκτυπος του εθνοκεντρισμού σε κατάλληλη και αποδεκτή φροντίδα
- δ) εξεταστεί τι σημαίνει η πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα, για τους πελάτες διαφορετικής πολιτισμικής ή θρησκευτικής προέλευσης.

Στόχοι της άσκησης για την Πολιτισμική Επάρκειας ήταν να διερευνηθούν:

- α) η έννοια της αμερόληπτης πρακτικής,
- β) η ευθύνη του επαγγελματία στη πρακτική με αμερόληπτο τρόπο,
- γ) τρόποι που συμβάλουν σε θεσμοθετημένες μεροληπτικές πρακτικές,
- δ) τα προσωπικά, επαγγελματικά και οργανωτικά οφέλη της αμερόληπτης πρακτικής.

9. Ηθικά θέματα

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας δόθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, καθώς επίσης και από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Λήφθηκε η σχετική άδεια από το Υπουργείο Υγείας. Ζητήθηκε γραπτή άδεια έγκρισης πραγματοποίησης της έρευνας από τη διοικητική αρχή των νοσοκομείων και τους προϊστάμενους των δομών. Ενημερώθηκαν οι διευθυντές και προϊστάμενοι των τμημάτων.

Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή που περιέγραφε το σκοπό και τον τρόπο συμπλήρωσής του. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και τα δεδομένα που συμπληρώθηκαν ήταν αυστηρά εμπιστευτικά. Τηρήθηκε η ανωνυμία και η ιδιωτικότητα. Παρεχόταν όλη η σχετική πληροφόρηση πριν από την συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών. Διασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και η προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για το σκοπό της έρευνας και δόθηκε η διαβεβαίωση ότι είναι ελεύθεροι να διακόψουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα όποτε θελήσουν, καθώς και όταν υπήρχαν απορίες ή ανυσηχίες σε όποιο στάδιο της έρευνας, είχαν το δικαίωμα να επικοινωνήσουν με τον ερευνητή και να ενημερωθούν για ότι χρειαζόνταν, πάντα

στα πλαίσια της διασφάλισης πληροφοριών και διατήρησης της εμπιστευτικότητας και της εχεμύθειας.

10. Ανάλυση Δεδομένων

Για την περιγραφή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και για τις συσχετίσεις/συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών κατάλληλες παραμετρικές ή μη παραμετρικές τεχνικές ανάλογα με την κανονικότητα των μεταβλητών. Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου υπόθεσης θα οριστεί ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p < 0,05$) για αμφίπλευρο έλεγχο.

Στην παρούσα εργασία κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή είναι το σεμινάριο-εργαστήριο της Πολιτισμικής Επάρκειας, και δευτερεύουσες ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, εθνικότητα), επαγγελματικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, τόπος εργασίας, περιγραφή εργασίας, προϋπηρεσία, εμπειρία) και εκπαιδευτικά προσόντα (επαγγελματική κατηγορία, εξειδικεύσεις, συνεχιζόμενη εκπαίδευση). Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν το επίπεδο Πολιτισμικής Επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών όπως προκύπτει από το εργαλείο αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας.

Για τα χαρακτηριστικά του δείγματος και για τη κλίμακα εκτίμησης της πολιτισμικής επάρκειας θα χρησιμοποιηθεί περιγραφική στατιστική (μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις) με τη χρήση της κατανομής συχνοτήτων και της εκατοστιαίας αναλογίας.

Η στατιστική διαδικασία καθορίζεται από το αν οι μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή και από το τύπο των αριθμητικών δεδομένων. Για το λόγο αυτό θα διεξαχθεί έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών, ώστε να αποφασιστεί αν θα ακολουθηθούν παραμετρικές ή μη παραμετρικές μέθοδοι. Ο τύπος των αριθμητικών δεδομένων καθορίζει ποια στατιστική ανάλυση θα χρησιμοποιηθεί στη έρευνα (Sproul, 1988). Τα αριθμητικά δεδομένα μπορεί να έχουν τους εξής τύπους (Sproul, 1988; Pagano & Gauvreau, 2000):

- δεδομένα ονομαστικής κλίμακας (διχότομα και κατηγορικά - nominal data)
- δεδομένα διατεταγμένης κλίμακας ή διατάξιμα δεδομένα (ordinal data)
- διατεταγμένα δεδομένα (ranked data)
- διακριτά δεδομένα ή ασυνεχή ή κλίμακας διαστήματος (discrete ή interval data)
- συνεχή δεδομένα ή κλίμακας λόγου (ratio data)

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια συνήθως είναι διατεταγμένης κλίμακας, γεγονός το οποίο περιορίζει την ανάλυση σε περιγραφική στατιστική και στη χρήση μη παραμετρικής στατιστικής. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα δεδομένα διατεταγμένης κλίμακας αντιμετωπίζονται ως διακριτά δεδομένα και t-στατιστικοί έλεγχοι (t-tests) ή ανάλυση διασποράς (analysis of variance, ANOVA) χρησιμοποιούνται για να ελέγξουν διαφορές μεταξύ των απαντήσεων σε υποκατηγορίες του πληθυσμού (Burns & Grove 2001). Ωστόσο, για να χρησιμοποιηθεί η ANOVA χρειάζεται οι ανεξάρτητες μεταβλητές να ανήκουν στα διακριτά ή ονομαστικά δεδομένα, και η εξαρτημένη μεταβλητή στα συνεχή, να ισχύει η κανονική κατανομή και οι ομάδες να εμφανίζουν ίσες διασπορές.

Στην παρούσα έρευνα τα δεδομένα είναι ονομαστικής, διατεταγμένης κλίμακας και συνεχή δεδομένα. Αναφορικά με τα ποσοτικά δεδομένα έγινε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών (normality test). Όλες οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για την περιγραφή του δείγματος έχει χρησιμοποιηθεί περιγραφική στατιστική και για τις συσχετίσεις/συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών κατάλληλες παραμετρικές τεχνικές ανάλογα με την κανονικότητα των μεταβλητών. Το κεντρικό οριακό θεώρημα λέει ότι, για δείγματα αρκετά μεγάλου μεγέθους, η κατανομή των μέσων τιμών δείγματος είναι κατά προσέγγιση κανονική. Η αρχική μεταβλητή μπορεί να ακολουθεί οποιοδήποτε είδος κατανομής. Δεν είναι καθόλου απαραίτητο να έχει κωδωνοειδές σχήμα.

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και στη συνέχεια έγινε η επεξεργασία τους με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 16. Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος εφαρμόστηκε η χρήση συχνοτήτων, ποσοστών, μέσων τιμών και η τυπικής απόκλισης. Για τη σύγκριση κατανομής των συχνοτήτων δύο μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Chi-square test. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ως $\alpha=0,05$.

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν δυο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες. Μια τιμή του χ^2 στο επίπεδο σημαντικότητας του 0.05 ή λιγότερο, συχνά ερμηνεύεται από τους κοινωνικούς επιστήμονες σαν ένας λόγος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι η μεταβλητή της γραμμής του πίνακα δεν σχετίζεται (δηλαδή σχετίζεται τυχαία) με την μεταβλητή της στήλης. Στις περιπτώσεις που το δείγμα ανά κυψέλη δεν ήταν ικανοποιητικό για να εκτελεστεί η δοκιμασία χ^2 χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Fisher's exact test.

Η διαδικασία αυτή έγινε σε όλες τις μεταβλητές που είναι ονομαστικές όπως π.χ. το φύλο και η θρησκεία, καθώς και σε όσες ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (βλ. παράρτημα σελ. 187 ερωτηματολόγιο, ερώτηση δημογραφικών 1,3,6,7,8α,9, 10,11,13,16).

- η δοκιμασία *student's t-test* που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους. Όταν η κατανομή είναι κανονική, χρησιμοποιείται η δοκιμασία *t-test*, διαφορετικά, χρησιμοποιείται κάποιο μη παραμετρικό κριτήριο, εκτός και αν το δείγμα είναι μεγάλο. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών ισχύουν ασυμπτωματικά, λόγω του κεντρικού οριακού θεωρήματος.

Το *t-test* χρησιμοποιήθηκε όταν θέλαμε να ελέγξουμε την διαφορά στους μέσους όρους της συνεχούς ή διατακτικής εξαρτημένης μεταβλητής όπως η ηλικία, σε σύγκριση με μία διχοτομική ανεξάρτητη μεταβλητή, π.χ. παρακολούθηση εργαστηρίου (ναι-όχι).

- η δοκιμασία *ANOVA*, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή. Το *F-test* είναι μια συνολική δοκιμασία της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Για την δοκιμασία *ANOVA*, οι παραδοχές είναι: (1) η ομοιογένεια των διακυμάνσεων: η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχει την ίδια διακύμανση σε κάθε κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής, (2) η δοκιμασία της ομοιογένειας της διακύμανσης *Levene's*, χρησιμοποιείται για να ελέγξει την παραδοχή της ανάλυσης *ANOVA* ότι κάθε ομάδα (κατηγορία) της ανεξάρτητης μεταβλητής, έχει την ίδια διακύμανση. Εάν η δοκιμασία αυτή είναι σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας 0.05, ή μικρότερο, ο ερευνητής, απορρίπτει την μηδενική υπόθεση ότι οι ομάδες έχουν όμοια διακύμανση. Ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι σε περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η συνθήκη της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, δεν είναι κακό για την ανάλυση *ANOVA*, που είναι σχετικά ανθεκτική (*robust*) όταν οι ομάδες του δείγματος είναι παρόμοιου μεγέθους. Σε περίπτωση που δεν επιβεβαιώνεται η ομοιογένεια της διακύμανσης των μεταβλητών, χρησιμοποιούμε άλλες εναλλακτικές μεθόδους που ισχύουν και για ανόμοια, στο μέγεθος, δείγματα, όπως: η δοκιμασία *Welsch ANOVA* και σε περίπτωση στατιστικής σημαντικότητας

χρησιμοποιούνται οι δοκιμασίες Games-Howell GH, που σχεδιάστηκε για ανόμοιες διακυμάνσεις ή ανόμοια δείγματα, η Dunnett's T3 Dunnette's C, η Tamhane's T2, που είναι πιο συντηρητική δοκιμασία, για εντοπισμό των επιμέρους διαφορών.

Η δοκιμασία ANOVA χρησιμοποιήθηκε όταν θέλαμε να ελέγξουμε την διαφορά στους μέσους όρους της συνεχής ή διατακτικής εξαρτημένης μεταβλητής όπως η ηλικία, σε σύγκριση με μία ανεξάρτητη μεταβλητή με τουλάχιστον τρεις υποκατηγορίες π.χ. εθνικότητα ή επαγγελματική εμπειρία.

- η *ανάλυση συσχετίσεων* μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο 0.05. Σε διαφορετική περίπτωση, αναφέρουμε το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.

Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκε για συσχέτιση δύο συνεχών μεταβλητών, π.χ. της ηλικίας με τα χρόνια υπηρεσίας των κοινοτικών νοσηλευτών.

- η *δοκιμασία McNemar-Bowker*, για την σημαντικότητα αλλαγών, όπου διερευνά η δοκιμασία αυτή αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε μια ομάδα με προ-μέτρηση και μετά-μέτρηση. Χρησιμοποιείται σε ζεύγη αντίστοιχων τιμών.

Η δοκιμασία αυτή χρησιμοποιήθηκε για συσχέτιση δύο κατηγορικών μεταβλητών με προ και μετά μέτρηση. Η συσχέτιση αυτή έγινε μόνο για τα 92 άτομα που συμμετείχαν στο εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση.

- η *δοκιμασία t-test κατά ζεύγη*, όπου εφαρμόζεται όταν έχουμε ζεύγη τιμών. Η δοκιμασία αυτή είναι ισχυρή γιατί λαμβάνει υπόψη τις διαφορές ανά ζεύγος τιμών.

Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία αυτή σε προ και μετά μέτρηση, και η μεταβλητή που εξετάστηκε ήταν συνεχής (ή διατακτική), π.χ. QA12 ή QB12 (βλ. σελ 187 ερωτηματολόγιο) πριν και μετά την μέτρηση.

11. Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται σε πέντε ενότητες αντίστοιχες του ερωτηματολογίου. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των κοινοτικών νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται οι απαντήσεις τους σχετικά με την πολιτισμική επαγρύπνηση τους. Στις υπόλοιπες ενότητες παρουσιάζονται οι απαντήσεις τους σχετικά με την πολιτισμική γνώση (τρίτη ενότητα), την πολιτισμική ευαισθησία (τέταρτη ενότητα) και την πολιτισμική πρακτική (πέμπτη ενότητα). Να σημειωθεί ότι μεταξύ πρώτης και δεύτερης φάσης έγινε εργαστήριο όπου αποτέλεσε την

παρέμβαση στη έρευνα αυτή. Στο πιο κάτω κεφάλαιο θα παρουσιαστεί αναλυτικά και μεθοδικά τα αποτελέσματα του εργαστηρίου που αποτέλεσε την παρέμβαση.

11.1 Αποτελέσματα εργαστηρίου (ανοικτά σχόλια)

Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ποτέ πριν δεν είχαν παρακολουθήσει ή συμμετάσχει σε ανάλογο εργαστήριο με τη σχετική θεματολογία.

Η συντονίστρια έθεσε ένα ερώτημα σχετικά με το αν κάποιος/α από τους συμμετέχοντες/ουσες διάβασε ποτέ του για άλλη κουλτούρα/θρησκεία όπως π.χ. το Ισλάμ. Δεν υπήρχε καμία θετική απάντηση. Στο ερώτημα ποιος ήταν ο λόγος που κανένας δεν είχε μελετήσει μια άλλη κουλτούρα δόθηκαν οι εξής απαντήσεις:

- α) Γιατί δεν το θεωρούν σημαντικό και απαραίτητο να κάνουν κάτι τέτοιο,
- β) Γιατί δεν τους ενδιαφέρει η κουλτούρα και ο πολιτισμός άλλων,
- γ) Γιατί αγνοούν τις άλλες κουλτούρες,
- δ) Γιατί δεν έχουν χρόνο να κάνουν κάτι τέτοιο και,
- ε) Γιατί φοβούνται να μελετήσουν και να γνωρίσουν μία άλλη κουλτούρα.

Στο ερώτημα προς τους επαγγελματίες υγείας γιατί πιστεύουν ότι υφίστανται οι πιο πάνω λόγοι που τους αποτρέπουν να ενδιαφερθούν για άλλη κουλτούρα, δόθηκαν οι πιο κάτω απαντήσεις:

- α) Γιατί στη κουλτούρα μας ως Κύπριοι το έχουμε να μην ενδιαφερόμαστε για τις άλλες κουλτούρες,
- β) Γιατί δεν διδαχθήκαμε ποτέ κάτι τέτοιο,
- γ) Γιατί δεν έχουμε συνάδελφο με άλλη κουλτούρα.

Σχολιάστηκε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ότι το γεγονός αυτό αποτελεί ένδειξη ανισότητας γιατί τον/τη συνάδελφο τον/την θεωρούμε «ίσο/η» και ίσως να υπήρχε το ενδιαφέρον να μελετήσει ο/η επαγγελματίας για την κουλτούρα του άλλου, ενώ για τον πελάτη, όπως είπαν οι συμμετέχοντες/ουσες δεν έχουν τόσο ενδιαφέρον ή και καθόλου (σε σχέση με την κουλτούρα)

- δ) Γιατί αναμένουμε από τους ίδιους τους/τις πελάτες/τισσες μας να μας αναφέρουν τα σημαντικά της κουλτούρας τους όταν χρειαστεί στη θεραπεία τους, και
- ε) Γιατί δεν έχουμε κίνητρα και ερεθίσματα να κάνουμε κάτι τέτοιο.

Τονίστηκε ότι είναι πολύ βοηθητικό και χρήσιμο να έχει κάποιος τις απαραίτητες γνώσεις της όποιας άλλης κουλτούρας, όπου οι γνώσεις αυτές θα ενταχθούν και θα βοηθήσουν στη φροντίδα και θεραπεία. Τονίστηκε το γεγονός ότι για να μάθουν οι ξένοι τη ντόπια κουλτούρα, ίσως θα πρέπει να υπάρχει συναναστροφή ή να συνάπτονται φιλίες με άτομα από άλλες κουλτούρες, π.χ. μουσουλμάνους/ες, ώστε να υπάρχει αμφίδρομη εκμάθηση ή γνώση σε σχέση με την κουλτούρα του κάθε ατόμου.

Στο ερώτημα προς τους/τις συμμετέχοντες/ουσες πόσοι από αυτούς/ες έχουν φίλους/ες από άλλες θρησκείες/κουλτούρες, εκτός από 7 (7,6%) άτομα που απάντησαν θετικά (συνολικά και τις 2 μέρες) οι υπόλοιποι/ες έδωσαν αρνητική απάντηση.

Μετά από αυτή την εξέλιξη έγινε συζήτηση και ανέφεραν αρκετοί νοσηλευτές/τριες τη συνειδητοποίηση τους ότι στη Κύπρο υπάρχουν αρκετά στοιχεία ρατσισμού έστω και αν αυτό δεν είναι παραδεκτό. Υπήρχαν όμως και νοσηλευτές/τριες που ανέφεραν ότι νιώθουν πως διεκδικούν ισότητα, δικαιώματα και συμφέροντα σε σχέση με τους ξένους, με τα τόσα δικαιώματα που τους παρέχει το Κυπριακό κράτος, και επίσης νιώθουν πως οι μετανάστες/στρίες εκμεταλλεύονται τους νόμους και τα 'παραθυράκια' αυτών. Εκφράστηκε εδώ έντονα το αίσθημα της ξενοφοβίας.

Στο τέλος αυτής της συζήτησης κάποιοι νοσηλευτές/τριες ανέφεραν πως ως σωστοί επαγγελματίες πρέπει να ξεπερνούν τα πιστεύω και τα στερεότυπά τους κατά την φροντίδα ενός πελάτη/τισσας με διαφορετική κουλτούρα, και να κάνουν τα πάντα ως επαγγελματίες για την θετική έκβαση της υγείας του.

11.1.1 Αποτελέσματα από την άσκηση διευκρίνισης αξιών (ανοικτά σχόλια)(βλ. παράρτημα σελ. 214)

Οι δυνάμεις που κυριάρχησαν στις περισσότερες ομάδες ήταν οι εξής:
η ευγένεια, ευαισθησία, ειλικρίνεια, αποφασιστικότητα, τιμιότητα, εργατικότητα, εχεμύθεια, κατανόηση, επαγγελματισμός, δημιουργικότητα, φιλοδοξία, υπομονετικότητα, αξιοπρέπεια, σεβασμός, κοινωνικότητα, χιούμορ, ανεξαρτησία, δυναμικότητα, γενναιοδωρία, φιλικότητα,

διακριτικότητα, ψυχραιμία, ενσυναίσθηση, επικοινωνιακοί, αυτοπεποίθηση, επιμονή, αποδοχή άλλων, καλοί ακροατές, οργανωτικοί, προσαρμοστικότητα, αυτοέλεγχος, ανεκτικότητα.

Τα Επιτεύγματα που κυριάρχησαν ήταν:

η μητρότητα/πατρότητα, οικογένεια, σπουδές, επαγγελματική κατάρτιση, άρτιες συζυγικές σχέσεις, καριέρα, επαναπατρισμός, εξασφάλιση κατοικίας, αποδοχή, φίλους, κοινωνική αναγνώριση, ταξίδια και χόμπι, επαγγελματική εξέλιξη, καλές εργασιακές σχέσεις, οικονομική ανεξαρτησία, πνευματική καλλιέργεια, υγεία.

Η άσκηση διευκρίνισης αξιών για την πολιτισμική επαγρύπνηση ήταν πολύ χρήσιμη και βοηθητική για τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Αυτό διαφάνηκε και από την ενεργή δράση των συμμετεχόντων/ουσών, αλλά και από τις δηλώσεις τους στο τέλος της άσκησης, ότι πρώτη φορά έκαναν τέτοια άσκηση και την βρήκαν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Μέσα από την άσκηση μπόρεσαν να καταλάβουν πως σκέφτονταν κάποιοι/ες από τους/τις συναδέλφους τους και αυτό τους έδωσε την ευκαιρία να έρθουν πιο κοντά. Δόθηκε η ευκαιρία στους/στις συμμετέχοντες/ουσες να δηλώσουν ελεύθερα κάτι για την προσωπικότητά τους, προβάλλοντας έτσι τον εαυτό τους και δίνοντας στοιχεία και χαρακτηριστικά όπου πιθανόν να μην μπόρεσαν μέχρι τώρα. Αυτό λέχθηκε και από αρκετά άτομα κατά τις συζητήσεις που έγιναν στο τέλος της άσκησης αλλά και του εργαστηρίου.

11.1.2 Αποτελέσματα άσκησης για τα στερεότυπα (ανοικτά σχόλια)

(βλ. παράρτημα σελ. 215)

Στην άσκηση για τα στερεότυπα για την πολιτισμική γνώση έγινε μια έντονη συζήτηση από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Ήταν πολύ χρήσιμη για τους/τις κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες. Η εκφραστικότητα και τα έντονα συναισθήματα κυριάρχησαν στις

συζητήσεις τους. Μέσα από την άσκηση μπόρεσαν να καταλάβουν πως σκέφτονταν κάποιοι από τους/τις συναδέλφους τους σε θέματα διαπολιτισμικής υγείας και φροντίδας. Τα στερεότυπα που ειπώθηκαν έδωσαν την ευκαιρία να αναπτυχθεί μία εποικοδομητική συζήτηση. Εκφράστηκαν διάφορες απόψεις και πιστεύω γύρω από την πολιτισμική γνώση, όπου διαφάνηκε έντονα το στοιχείο έλλειψης ολοκληρωμένης και εμπειριστατωμένης γνώσης σχετικά με άλλες εθνικότητες και πολιτισμούς που υπάρχουν στην Κύπρο. Το στοιχείο της υποτίμησης και του στιγματισμού φάνηκε μέσα από τη συζήτηση από αρκετούς/ές συμμετέχοντες/ουσες.

11.1.3 Αποτελέσματα άσκησης με σενάρια για την πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια: Θέτοντας σε εφαρμογή την πρακτική ενάντια στη διάκριση (ανοικτά σχόλια) (βλ.παράρτημα σελ. 217).

Στην άσκηση για την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια δόθηκαν σενάρια σχετικά με τα θέματα αυτά, και έγινε συζήτηση από τους/τις συμμετέχοντες /ουσες στο τέλος. Η άσκηση έδωσε την ευκαιρία επίσης να καταλάβουν πως αντιλαμβάνονται και πως βιώνουν κάποιοι από τους/τις συναδέλφους τους την έννοια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας, και όπως ανέφεραν πήραν έντονα το μήνυμα πως τα άτομα με διαφορετική κουλτούρα πρέπει να προσεγγίζονται με ευαισθησία και με διαφορετικό πλάνο φροντίδας από την υπάρχουσα νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στο γηγενή πληθυσμό.

11.1.4 Ανατροφοδότηση και Αξιολόγηση του Εργαστηρίου

Στο τέλος έγινε ανατροφοδότηση του περιεχομένου και αξιολόγηση του εργαστηρίου. Οι νοσηλεύτές/τριες τόνισαν το ενδιαφέρον που είχε το εργαστήρι και ότι δεν ξανά ασχολήθηκαν με παρόμοια θεματολογία.

Οι συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν ότι χρειάζονταν περισσότερο χρόνο για να εκφραστούν και ότι το πρόγραμμα του εργαστηρίου ήταν κάπως πειστικό. Επίσης αξιολογημένο στις συζητήσεις που έγιναν είναι ότι δεν ανέφερε κανένας ότι οι Κύπριοι/ες υπήρξαν και αυτοί μεταναστευτικός λαός. Κανένας επαγγελματίας υγείας δεν μπήκε στη θέση ενός μετανάστη και να φανταστεί πως θα βίωνε ο ίδιος μια τέτοια κατάσταση.

Για όλους τους κοινοτικούς νοσηλευτές το εργαστήρι αυτό αποτελούσε πρωτόγνωρη εμπειρία. Όπως δήλωσαν και οι ίδιοι τους δόθηκε η ευκαιρία να επαναξιολογήσουν τους εαυτούς τους και μάλιστα σε κάποια σημεία του εργαστηρίου κατανοούσαν και αντιλαμβάνονταν τις όποιες λανθασμένες αντιλήψεις είχαν σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα. Ανέφεραν πως μέσα από τις ασκήσεις είδαν πτυχές του εαυτού τους που πιθανόν να μην ασχολήθηκαν ξανά και κυρίως δεν αξιολόγησαν ποτέ τους.

Δήλωσαν την ανάγκη και την επιθυμία τους να συμμετάσχουν ξανά σε παρόμοια θεματολογία εργαστήρι, ώστε να βελτιώσουν τις πρακτικές τους σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Ήταν καθολική η παραδοχή ότι στην πλειοψηφία τους οι Κύπριοι πιστεύουν ότι διακατέχονται από ρατσιστικά αισθήματα και αντιλήψεις. Αυτό όμως δεν πρέπει να διακατέχει τους επαγγελματίες υγείας και εργαστήρι όπως αυτό που συμμετείχαν μπορεί να τους βοηθήσει να διαχειριστούν ή να τροποποιήσουν συμπεριφορές σχετικές με αρνητικά συναισθήματα προς άλλες κουλτούρες.

11.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των Κοινοτικών Νοσηλευτών

Όπως προαναφέρθηκε στην φάση I συμμετείχαν 170 κοινοτικοί νοσηλευτές (151 γυναίκες και 19 άντρες) που προέρχονταν από τα τμήματα μητρότητας και εμβολιασμού

(ΚΠΜΠ), από το χώρο της ψυχικής υγείας, την κατ' οίκον νοσηλεία, τον ΠΑΣΥΚΑΦ και τον αντικαρκινικό. Στην φάση II συμμετείχαν 158 κοινοτικοί νοσηλευτές. Ο πιο κάτω πίνακας αναφέρει αναλυτικά το δείγμα μας.

Πίνακας 6. Τμήματα Κοινοτικών νοσηλευτών/τριών (ΦΑΣΗ Ι+ΙΙ)

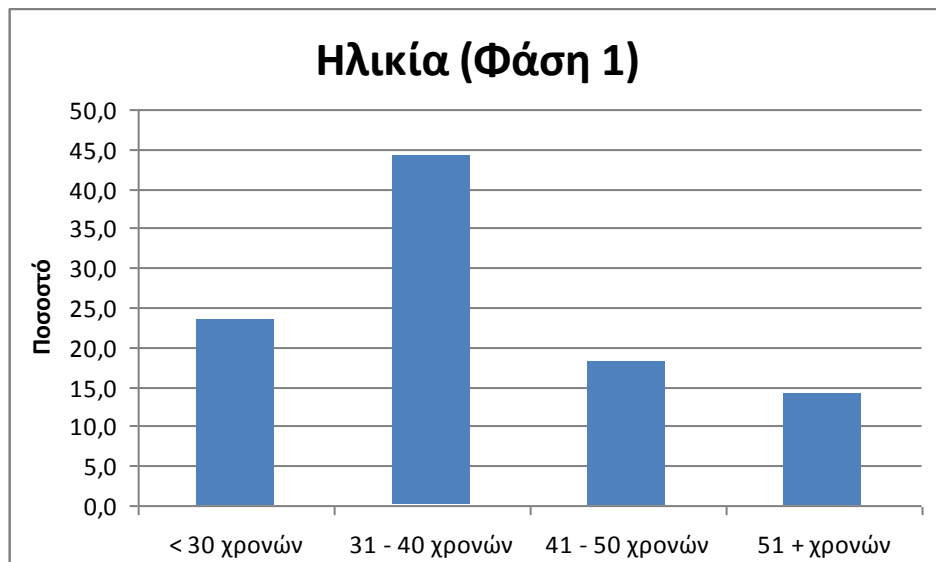
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΦΑΣΗ Ι		ΦΑΣΗ ΙΙ	
	N	%	N	%
<i>Επισκέπτες/τριες Υγείας-Σχολικοί Νοσηλευτές</i>	74	43,5	68	43,0
<i>Κατ'οίκον Νοσηλεία</i>	36	21,2	35	22,2
<i>Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας</i>	51	30,0	46	29,1
<i>Αγροτικά Κέντρα</i>	9	5,3	9	5,7
ΣΥΝΟΛΟ	170		158	

Στην Β' φάση συμμετείχαν 158 κοινοτικοί νοσηλευτές (17 ήταν άντρες και οι 141 ήταν γυναίκες).

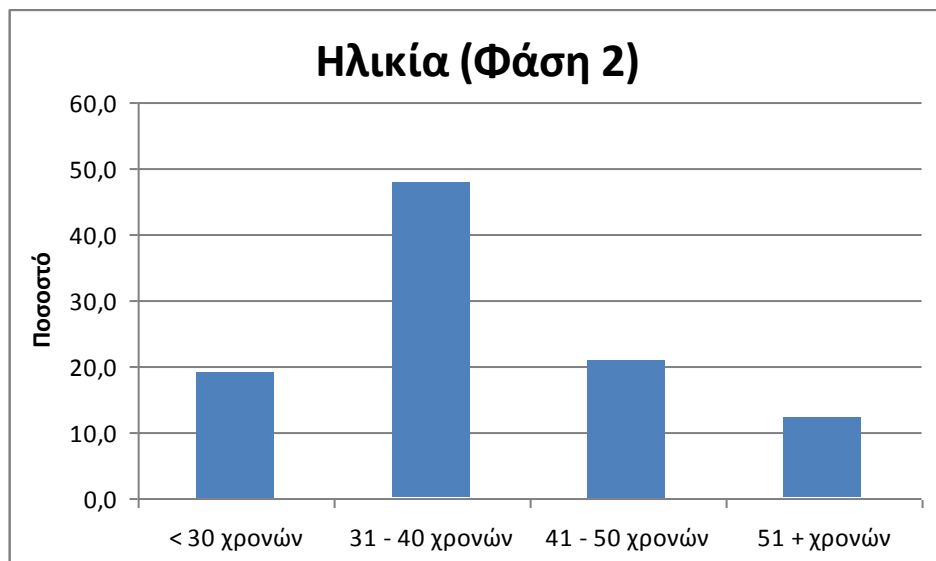
Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 38,61 για 170 συμμετέχοντες (N=170), η τυπική απόκλιση 9,24 και το τυπικό σφάλμα 0,709.

Παρακάτω το ιστόγραμμα για την ηλικία και για τις δύο φάσεις της έρευνας μας δείχνει σχηματικά τους μέσους και την τυπική απόκλιση.

Εικόνα 2.Ιστόγραμμα ηλικίας κοινοτικών νοσηλευτών (Φάση Ι).



Εικόνα 3. Ιστόγραμμα ηλικίας κοινοτικών νοσηλευτών (Φάση II).



Το 97,1% του δείγματος ήταν χριστιανοί ορθόδοξοι και το 94,7% ήταν Ελληνοκύπριοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό (96,5%) μιλούσε Ελληνικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσον αφορά τα

χρόνια υπηρεσίας των κοινοτικών νοσηλευτών, το 25,3% είχε 5-10 χρόνια υπηρεσίας. Συγκεντρωτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας συνοψίζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά του δείγματος (ΦΑΣΗ I+II)

<i>Χαρακτηριστικά</i>	ΠΡΟ		ΜΕΤΑ	
	N	%	N	%
1. Φύλο				
Ανδρες	19	11,2	17	10,8
Γυναίκες	151	88,8	141	89,2
2. Ηλικία				
<38	94	55,3	83	52,5
>38	76	44,7	75	47,5
3. Εθνικότητα				
Ελληνοκύπριοι	161	94,7	150	94,9
Βρετανοί	7	4,1	6	3,8
Άλλο	2	1,2	2	1,3
4. Θρήσκευμα				
Ορθόδοξοι	165	97,1	154	97,5
Καθολικοί	1	0,5	0	0
Άλλο	4	2,4	4	2,5
5. Μητρική γλώσσα				
Ελληνικά	164	96,5	152	96,2
Αγγλικά	2	1,2	2	1,3
Άλλο	4	2,4	4	2,5
6. Χώρα γέννησης				

Κύπρος	156 91,8	144 91,1
Ελλάδα	7 4,1	7 4,4
Βρετανία	3 1,8	2 1,3
Άλλο	4 2,3	5 3,2
7. Χρόνια υπηρεσίας		
<15	97 57,1	78 49,4
>15	73 42,9	80 50,6
8. Εκπαίδευση		
Δίπλωμα	50 29,4	4 2,5
Πτυχίο	112 65,9	147 93
Μεταπτυχιακό	8 4,7	7 4,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών Ά παράμετρου (ΦΑΣΗ I+II)

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ (170) ΜΕΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗ (158)	Συμφωνώ		Διαφωνώ	
	N	%	N	%
Παράμετρος Α: Πολιτισμική Επαγρύπνηση				
Η πολιτισμική ανατροφή μας,επηρεάζει τον τρόπο που (I) βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους	163	95,9	7	4,1
(II)	153	96,8	5	3,2
Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεπειθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας	45	26,5	125	73,5
	45	28,5	113	71,5
Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύω ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας	117	68,8	53	31,2
	114	72,2	44	27,8
Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου	153	90,0	27	10,0
	152	96,2	6	3,8

Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την επιρροή διαφόρων κοινωνικών παραγόντων	130	76,5	40	23,5
	119	75,3	39	24,7
Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο	166	97,6	4	2,4
	155	98,1	3	1,9
Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν συμπεριφορές σχετικές με την κουλτούρα τους	162	95,3	8	4,7
	152	96,2	6	3,8
Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους	170	100	0	0
	152	96,2	6	3,8
Για να αποφύγουν την επιβολή των δικών τους αξιών σε έναν πελάτη, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις	159	93,5	11	6,5
	149	94,3	9	5,7
Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες	141	82,9	29	17,1
	138	87,3	20	12,7

Πίνακας 9. Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών Β παράμετρου (ΦΑΣΗ I+II)

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ (170) ΜΕΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗ (158)	Συμφωνώ		Διαφωνώ	
	N	%	N	%
Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα των πελατών, διευκολύνει την(I) πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών (II)	149	87,6	21	12,4
	151	95,6	7	4,4
Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη	141	82,9	29	17,1
	129	81,6	29	18,4
Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων	160	94,1	10	5,9
	153	96,8	5	3,2

Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη	153	90,0	17	10,0
	150	94,9	8	5,1
Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας	110	64,7	60	35,3
	76	48,1	82	51,9
Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία τους	162	95,3	8	4,7
	151	95,6	7	4,4
Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον HIV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες	54	31,8	116	68,2
	42	26,6	116	73,4
Τα ποσοστά της Φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό	151	88,8	19	11,2
	140	88,6	18	11,4
Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των πελατών άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας	157	92,4	13	7,6
	151	95,6	7	4,4
Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό	146	85,9	24	14,1
	133	84,2	25	15,8

Πίνακας 10. Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών Τ παράμετρου για την Πολιτισμική Ευαισθησία (ΦΑΣΗ I+II)

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ (170) ΜΕΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗ (158)	Συμφωνώ		Διαφωνώ	
	N	%	N	%
Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με πελάτη του (I) οποιού η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα Ελληνικά	45	26,5	125	73,5
	31	19,6	127	80,4
(II) Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν από το πελάτη, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα	122	71,8	48	28,2
	110	69,6	48	30,4

Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφής	36	21,2	134	78,8
	27	17,1	131	82,9
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στην χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων	132	77,6	38	22,4
	137	86,7	21	13,3
Οι διερμηνείς και οι συνήγοροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη	153	90,0	17	10,0
	149	94,3	9	5,7
Οι άνθρωποι από μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στον τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας	146	85,9	24	14,1
	130	82,3	28	17,7
Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνικότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν ο πελάτης και ο επαγγελματίας υγείας είναι διαφορετικής κουλτούρας	150	88,2	20	11,8
	147	93,0	11	7,0
Η θρησκεία μπορεί να είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες	165	97,1	5	2,9
	157	99,4	1	0,6
Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λιγότερο όφελος από τις ψυχολογικές θεραπείες	42	24,7	128	75,3
	41	25,9	117	74,1
Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων είναι μεγαλύτερο στις εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ'ότι στην κοινότητα των ντόπιων	93	54,7	77	45,3
	75	47,5	83	52,5

Πίνακας 11. Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών Ά παράμετρον για την Πολιτισμική Πρακτική (ΦΑΣΗ Ι+ΙΙ)

	ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ (170)		Συμφωνώ		Διαφωνώ	
	ΜΕΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗ (158)		N	%	N	%
Οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς (I)	158	92,9	12	7,1		
	155	98,1	3	1,9		
(II)						

Ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απεισκευσία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας	159	93,5	11	6,5
	149	94,3	9	5,7
Η αναγνώριση του ρατσισμού, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας	159	93,5	11	6,5
	151	95,6	7	4,4
Η συμμετοχή χρηστών στην φροντίδα τους πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας	165	97,1	5	2,9
	155	98,1	3	1,9
Οι επαγγελματίες υγείας και οι πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας	161	94,7	9	5,3
	150	94,9	8	5,1
Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων	165	97,1	5	2,9
	155	98,1	3	1,9
Η εμπειρία των εθελοντικών οργανώσεων για προστασία μειονοτήτων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής	162	95,3	8	4,7
	153	96,8	5	3,2
Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα	121	71,2	49	28,8
	111	70,3	47	29,7
Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες τους και να μην γίνεται χωριστά	153	90,0	17	10,0
	143	90,5	15	9,5
Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδραση τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα	164	96,5	6	3,5
	153	96,8	5	3,2

Το τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείτο από τα δημογραφικά στοιχεία όπως αναφέρθηκαν και παρουσιάστηκαν πιο πάνω, καθώς και κάποιες ερωτήσεις σχετικές με τις απόψεις τους και τις εμπειρίες τους σε θέματα που σχετίζονται με την πολιτισμικά επάρκεια. Στους πιο κάτω πίνακες αναφέρονται τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τις ερωτήσεις αυτές της φάσης 1 και της φάσης 2.

Στην φάση 2 όπου δόθηκε ξανά το ερωτηματολόγιο στους συμμετέχοντες, προστέθηκαν ακόμα 2 ερωτήσεις που αφορούσαν τις απόψεις τους σχετικά με το εργαστήριο που παρακολούθησαν (όσοι το παρακολούθησαν) για την πολιτισμική επάρκεια όπου αποτέλεσε και την παρέμβαση στην έρευνα μας.

Στον πιο κάτω πίνακα (12) παρουσιάζονται οι απαντήσεις/δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών σχετικά με κάποιες ερωτήσεις τους που ήταν στο μέρος που αφορούσαν τα δημογραφικά.

<i>Ερωτήσεις</i>								
ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ (170) ΜΕΤΑ ΜΕΤΡΗΣ (158)	Σπάνια		Συχνά		Πολύ Συχνά			
	N	%	N	%	N	%	N	
1) Πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή με άτομα διαφορετικής εθνικότητας;	17	10,0	65	38,2	88	51,8	170	ΠΡΟ
	14	8,9	55	34,8	89	56,3	158	ΜΕΤΑ
	Διαφωνώ Απόλυτα		Διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2) Νομίζω στην Κύπρο υπάρχει η ίδια πολιτισμική επάρκεια στους επαγγελματίες υγείας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες	11	6,5	95	55,9	62	36,5	2	1,1
	20	12,7	117	74,1	20	12,6	1	0,6

	Πάρα πολύ		Πολύ		Λίγο		Καθόλου	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3) Πόσο σας βοήθησε για την Πολιτισμική σας Επάρκεια η συμμετοχή σας στο εργαστήριο	21	13,3	50	31,6	19	12,0	2	1,3

ΠΙΝΑΚΑΣ Νο.12 Δηλώσεις Κοινοτικών Νοσηλευτών (ΠΡΟ – ΜΕΤΑ μέτρηση)

Όπως προαναφέρθηκε οι 92 που συμμετείχαν στο εργαστήριο ονομάζονται ομάδα παρέμβασης και οι 66 που δεν παρακολούθησαν το εργαστήριο ονομάζεται ομάδα ελέγχου.

11.3 Συγκρίσεις Α και Β φάσης

11.3.1 Σχέση Πολιτισμικής Επάρκειας και φύλου

Από 170 κοινοτικούς νοσηλευτές οι 19 ήταν άντρες και οι 10 από αυτούς ήταν πολιτισμικά ενημερωμένοι, οι 8 πολιτισμικά ασφαλείς και ένας ήταν πολιτισμικά ανεπαρκής στην πρακτική του. Από τις 151 γυναίκες κοινοτικές νοσηλεύτριες που συμμετείχαν οι 121 ήταν πολιτισμικά ενημερωμένες και οι 30 πολιτισμικά ασφαλείς.

Ο πίνακας 13 (στη φάση II) δείχνει πως επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην πολιτισμική επάρκεια μεταξύ των δυο φύλων, με τους άντρες να δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας (πολιτισμικά ασφαλής).

Να σημειωθεί ότι επειδή μόνο ένας κοινοτικός νοσηλευτής είχε επίπεδο πολιτισμικά ανεπαρκής και ήταν το ίδιο άτομο και στις δύο φάσεις, θεωρήθηκε σκόπιμο να αφαιρεθεί από τις συσχετίσεις, γιατί στατιστικά με δείγμα ένα άτομο δεν μπορεί να γίνει η όποια συσχέτιση ή σύγκριση. Άρα στους πιο κάτω πίνακες το δείγμα θα αφορά 169 στην Α φάση και 157 στην Β' φάση.

Πίνακας 13. Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών/τριών ως προς το φύλο (Η στατιστική ανάλυση που έγινε είναι McNemar-Bowker).

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ								
	Χωρίς Εργαστήριο (ΠΡΟ Μέτρηση)			Εργαστήριο (ΜΕΤΑ Μέτρηση)					
	Πολιτισμικά Ενημερωμένοι		Πολιτισμικά Ασφαλείς		Πολιτισμικά Ενημερωμένοι		Πολιτισμικά Ασφαλείς		Σύνολο
ΦΥΛΟ	N	%	N	%	N	%	N	%	
ΑΝΤΡΕΣ	9	56,2	7	43,8	6	37,5	10	62,5	16
	12,4	Av.	3,6	Av. Συχν.	9,8	Av. Συχν.	6,2	Av. Συχν.	
	Συχν.								
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	113	80,1	28	19,9	90	63,8	51	36,2	141
	109,6	Av.	31,4	Av. Συχν.	86,2	Av. Συχν.	54,8	Av. Συχν.	
	Συχν.								
ΣΥΝΟΛΟ	122	77,7	35	22,3	96	61,1	61	38,9	157
p-value	0,03				0,04				

Το γεγονός ότι τα άτομα που παρακολούθησαν το εργαστήριο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με αυτούς που δεν το παρακολούθησαν, μας δείχνει ως εύρημα ότι κάτι επηρέασε το αποτέλεσμα αυτό. Αυτό θα διερευνηθεί σε άλλες συσχετίσεις παρακάτω ώστε να αποδειχθεί κατά πόσο το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση βοήθησε στην αύξηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών.

11.3.2 Συσχέτιση Πολιτισμικής Επάρκειας και δομών

Δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των δομών και του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας. Αυτό μας δείχνει ότι η ποσοστιαία κατανομή της πολιτισμικής επάρκειας είναι περίπου ίδια σε όλες τις επαρχίες και δομές που εργάζονται οι κοινοτικοί νοσηλευτές.

Σε όλα τα τμήματα των κοινοτικών νοσηλευτών παρατηρείται αύξηση του επιπέδου πολιτισμικά ασφαλούς πρακτικής στην Β΄ φάση της έρευνας, δείχνοντας την βελτίωση που είχαν στα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας, και ο παράγοντας που συνέβαλε στην βελτίωση αυτή θα διερευνηθεί παρακάτω. Το εύρημα αυτό μας αναγκάζει να διερευνήσουμε τι ήταν αυτό που τροποποίησε θετικά το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας και αν η συσχέτιση που θα διερευνηθεί παρουσιάζει σημαντικά στατιστική διαφορά.

**Πίνακας 14. Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας ως προς τις δομές εργασίας τους
(Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2)**

Επίπεδο Πολιτισμικής επάρκειας					
ΠΡΟ I ΜΕΤΑ II ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ		Πολιτισμικά Ενημερωμένοι		Πολιτισμικά Ασφαλείς	
ΔΟΜΕΣ		N	%	N	%

Επισκέπτες Υγείας/Σχολικοί Νοσηλευτές	OXI	57	83,8	11	16,2
	NAI	47	69,1	21	30,9
Κατ'οίκον φροντίδας	OXI	26	74,3	9	25,7
	NAI	19	54,3	16	45,7
Ψυχικής Υγείας	OXI	32	69,6	14	30,4
	NAI	24	52,2	22	47,8
Αγροτικά Κέντρα	OXI	7	87,5	1	12,5
	NAI	6	75,0	2	25,0
ΣΥΝΟΛΟ	OXI	122	77,7	35	22,3
	NAI	96	61,1	61	38,9
p-value		0,272 (ΠΡΟ)		0,194 (ΜΕΤΑ)	

11.3.3 Συσχέτιση Πολιτισμικής Επάρκειας με τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Για το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά και κάποιες δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών, έγιναν κάποιες συσχετίσεις που παρουσιάζονται τα αποτελέσματα συνοπτικά στους πιο κάτω πίνακες.

Πίνακας 15. Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

Πίνακας 15.1 Ηλικίας και Χρόνια υπηρεσίας

(η ανάλυση είναι McNemar-Bowker)

Μεταβλητή	Επίπεδο Π.Ε.	N	%	p-value	T	Μέσος	ΦΑΣΗ
ΗΛΙΚΙΑ	Επάγρυπνοι	122	77,7	0,409	-0,827	38,26	ΠΡΟ
	Ασφαλείς	35	22,3			39,69	
	Επάγρυπνοι	96	61,1	0,879	0,152	38,67	ΜΕΤΑ
	Ασφαλείς	61	38,9			38,44	
Χρόνια Υπηρεσίας	Επάγρυπνοι	122	77,7	0,367	-0,905	15,13	ΠΡΟ
	Ασφαλείς	35	22,3			16,74	
	Επάγρυπνοι	96	61,1	0,766	0,298	15,67	ΜΕΤΑ
	Ασφαλείς	61	38,9			15,21	

Με βάση το πιο πάνω πίνακα δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική σημαντικά διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας σε σχέση με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας. Δηλαδή το γεγονός ότι μπορεί ένας κοινοτικός νοσηλευτής να έχει πολλά χρόνια υπηρεσίας, δεν έχει σημαντικά στατιστική διαφορά με το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας του.

Πίνακας 15.2 Γεωγραφική θέση, ίδια επίπεδα με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χρόνια διαμονής στο εξωτερικό και επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας, σε σχέση με το επίπεδο Πολιτισμικής Επάρκειας τους.

(η ανάλυση είναι McNemar-Bowker)

Μεταβλητή	p-value	
	ΠΡΟ	ΜΕΤΑ

Γεωγραφική Θέση	0,254	0,617
Στην Κύπρο υπάρχουν τα ίδια επίπεδα με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες	0,161	0,473
Αν έχουν ζήσει κάποια χρόνια στο εξωτερικό	0,117	0,808
Αν έρχονται σε επαφή με πελάτες άλλης εθνικότητας	0,563	0,654

Σχετικά με την δήλωσή τους αν συμφωνούν κατά πόσο στην Κύπρο έχουμε τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το 86,7% διαφωνούσε και το 13,3% συμφωνούσε.

Στον πιο πάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική σημαντικά διαφορά ανάμεσα στη γεωγραφική θέση και της δήλωσής τους ότι στην Κύπρο υπάρχουν ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σε σχέση με την πολιτισμική επάρκεια. Δηλαδή η ποσοστιαία κατανομή της πολιτισμικής επάρκειας είναι περίπου ίδια σε όλα τα νοσοκομεία και επαρχίες.

Επίσης παρατηρείται ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά ανάμεσα στο αν έχουν ζήσει κάποια χρόνια στο εξωτερικό ή με το αν έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας, σε σχέση με το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας τους.

Πίνακας 15.3 Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κατά ειδικότητα (η ανάλυση είναι McNemar-Bowker), (όπου I = ΠΡΟ μέτρηση και όπου II = ΜΕΤΑ μέτρηση)

Ειδικότητα	Επίπεδο Πολιτισμικής Επάρκειας						
	Πολιτισμικά Ενημερωμένη Πρακτική		Πολιτισμικά Ασφαλής Πρακτική				
	N	%	N	%	P-value		
Επισκέπτες Υγείας	I	57	36,3	11	7	ΠΡΟ	ΜΕΤΑ
	II	47	29,9	21	13,4	0,272	0,194
Κατ' οίκον Νοσηλεία	I	26	16,5	9	5,8		
	II	19	12,1	16	10,2		
Ψυχικής Υγείας	I	32	20,4	14	8,9		
	II	24	15,2	22	14,1		
Αγροτικά Κέντρα	I	7	4,5	1	0,6		
	II	6	3,8	2	1,3		

Πίνακας 16. Απόψεις σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2)

Χρειάζεται αξιολόγηση πολιτισμικής επάρκειας;	Πολιτισμικά Επάγρυπνοι	Πολιτισμικά Ασφαλείς
---	------------------------	----------------------

	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ		ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ		ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ		ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ΝΑΙ	55	75,3	44	75,9	18	24,7	14	24,1
	57,1	Av. Συχ.	44,6	Av. Συχ.	15,9	Av. Συχ.	13,4	Av. Συχ.
ΟΧΙ	17	89,5	6	85,7	2	10,5	1	14,3
	14,9	Av. Συχ.	5,4	Av. Συχ.	4,1	Av. Συχ.	1,6	Av. Συχ.
p-value	0,154				0,115			

Ο πιο πάνω πίνακας έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά σχετικά με την δήλωσή αν χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας.

11.3.4 Σύγκριση κοινοτικών νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρέμβαση με την ομάδα ελέγχου

Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν διαφέρουν οι ηλικίες και το φύλο αυτών που παρακολούθησαν με αυτών που δεν το παρακολούθησαν το εργαστήριο. Η ανάλυση έγινε με την μέθοδο χ^2 και έδειξε ότι δεν υπήρχε σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς τις ηλικίες ($p=0,174$), ούτε ως προς τα τμήματα τα οποία εκπροσωπήθηκαν στο εργαστήριο ($p=0,475$) και ούτε ως προς το φύλο ($p=0,461$).

Τα αποτελέσματα των πιο κάτω συγκρίσεων δείχνουν την μεθοδολογική ορθότητα επιλογής του δείγματος με το μικρότερο δυνατό ποσοστό σφάλματος. Επιβεβαιώνουν ότι η

επιλογή του δείγματος και η κατανομή τους στις ομάδες δεν επηρέασε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Πίνακας 17. Χαρακτηριστικά των κοινοτικών νοσηλευτών ως προς την ηλικία, το φύλο και τα τμήματα εργασίας τους, ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

Μεταβλητή	p-value
Φύλο	0,461
Ηλικία	0,174
Τμήματα εργασίας	0,475

Ο πίνακας 17 δίνει πληροφορίες για την ομοιογένεια των δυο ομάδων ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά ώστε να περιοριστεί η πιθανότητα σφάλματος στον τρόπο επιλογής τους δείγματος που συμμετείχε στο εργαστήριο που αποτέλεσε και την παρέμβαση στην έρευνα αυτή.

Πίνακας 18. Επιπέδο πολιτισμικής επάρκειας ως προς το εργαστήριο

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ (ΠΡΟ) - ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ (ΜΕΤΑ)		ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ (ΠΡΟ) - ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΑΣΦΑΛΕΙΣ (ΜΕΤΑ)		ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΑΣΦΑΛΕΙΣ (ΠΡΟ) - ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΑΣΦΑΛΕΙΣ (ΜΕΤΑ)	
	ΝΑΙ N	ΟΧΙ N	ΝΑΙ N	ΟΧΙ N	ΝΑΙ N	ΟΧΙ N
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	%	%	%	%	%	%
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ/ ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	31 19,7	24 15,3	8 5,1	2 1,3	9 5,8	2 1,3
ΚΑΤΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 3,8	11 7,1	7 4,4	2 1,3	7 4,4	2 1,3
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	9 5,8	15 9,5	8 5,1	0 0	7 4,4	7 4,4
ΟΛΙΚΟ	46 29,3	50 31,9	23 14,6	4 2,6	23 14,6	11 7

Στον πιο πάνω πίνακα παρουσιάζονται απλώς ποσοστιαία τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών στην Α και Β φάση της έρευνας. Οι 46 κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες που αποτελούν το 29,3% του δείγματος μας και συμμετείχαν στο εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση, δεν άλλαξαν το επίπεδό τους και παρέμειναν πολιτισμικά ενημερωμένοι και μετά το εργαστήριο. Το 31,9% (50 κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες) που δεν συμμετείχαν στο εργαστήριο παρέμειναν πολιτισμικά ενημερωμένοι και στις δύο φάσεις τις έρευνας.

Επίσης σε ίδιο επίπεδο πολιτισμικά ασφαλή παρέμεινε ποσοστό 21,6%, όπου το 14,6% έλαβε μέρος στο εργαστήριο και το 7% δεν συμμετείχε στο εργαστήριο. Τέλος το 14,6% του δείγματος συνολικά βελτίωσε το επίπεδό του που συμμετείχε στο εργαστήριο της έρευνας και από πολιτισμικά ενημερωμένοι έγιναν πολιτισμικά ασφαλή, και το 2,6% του συνολικού δείγματος επίσης βελτίωσε το επίπεδό του από πολιτισμικά ενημερωμένοι έγιναν πολιτισμικά ασφαλή, χωρίς να συμμετέχουν στο εργαστήριο.

Πίνακας 19. Αλλαγή επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών/τριών σε σχέση με την παρέμβαση (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

Εργαστήριο	Αλλαγή επιπέδου από Πολιτισμικά Ενημερωμένοι σε Πολιτισμικά Ασφαλείς			
	ΝΑΙ		όχι	
	N	%	N	%
ΝΑΙ	22	84,6	70	53,4
ΟΧΙ	4	15,4	61	46,6
	26	100	131	100
p-value	0,003			

Επίσης πέραν από την σημαντικά στατιστική συσχέτιση που έδειξε το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση στην έρευνα αυτή, έγινε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των 92 κοινοτικών νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην παρέμβαση και των 61 που δεν συμμετείχαν στο εργαστήριο. Ο πίνακας 20 παρουσιάζει τις συσχετίσεις αυτές.

Πίνακας 20. Διαφορές ως προς το τμήμα, ως προς οποιαδήποτε εκπαίδευση σχετική με πολιτισμική επάρκεια, ως προς την επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας, αν στην Κύπρο υπάρχουν ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. (όπου E = ομάδα Ελέγχου και όπου Π = ομάδα Παρέμβασης)

Πίνακας 20.1 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς το τμήμα υπηρεσίας τους (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

Τμήματα Κοινοτικής Νοσηλευτικής	Επισκέπτες υγείας/ Σχολικοί νοσηλευτές		Κατ'οίκον φροντίδα		Ψυχικής Υγείας		Αγροτικά Κέντρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Εργαστήριο								
ΝΑΙ (Π)	45	48,9	20	21,7	23	35,4	4	4,3
ΟΧΙ (E)	23	35,9	15	23,1	23	25	4	6,2
p-value	0,350							

Ο πιο πάνω πίνακας μας δείχνει ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ως προς τα τμήματα υπηρεσίας της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 20.2 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς οποιαδήποτε εκπαίδευση τους σχετική με την πολιτισμική επάρκεια (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Εκπαίδευση σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια			
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	N	%	N	%
ΝΑΙ (Π)	17	18,5	75	81,5
ΟΧΙ (Ε)	2	3,1	63	96,9
p-value	0,004			

Στον πιο πάνω πίνακα φαίνεται οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριές δεν τυγχάνουν εκπαίδευσης πάνω σε διαπολιτισμικά θέματα φροντίδας υγείας με βάση τα ποσοστά. Η πιο πάνω συσχέτιση έδειξε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, όπου η ομάδα παρέμβασης έτυχε διαπολιτισμικής εκπαίδευσης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Άρα το εργαστήριο που αφορούσε την ομάδα παρέμβασης ήταν η μόνη επαφή των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Αυτό βέβαια επιβαιβώνεται και από τα ποιοτικά δεδομένα που αφορούν το εργαστήριο (βλ. Παράρτημα σελ. 215).

Πίνακας 20.3 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την επαφή τους με πελάτες άλλης εθνικότητας (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Επαφή με πελάτες άλλης εθνικότητας					
	Πολύ Συχνά		Συχνά		Σπάνια	
	N		N		N	
	%		%		%	
ΝΑΙ (Π)	59	64,1	23	25	10	10,9
ΟΧΙ (Ε)	30	46,2	31	47,7	4	6,2
p-value	0,012					

Η συσχέτιση στον πιο πάνω πίνακα δείχνει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης σχετικά με την επαφή των κοινοτικών νοσηλευτών με πελάτες άλλης εθνικότητας, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην παρέμβαση όπως δήλωσε, έρχεται σε επαφή πολύ συχνά με πελάτες άλλης εθνικότητας.

Πίνακας 20.4 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την άποψη, αν στην Κύπρο έχουμε ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Στην Κύπρο έχουμε τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες			
	ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ	
	N		N	
	%		%	
ΝΑΙ (Π)	8		84	
	8,7		91,3	

OXI (E)	13	52
	20	80
p-value	0,098	

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ως προς την δήλωσή τους αν υπάρχει στην Κύπρο τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας όπως τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 20.5 Διαφορές ομάδας ελέγχου και ομάδας παρέμβασης ως προς την άποψη, αν χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής τους επάρκειας (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	Χρειάζεται αξιολόγηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ
	N %	N %
ΝΑΙ (Π)	17 18,5	75 81,5
OXI (E)	2 3,1	63 96,9
p-value	0,004	

Ο πιο πάνω πίνακας μια δείχνει μια σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς την δήλωση των κοινοτικών νοσηλευτών σχετικά με το αν χρειάζεται η αξιολόγηση του επιπέδου της πολιτισμικής επάρκειας τους, όπου τα άτομα που συμμετείχαν στο εργαστήριο είχαν ψηλότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων σε σχέση με τους κοινοτικούς νοσηλευτές που δεν συμμετείχαν στο εργαστήριο.

Πίνακας 20.6 Δηλώσεις της ομάδας παρέμβασης ως προς το αν βοηθήθηκαν από το εργαστήριο (παρέμβαση)

ΒΟΗΘΗΣΕ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ		ΠΟΛΥ		ΛΙΓΟ		ΚΑΘΟΛΟΥ	
	N		N		N		N	
	%		%		%		%	
	21	22,8	50	54,3	19	20,7	2	2,2

Ο πιο πάνω πίνακας μας δείχνει ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες που παρακολούθησαν το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση στην έρευνα, δήλωσαν ότι βοηθήθηκαν σε μεγάλο ποσοστό από την συμμετοχής τους στο εργαστήριο.

Μέχρι τώρα στις διάφορες συσχετίσεις που έγιναν φαινόταν ότι κάποιος παράγοντας επηρέασε την ομάδα παρέμβασης ως προς κάποιες παραμέτρους που διερευνήθηκαν. Αναμένεται αυτός ο παράγοντας να είναι το εργαστήριο, κάτι που θα διερευνηθεί παρακάτω.

11.3.5 Επίπεδο Πολιτισμικής Επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών με βάση τις ηλικίες τους

Πίνακας 21. Επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας κοινοτικών νοσηλευτών σε σχέση με την ηλικία τους (όπου I=ΠΡΟ και II=ΜΕΤΑ) (Η ανάλυση είναι McNemar Bowker).

Επίπεδο Πολιτισμικής Επάρκειας	ΗΛΙΚΙΑ				
	N	%	Μέσοι	Τυπική Απόκλιση	P-value
Πολιτισμικά Ενημερωμένη Πρακτική I	122	77,7	38,26	9,036	0,409
II	96	61,1	38,67	9,134	

Πολιτισμικ Ασφαλής Πρακτική	I	35	22,3	39,69	8,747	0,879
		61	38,8	38,44	8,765	
II						

Στο πίνακα αυτό δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των κοινοτικών νοσηλευτών και του επιπέδου της πολιτισμικής επάρκειας τους. Άρα τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας είναι περίπου ανάλογα σε όλες τις ηλικίες.

11.3.6 Σύγκριση δηλώσεων των παραμέτρων πολιτισμικής επαγρύπνησης, πολιτισμικής γνώσης, πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής πρακτικής με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας

Στις ερωτήσεις στην παράμετρο της πολιτισμικής επαγρύπνησης, της πολιτισμικής γνώσης, της πολιτισμικής ευαισθησίας και τις πολιτισμικής πρακτικής (εκτός από 1 ερώτηση), δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην Α Φάση και στην Β φάση, σε σχέση με το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας.

Παρατηρήθηκε μια τάση όμως ποσοστιαία να αυξάνονται οι θετικές απαντήσεις τους στις περισσότερες δηλώσεις τους, όπου αυτό δείχνει μια τάση βελτίωσης, χωρίς όμως αυτό να έχει σημαντικά στατιστική διαφορά.

Πίνακας 22. Δήλωση σχετικά με την Πολιτισμική Πρακτική (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΔΗΛΩΣΕΙΣ	ΠΡΟ		ΜΕΤΑ			
	ΝΑΙ(92)	ΟΧΙ(65)	ΝΑΙ(92)	ΟΧΙ(65)		
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	N	%	N	%	N	%

Η αξιολόγηση των πελατών μας επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα	59 64,1	52 80,0	91 98,9	52 80,0	ΣΥΜΦΩΝΩ
	33 35,9	13 20,0	1 1,1	13 20,0	ΔΙΑΦΩΝΩ
p-value	0,06		0,031		

Στον πιο πάνω πίνακα φάνηκε σημαντικά στατιστική διαφορά στα άτομα που παρακολούθησαν το εργαστήριο σε σχέση αυτούς που δεν το παρακολούθησαν, ως προς την συγκεκριμένη δήλωση. Να αναφερθεί ότι στο εργαστήριο που παρακολούθησαν και αποτέλεσε την παρέμβαση, έγινε συγκεκριμένη άσκηση για τα στερεότυπα στους συμμετέχοντες/ουσες, όπου φαίνεται να επηρέασε με βάση τις απαντήσεις τους στην επαναξιολόγηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειάς. Με βάση τα αποτελέσματα από την στατιστική ανάλυση οι κοινοτικοί νοσηλευτές που συμμετείχαν στο εργαστήριο άλλαξαν σε μεγάλη ποσοστιαία αναλογία τις απαντήσεις τους στην επαναξιολόγησή τους.

11.3.7 Σύγκριση δηλώσεων κλίμακας των παραμέτρων σε σχέση με το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας

Στην ανάλυση δεδομένων σχετικά με τις ερωτήσεις κλίμακας από το 1-10 σχετικά με την κάθε παράμετρο, ως προς την συσχέτιση των μεταβλητών μεταξύ των δύο φάσεων δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά.

Όσα άτομα παρακολούθησαν το εργαστήριο έχουν τροποποιήσει τις απάντησεις τους (ειδικά στην τέταρτη παράμετρο), όπου παρατηρήθηκε ποσοστιαία αύξηση της θετικής απάντησής τους. Στον πίνακα 23 φαίνονται πιο αναλυτικά οι συσχετίσεις των απαντήσεων των δηλώσεων αυτών. Οι δηλώσεις αξιολογούνταν από το 1 μέχρι το 10 με μέγιστη θετική εκτίμηση το 10.

Στην πρώτη παράμετρο όπου αφορούσε την πολιτισμική επαγρύπνηση, η δήλωση ήταν «Δεν γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα» που ξεκινούσε από το μηδέν και στο δέκα ήταν η δήλωση «Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα». Με βάση τις απαντήσεις τους το 31,0% απάντησε το δέκα σχετικά με την ερώτηση και το 55,7% που απάντησε αξιολόγησε με επτά και οχτώ, ενώ το υπόλοιπο 13,3% έδωσαν

απάντηση με αξιολόγηση το έξι μέχρι το τέσσερα. Κανείς δεν έδωσε απάντηση κάτω από το τέσσερα. Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 11 η παράμετρος πολιτισμική επαγρύπνηση αφορά την αυτογνωσία, την εμμονή στην κληρονομιά, τον εθνοκεντρισμό και την διαμόρφωση στερεοτύπων. Με βάση τις απαντήσεις των κοινοτικών νοσηλευτών φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γνωρίζει πολύ καλά έως πλήρως την πολιτισμική τους ταυτότητα.

Στην δεύτερη παράμετρο που αφορούσε την αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης, η δήλωση ήταν «Δεν είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου» όπου ξεκινούσε η αρίθμηση από το μηδέν και κατέληγε στο δέκα η δήλωση «Είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου». Η πολιτισμική γνώση σχετίζεται με τις πεποιθήσεις και συμπεριφορές σχετικά με την υγεία, την κατανόηση των ανθρωπολογικών, κοινωνικο-πολιτικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραμέτρων. Επίσης σχετίζεται με τις ομοιότητες και τις διαφορές των ανθρώπων και με τις ανισότητες σε θέματα υγείας.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν το 17,8% αξιολόγησε με εννέα και δέκα την ενημέρωσή του σχετικά με την κουλτούρα των πελατών του. Το 46,8% αξιολόγησε με επτά και οχτώ και το 26,6% με πέντε και έξι. Το υπόλοιπο 8,8% με τέσσερα, τρία και δύο.

Η τρίτη παράμετρος αξιολογούσε την πολιτισμική ευαισθησία. Η πολιτισμική ευαισθησία αφορούσε την ενσυναίσθηση, τις διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό, την αποδοχή και την καταλληλότητα. Η παράμετρος αυτή αποτελείτο από δύο δηλώσεις όπου το δέκα αντιστοιχούσε στην πιο δυνατή θετική δήλωση των συμμετεχόντων. Οι δηλώσεις ήταν:α) «Δεν/Μπορώ να εργαστώ άνετα με ανθρώπους των οποίων οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου» και β) «Δεν/Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας».

Για την πρώτη δήλωση οι συμμετέχοντες με ποσοστό 38,6% αξιολόγησε τον εαυτό του με εννέα και δέκα και το 44,9% αξιολογήθηκε με επτά και οχτώ. Το 13,9% αξιολόγησε τον εαυτό του με πέντε και έξι και το 2,6% με τέσσερα και κάτω.

Για την δεύτερη δήλωση οι συμμετέχοντες με ποσοστό 72,2% αξιολογήθηκε με οχτώ, εννέα και δέκα, το 23,4% με έξι και επτά και το 4,4% από πέντε και κάτω.

Η τέταρτη παράμετρος αξιολογούσε την πολιτισμική πρακτική, η οποία σχετιζόταν με τις δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, με τις κλινικές δεξιότητες και με την αμφισβήτηση και αντιμετώπιση της προκατάληψης, των διακρίσεων και των ανισοτήτων στην παροχή φροντίδας υγείας.

Στην παράμετρο αυτή οι δύο δηλώσεις ήταν: α) «Δεν/Είμαι πολύ σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό» και β) «Δεν/Είμαι πολύ ικανός στο να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των πελατών μου στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω». Η πιο θετικά δυνατή απάντηση αξιολογείτο με το δέκα όπως τις υπόλοιπες παραμέτρους. Στην πρώτη δήλωση το 70,3% αξιολόγησε τον εαυτό του με οχτώ, εννέα και δέκα, το 26,6% με έξι και επτά και το υπόλοιπο 3,1 με πέντε και κάτω. Στην δεύτερη δήλωση το 70,8% αξιολόγησε τον εαυτό του με οχτώ, εννέα και δέκα, το 24,1% με έξι και επτά και το υπόλοιπο 5% από πέντε και κάτω.

Πίνακας 23. Ποσοστό σημαντικότητας των δηλώσεων κλίμακας. ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (όπου I=ΠΡΟ και II=ΜΕΤΑ).

(Η ανάλυση είναι κριτήριο T κατά ζεύγη).

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ	P value	Mean	Std. Dev.
Δεν/Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα	0,755	I 8,65	1,13
		II 8,68	1,25
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΓΝΩΣΗ			
	0,552	I 6,72	1,81

Δεν/Είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου		II 6,82	1,79
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ			
Δεν/Μπορώ να εργαστώ άνετα με ανθρώπους των οποίων οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου	0,206	I 7,89	1,50
		II 8,08	1,32
Δεν/Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας	0,933	I 8,36	1,48
		II 8,37	1,35
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ			
Δεν/Είμαι πολύ ικανός στο να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των πελατών μου στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω	0,429	I 7,94	1,40
		II 8,05	1,08
Δεν/Είμαι πολύ σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό	0,746	I 8,11	1,38
		II 8,08	1,12

Πίνακας 24. Συσχετίσεις σχετικά με τις ερωτήσεις κλίμακας των 4 παραμέτρων. ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ (Η ανάλυση είναι κριτήριο T κατά ζεύγη).

Α' παράμετρος	Δεν/Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα
---------------	---

	Mean	St. Dev.	p-value
ΠΡΟ	8,86	1,07	0,619
ΜΕΤΑ	8,78	1,20	
Β' παράμετρος	Δεν/Είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου		
ΠΡΟ	7,63	1,53	0,009
ΜΕΤΑ	7,11	1,58	
Γ' Παράμετρος	Δεν/Μπορώ να εργαστώ άνετα με ανθρώπους των οποίων τα πιστεύω, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου		
ΠΡΟ	8,04	1,53	0,02
ΜΕΤΑ	7,58	1,76	
Γ' Παράμετρος	Δεν/Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας		
ΠΡΟ	8,50	1,07	0,012
ΜΕΤΑ	8,09	1,2	
Δ' Παράμετρος	Δεν/Είμαι πολύ ικανός στο να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των πελατών στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω		
ΠΡΟ	8,07	1,21	0,15
ΜΕΤΑ	7,86	1,23	
Δ' Παράμετρος	Δεν/Είμαι πολύ σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό		
ΠΡΟ	8,33	1,09	0,02
ΜΕΤΑ	7,92	1,37	

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης (Π) και ομάδας Ελέγχου (Ε) για την Προ μέτρηση (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΥ		ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		P-value
	Σ(%) Δ(%) (N)	73,8 (48)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Παράμετρος Α: Πολιτισμική Επαγρύπνηση					
Η πολιτισμική ανατροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους	93,8 (61)	6,2 (4)	98,9 (91)	1,1 (1)	0,095
Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεποιθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας	26,2 (17)	73,8 (48)	29,3 (27)	70,7 (65)	0,400
Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύω ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας	78,5 (51)	21,5 (14)	67,4 (62)	32,6 (30)	0,089
Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου	95,4 (62)	4,6 (3)	89,1 (82)	10,9 (10)	0,340
Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την επιρροή διαφόρων κοινωνικών παραγόντων	76,9 (50)	23,1 (15)	75 (69)	25 (23)	0,467
Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο	96,9 (63)	3,1 (2)	100 (92)	- -	0,170
Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν συμπεριφορές σχετικές με την κουλτούρα τους	96,9 (63)	3,1 (2)	95,7 (88)	4,3 (4)	0,515
Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους	96,9 (63)	3,1 (2)	95,7 (88)	4,3 (4)	0,515
Για να αποφύγουν την επιβολή των δικών τους αξιών σε έναν πελάτη, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις	95,4 (62)	4,6 (3)	94,6 (87)	5,4 (5)	0,562
Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες	86,2 (56)	13,8 (9)	89,1 (82)	10,9 (10)	0,373

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 : Σύγκριση ομάδας Π και ομάδας Ε για την Προ μέτρηση (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου Ν = αριθμός δείγματος).

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΥ		ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		P-values
	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Παράμετρος Β: Πολιτισμική Γνώση					
Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα όλων των πελατών, διευκολύνει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών	98,5 (64)	1,5 (1)	85,9 (79)	14,1 (13)	0,207
Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη	87,7 (57)	12,3 (8)	78,3 (72)	21,7 (20)	0,094
Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων	100 (65)	- (-)	94,6 (87)	5,4 (5)	0,066
Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη	95,4 (62)	4,6 (3)	95,7 (88)	4,3 (4)	0,614
Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας	49,2 (32)	50,8 (33)	47,8 (44)	52,2 (48)	0,495
Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία τους	96,9 (63)	3,1 (2)	95,7 (88)	4,3 (4)	0,515
Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον HIV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες	24,6 (16)	75,4 (49)	27,2 (25)	72,8 (67)	0,833
Τα ποσοστά της Φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό	84,6 (55)	15,4 (10)	91,3 (84)	8,7 (8)	0,149
Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των πελατών άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας	100 (65)	- (-)	93,5 (86)	6,5 (6)	0,038
Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό	89,2 (58)	10,8 (7)	80,4 (74)	19,6 (18)	0,102

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : Σύγκριση ομάδας Π και ομάδας Ε για την Προ μέτρηση (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου Ν = αριθμός δείγματος).

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΥ		ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		P-values
	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Παράμετρος Γ: Πολιτισμική Ευαισθησία					
Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με έναν πελάτη του οποίου η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα Ελληνικά	21,5 (14)	78,5 (51)	17,4 (16)	82,6 (76)	0,326
Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν από το πελάτη, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα	64,6 (42)	35,4 (23)	73,9 (68)	26,1 (24)	0,141
Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφής	21,5 (14)	78,5 (51)	13 (12)	87 (80)	0,117
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στην χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων	84,6 (55)	15,4 (10)	83,7 (77)	16,3 (15)	0,275
Οι διερμηνείς και οι συνήγοροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη	92,3 (60)	7,7 (5)	96,7 (89)	3,3 (3)	0,190
Οι άνθρωποι από μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στον τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας	81,5 (53)	18,5 (12)	82,6 (76)	17,4 (16)	0,512
Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνικότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν ο πελάτης και ο επαγγελματίας υγείας είναι διαφορετικής κουλτούρας	92,3 (60)	7,7 (5)	93,5 (86)	6,5 (6)	0,507
Η θρησκεία μπορεί να είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες	98,5 (64)	1,5 (1)	100 (92)	- -	0,414
Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λιγότερο όφελος από τις ψυχολογικές θεραπείες	20 (13)	80 (52)	30,4 (28)	69,6 (64)	0,099
Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων είναι μεγαλύτερο στις εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ'ότι στην κοινότητα των ντόπιων	47,7 (31)	52,3 (34)	46,7 (43)	53,3 (49)	0,518

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Σύγκριση ομάδας Π και ομάδας Ε για την Προ μέτρηση (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου Ν = αριθμός δείγματος).

ΠΡΟ ΜΕΤΡΗΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΥ		ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ		P-values
	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Παράμετρος Δ: Πολιτισμική Πρακτική					
Οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς	98,5 (64)	1,5 (1)	88,9 (81)	11,1 (11)	0,758
Ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απερισκεψία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας	95,4 (62)	4,6 (3)	83,5 (76)	16,5 (16)	0,762
Η αναγνώριση του ρατσισμού, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας	98,5 (64)	1,5 (1)	94,6 (87)	5,4 (5)	0,207
Η συμμετοχή χρηστών στην φροντίδα τους πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας	98,5 (64)	1,5 (1)	97,8 (90)	2,2 (2)	0,629
Οι επαγγελματίες υγείας και οι πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας	100 (65)	- (-)	92,4 (85)	7,6 (7)	0,022
Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων	100 (65)	- (-)	97,8 (90)	2,2 (2)	0,342
Η εμπειρία των εθελοντικών οργανώσεων για προστασία μειονοτήτων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής	98,5 (64)	1,5 (1)	96,7 (89)	3,3 (3)	0,450
Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα	80 (53)	20 (12)	64,1 (33)	35,9 (59)	0,023
Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες τους και να μην γίνεται χωριστά	93,8 (61)	6,2 (4)	89,1 (82)	10,9 (10)	0,233

Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδραση τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα	96,9 (63)	3,1 (2)	97,8 (90)	2,2 (2)	0,550
---	--------------	------------	--------------	------------	--------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Ποσοστό σημαντικότητας των δηλώσεων κλίμακας ομάδας ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (Π) και ΕΛΕΓΧΟΥ (Ε) κατά την Προ μέτρηση (ΦΑΣΗ Ι), (Η ανάλυση είναι κριτήριο T κατά ζεύγη).

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΙΝΗΣΗ	P value	Mean	Std. Dev.
Δεν/Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα	0,767	Π 8,68	1,138
		E 8,78	1,205
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΓΝΩΣΗ			
Δεν/Είμαι πολύ καλά ενημερωμένος/η για την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των πελατών μου	0,122	Π 6,82	1,797
		E 7,11	1,582
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ			
Δεν/Μπορώ να εργαστώ άνετα με ανθρώπους των οποίων οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι πρακτικές τους είναι διαφορετικές από τις δικές μου	0,050	Π 8,08	1,328
		E 7,58	1,767
Δεν/Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας	0,873	Π 8,37	1,356
		E 8,09	1,455
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ			
	0,116	Π 8,05	1,083

Δεν/Είμαι πολύ ικανός στο να λάβω υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των πελατών μου στη φροντίδα και θεραπεία που τους παρέχω		E 7,86	1,236
Δεν/Είμαι πολύ σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες, τους φροντιστές και το προσωπικό	0,278	Π 8,08	1,122
		E 7,92	1,373

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης για την Α παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ Μέτρηση		Μετά Μέτρηση		P- values
	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Παράμετρος Α: Πολιτισμική Επαγρύπνηση					
Η πολιτισμική ανατροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους	96,7 (89)	3,3 (3)	98,9 (91)	1,1 (1)	0,625
Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεποιθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας	23,9 (22)	76,1 (70)	29,3 (27)	70,7 (65)	0,442
Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύω ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας	70,7 (65)	29,3 (27)	67,4 (62)	32,6 (30)	0,678
Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου	89,1 (82)	10,9 (10)	97,8 (90)	2,2 (2)	0,021
Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την επιρροή διαφόρων κοινωνικών παραγόντων	76,1 (70)	23,9 (22)	75 (69)	25 (23)	1,000
Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο	96,7	3,3	100	-	-

	(89)	(3)	(92)	-	
Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν συμπεριφορές σχετικές με την κουλτούρα τους	95,7 (88)	4,3 (4)	95,7 (88)	4,3 (4)	1,000
Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους	100 (92)	- (-)	95,7 (88)	4,3 (4)	-
Για να αποφύγουν την επιβολή των δικών τους αξιών σε έναν πελάτη, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις	93,5 (86)	6,5 (6)	94,6 (87)	5,4 (5)	1,000
Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες	81,5 (75)	18,5 (17)	89,1 (82)	10,9 (10)	0,143

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης για την Β παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ Μέτρηση		Μετά Μέτρηση		
Παράμετρος Β: Πολιτισμική Γνώση	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	P- values
Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα όλων των πελατών, διευκολύνει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών	85,9 (79)	14,1 (13)	94,6 (87)	5,4 (5)	0,039
Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη	80,4 (74)	19,6 (18)	78,3 (72)	21,7 (20)	0,824
Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων	93,5 (86)	6,5 (6)	94,6 (87)	5,4 (5)	1,000
Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη	93,5 (86)	6,5 (6)	95,7 (88)	4,3 (4)	0,727
Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας	60,9 (56)	39,1 (36)	47,8 (44)	52,2 (48)	0,043

Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία τους	96,7 (89)	3,3 (3)	95,7 (88)	4,3 (4)	1,000
Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον HIV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες	27,2 (25)	72,8 (67)	72,8 (67)	27,2 (25)	0,002
Τα ποσοστά της Φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό	89,1 (82)	10,9 (10)	91,3 (84)	8,7 (8)	0,774
Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των πελατών άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας	94,6 (87)	5,4 (5)	93,5 (86)	6,5 (6)	1,000
Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό	85,9 (79)	14,1 (13)	80,4 (74)	19,6 (18)	0,302

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης για την Γ παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ		Μετά		
	Μέτρηση		Μέτρηση		
Παράμετρος Γ:	Σ(%)	Δ(%)	Σ(%)	Δ(%)	P-
Πολιτισμική Ευαισθησία	(N)	(N)	(N)	(N)	values
Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με έναν πελάτη του οποίου η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα Ελληνικά	22,8 (21)	77,2 (71)	17,4 (16)	82,6 (76)	0,359
Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν από το πελάτη, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα	68,5 (63)	31,5 (29)	73,9 (68)	26,1 (24)	0,359
Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφείς	17,4 (16)	82,6 (76)	13 (12)	87 (80)	0,523
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στην χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων	83,7 (77)	16,3 (15)	98,9 (91)	1,1 (1)	0,001

Οι διερμηνείς και οι συνήγοροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη	93,5 (86)	6,5 (6)	96,7 (89)	3,3 (3)	0,508
Οι άνθρωποι από μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στον τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας	83,7 (77)	16,3 (15)	82,6 (76)	17,4 (16)	1,000
Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνικότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν ο πελάτης και ο επαγγελματίας υγείας είναι διαφορετικής κουλτούρας	89,1 (82)	10,9 (10)	93,5 (86)	6,5 (6)	0,424
Η θρησκεία μπορεί να είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες	97,8 (90)	2,2 (2)	100 (92)	- -	-
Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λιγότερο όφελος από τις ψυχολογικές θεραπείες	29,3 (27)	70,7 (65)	30,4 (28)	69,6 (64)	1,000
Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων είναι μεγαλύτερο στις εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ'ότι στην κοινότητα των ντόπιων	50 (46)	50 (46)	46,7 (43)	53,3 (49)	0,736

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : Σύγκριση ομάδας Παρέμβασης για την Δ παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ		Μετά		P-values
	Μέτρηση	Μέτρηση	Μέτρηση	Μέτρηση	
Παράμετρος Δ:	Σ(%)	Δ(%)	Σ(%)	Δ(%)	
Πολιτισμική Πρακτική	(N)	(N)	(N)	(N)	
Οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς	88,9 (81)	11,1 (11)	98,9 (91)	1,1 (1)	0,039
Ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απεισκευσία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας	83,5 (76)	16,5 (16)	97,8 (90)	2,2 (2)	0,023
Η αναγνώριση του ρατσισμού, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας	95,7 (88)	4,3 (4)	94,6 (87)	5,4 (5)	1,000
Η συμμετοχή χρηστών στην φροντίδα τους πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας	96,7 (89)	3,3 (3)	97,8 (90)	2,2 (2)	1,000

Οι επαγγελματίες υγείας και οι πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας	96,7 (89)	3,3 (3)	92,4 (85)	7,6 (7)	0,344
Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων	96,7 (89)	3,3 (3)	97,8 (90)	2,2 (2)	1,000
Η εμπειρία των εθελοντικών οργανώσεων για προστασία μειονοτήτων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής	89,1 (82)	10,9 (10)	96,7 (89)	3,3 (3)	0,092
Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα	64,1 (33)	35,9 (59)	97,8 (90)	2,2 (2)	<0,001
Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες τους και να μην γίνεται χωριστά	88 (81)	12 (11)	89,1 (82)	10,9 (10)	1,000
Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδραση τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα	96,7 (89)	3,3 (3)	97,8 (90)	2,2 (2)	1,000

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 : Σύγκριση ομάδας Ελέγχου για την Α παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ Μέτρηση		Μετά Μέτρηση		P- values
Παράμετρος Α: Πολιτισμική Επαγρύπνηση	Σ(%) Δ(%) (N)	(N)	Σ(%) Δ(%) (N)	(N)	
Η πολιτισμική ανατροφή μας, επηρεάζει τον τρόπο που βλέπουμε τους άλλους ανθρώπους	96,9 (63)	3,1 (2)	93,8 (61)	6,2 (4)	0,625
Οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικοτήτων έχουν κοινές αξίες και πεποιθήσεις με τους ντόπιους κατοίκους μιας κοινότητας	29,2 (19)	70,8 (46)	26,2 (17)	73,8 (48)	0,804
Υπάρχουν πολλές διαφορές στις αξίες και στα πιστεύα ανάμεσα στα μέλη της ίδιας εθνικής ομάδας	64,6 (42)	35,4 (23)	78,5 (51)	21,5 (14)	0,049

Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου	90,8 (59)	9,2 (6)	95,4 (62)	4,6 (3)	0,453
Η αλλαγή της εθνικής ταυτότητας επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την επιρροή διαφόρων κοινωνικών παραγόντων	78,5 (51)	21,5 (14)	76,9 (50)	23,1 (15)	1,000
Μερικές πτυχές της κουλτούρας είναι σημαντικότερες από άλλες σε κάθε άτομο	98,5 (64)	1,5 (1)	96,9 (63)	3,1 (2)	1,000
Οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν συμπεριφορές σχετικές με την κουλτούρα τους	95,4 (62)	4,6 (3)	96,9 (63)	3,1 (2)	1,000
Οι άνθρωποι από διαφορετικές εθνικές ομάδες μπορεί να έχουν τις ίδιες ανάγκες, αλλά να τις εκφράσουν με διαφορετικούς τρόπους	100 (65)	- (-)	96,9 (63)	3,1 (2)	-
Για να αποφύγουν την επιβολή των δικών τους αξιών σε έναν πελάτη, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις	93,8 (61)	6,2 (4)	95,4 (62)	4,6 (3)	1,000
Η εθνική ταυτότητα επηρεάζεται από προσωπικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες	89,2 (58)	10,8 (7)	86,2 (56)	13,8 (9)	0,754

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : Σύγκριση ομάδας Ελέγχου για την Β παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ		Μετά		P-values
	Μέτρηση		Μέτρηση		
Παράμετρος Β: Πολιτισμική Γνώση	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	Σ(%) (N)	Δ(%) (N)	
Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα όλων των πελατών, διευκολύνει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών	89,2 (58)	10,8 (7)	98,5 (64)	1,5 (1)	0,070
Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη	86,2 (56)	13,8 (9)	87,7 (57)	12,3 (8)	1,000

Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων	95,4 (62)	4,6 (3)	100 (65)	- -	-
Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη	86,2 (56)	13,8 (9)	95,4 (62)	4,6 (3)	0,109
Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας	66,2 (43)	33,8 (22)	49,2 (32)	59,8 (33)	0,027
Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία τους	93,8 (61)	6,2 (4)	96,9 (63)	3,1 (2)	0,625
Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον HIV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες	35,4 (23)	64,6 (42)	24,6 (16)	75,4 (49)	0,143
Τα ποσοστά της Φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό	87,7 (57)	12,3 (8)	84,6 (55)	15,4 (10)	0,774
Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των πελατών άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας	90,8 (59)	9,8 (6)	100 (65)	- -	-
Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό	84,6 (55)	15,4 (10)	89,2 (58)	10,8 (7)	0,607

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Σύγκριση ομάδας Ελέγχου για την Γ παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ Μέτρηση		Μετά Μέτρηση		
Παράμετρος Γ:	Σ(%)Δ(%)		Σ(%)Δ(%)		P- values
Πολιτισμική Ευαισθησία	(N)	(N)	(N)	(N)	
Είναι σχεδόν αδύνατο να επικοινωνήσεις με έναν πελάτη του οποίου η πρώτη του γλώσσα δεν είναι τα Ελληνικά	30,8 (20)	69,2 (45)	21,5 (14)	78,5 (51)	0,210
Το να χαιρετάς τα μέλη της οικογένειας πριν από το πελάτη, μπορεί να είναι απαραίτητο σε μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα	72,3	27,7	64,6	35,4	0,359

	(47)	(18)	(42)	(23)	
Οι πελάτες που αποφεύγουν την οπτική επαφή είναι πάντα καχύποπτοι ή εσωστρεφής	23,1 (15)	76,9 (50)	21,5 (14)	78,5 (51)	1,000
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευθούν στην χρήση των διερμηνέων και των συνηγόρων	69,2 (45)	38,9 (20)	72,1 (47)	27,9 (18)	0,16
Οι διερμηνείς και οι συνήγοροι πρέπει να εκπαιδευθούν προκειμένου να αντιπροσωπεύσουν αποτελεσματικά τα συμφέροντα του πελάτη	66,2 (43)	33,8 (22)	69,2 (45)	38,9 (20)	0,745
Οι άνθρωποι από μερικές εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, μπορεί να είναι πιο απαιτητικοί στον τρόπο που τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας	93,8 (61)	6,2 (4)	81,5 (53)	18,5 (12)	0,077
Είναι σημαντικό να συζητούμε την επίδραση της εθνικότητας στη θεραπευτική σχέση, όταν ο πελάτης και ο επαγγελματίας υγείας είναι διαφορετικής κουλτούρας	87,7 (57)	12,3 (8)	92,3 (60)	7,7 (5)	0,508
Η θρησκεία μπορεί να είναι μία πηγή ανακούφισης και ενθάρρυνσης για μερικούς πελάτες	95,4 (62)	4,6 (3)	98,5 (64)	1,5 (1)	0,500
Οι άνθρωποι από εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα, έχουν λιγότερο όφελος από τις ψυχολογικές θεραπείες	16,9 (11)	83,1 (54)	20 (13)	80 (52)	0,727
Το στίγμα των ανύπανδρων εγκύων εφήβων είναι μεγαλύτερο στις εθνικές ομάδες που αποτελούν μειονότητα απ'ότι στην κοινότητα των ντόπιων	61,5 (40)	38,5 (25)	47,7 (31)	52,3 (34)	0,078

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Σύγκριση ομάδας Ελέγχου για την Δ παράμετρο του εργαλείου (όπου Σ = Συμφωνώ και Δ = Διαφωνώ, και όπου N = αριθμός δείγματος).

	Προ		Μετά		
	Μέτρηση		Μέτρηση		
Παράμετρος Δ:	Σ(%)Δ(%)		Σ(%)Δ(%)		P-values
Πολιτισμική Πρακτική	(N)	(N)	(N)	(N)	
Οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς	90,8 (59)	9,2 (6)	98,5 (64)	1,5 (1)	0,125
Ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απεισκευσία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας	93,8	6,2	95,4	4,6	

	(61)	(4)	(62)	(3)	1,000
Η αναγνώριση του ρατσισμού, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας	92,3 (60)	7,7 (5)	98,5 (64)	1,5 (1)	0,219
Η συμμετοχή χρηστών στην φροντίδα τους πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας	96,9 (63)	3,1 (2)	98,5 (64)	1,5 (1)	1,000
Οι επαγγελματίες υγείας και οι πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας	92,3 (60)	7,7 (5)	100 (65)	- (-)	-
Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων	96,9 (63)	3,1 (2)	100 (65)	- (-)	-
Η εμπειρία των εθελοντικών οργανώσεων για προστασία μειονοτήτων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής	95,4 (62)	4,6 (3)	98,5 (64)	1,5 (1)	0,500
Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα	80 52	20 13	80 52	20 13	1,000
Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες τους και να μην γίνεται χωριστά	90,8 (59)	9,2 (6)	93,8 (61)	6,2 (4)	0,688
Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδραση τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα	96,9 (63)	3,1 (2)	96,9 (63)	3,1 (2)	1,000

Πίνακας 38. Διαφορά ως προς το αν πιστεύουν πως χρειάζεται αξιολόγηση της πολιτισμική τους επάρκειας (Η ανάλυση που έγινε είναι McNemar-Bowker).

Πιστεύετε πως χρειάζεται αξιολόγηση της πολιτισμική σας επάρκειας;								
	Α ΦΑΣΗ				Β ΦΑΣΗ			
	N	%	N	%	N	%	N	%

	ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ	
Παρέμβασης	63	69,2	29	30,8	75	81,5	17	18,5
p-value	0,031							
Ελέγχου	47	72,3	18	27,7	50	76,9	15	13,1
p-value	0,17							

Στο πίνακα αυτό φαίνεται ότι υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά και στην ομάδα παρέμβασης σχετικά με την άποψή τους ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειάς τους. Αυτό δείχνει ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές που παρακολούθησαν το εργαστήριο άλλαξαν την άποψη τους σχετικά με την μεταβλητή αυτή, ενώ η ομάδα ελέγχου παρέμεινε στα ίδια επίπεδα χωρίς τροποποίηση. Το εργαστήριο φαίνεται να επίδρασε θετικά προς τους κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες που το παρακολούθησαν, ώστε να αντιληφθούν την σημασία αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας τους, με στόχο να βελτιωθεί η ήδη παρεχόμενη φροντίδα υγείας προς τους πελάτες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Πίνακας 39. Συσχέτιση ως προς το αν νομίζουν ότι στην Κύπρο έχουμε τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας, σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Η ανάλυση που έγινε είναι McNemar-Bowker).

Νομίζω στην Κύπρο υπάρχει η ίδια πολιτισμική επάρκεια με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες									
	ΠΡΟ				ΜΕΤΑ				
	N	%	N	%	N	%	N	%	

	ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ	
Παρέμβασης	35	38,1	57	61,9	8	8,7	84	91,3
p-value	<0,001							
Ελέγχου	22	33,8	43	66,2	18	27,6	47	72,4
p-value	0,52							

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές που παρακολούθησαν το εργαστήριο, παρουσίασαν σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς την δήλωση τους ότι στην Κύπρο έχουμε τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας, σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Αντίθετα η ομάδα ελέγχου δεν παρουσίασε σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς την μεταβλητή αυτή. Ως εκ τούτου οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριές που παρακολούθησαν το εργαστήριο, αντιλήφθηκαν με βάση τις απαντήσεις τους ότι στην Κύπρο δεν υπάρχουν τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, θεωρώντας ότι οι άλλες χώρες έχουν καλύτερα επίπεδα από την Κύπρο.

Ο πιο κάτω πίνακας θα μας δείξει τις απόψεις και δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών, ως προς την συμμετοχή τους στο εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση στην έρευνα.

Πίνακας 40. Απαντήσεις σχετικά με το πόσο βοηθήθηκαν οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριές από την συμμετοχή τους στο εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση

Πόσο σας βοήθησε για την Πολιτισμική σας Επάρκεια η συμμετοχή σας στο εργαστήρι;

Πάρα Πολύ		Πολύ		Λίγο		Καθόλου	
N	%	N	%	N	%	N	%
21	22,8	50	54,3	19	20,7	2	2,2

Στον πιο πάνω πίνακα φαίνεται ότι το 77,1% ανέφερε ότι βοηθήθηκε πολύ από το εργαστήριο. Αν θεωρήσουμε από τις δηλώσεις τους αν το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση τους βοήθησε σε κάποιο βαθμό, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 97,8%.

Αυτό είναι πολύ υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων από τους κοινοτικούς/ές νοσηλευτές/τριες ως προς την αξιολόγησή τους για το εργαστήριο. Άλλωστε τα ποσοστά αυτά επιβαιβεώνουν τα αποτελέσματα που έδειξε ότι το εργαστήριο βοήθησε τους κοινοτικούς/ές νοσηλευτές/τριες, ως προς την βελτίωση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας τους.

Με βάση τα αποτελέσματα από αυτό το πίνακα τονίζεται και φαίνεται η ανάγκη των κοινοτικών νοσηλευτών να έχουν επαφή και περαιτέρω εκπαίδευση με θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Όπως δήλωσαν και στο εργαστήριο δεν είχαν ξανά επαφή με παρόμοια θεματολογία και το γεγονός ότι τόσο μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι βοηθήθηκε από το εργαστήριο, μας δίνει το μήνυμα ότι η εκπαίδευση των κοινοτικών νοσηλευτών σε διαπολιτισμικά θέματα φροντίδας υγείας πρέπει να έχει συνέχεια.

Πίνακας 41-42: Πόσο συχνά έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας ανά επαρχία, και επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας ανά επαρχία.

	ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΑΛΛΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ		
ΕΠΑΡΧΙΕΣ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ

	N %	N %	N %
	ΕΠΙΕΚΕΠΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	5 3,2	1 0,6	0 0
ΛΑΡΝΑΚΑ	13 8,3	1 0,6	0 0
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	21 13,4	4 2,5	1 0,6
ΛΕΜΕΣΟΣ	11 7	2 1,3	0 0
ΠΑΦΟΣ	10 6,4	4 2,5	3 1,9
ΟΛΙΚΟ (Ε.Υ/Σ.Ν.)	60 79	12 15,7	4 5,3
	ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	1 0,6	2 1,3	0 0
ΛΑΡΝΑΚΑ	0 0	5 3,2	0 0
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	3 1,9	15 9,6	6 3,8
ΛΕΜΕΣΟΣ	3 1,9	4 2,5	0 0
ΠΑΦΟΣ	3 1,9	3 1,9	1 0,6
ΟΛΙΚΟ (Ψ.Υ.)	10 21,8	29 63	7 15,2
	ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ		
	8 5,1	8 5,1	2 1,3
ΟΛΙΚΟ (ΚΑ.Ν.)	8 44,5	8 44,5	2 11
	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ		
	7 4,5	6 3,8	0 0
ΟΛΙΚΟ (ΑΝΤΙΚ.)	7 53,9	6 46,1	0 0
	ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ		
	2 1,3	2 1,3	0 0
ΟΛΙΚΟ (Π.Σ.ΚΑ.)	2 50	2 50	0 0

ΟΛΙΚΟ ΔΟΜΩΝ	87 55,5	57 36,3	13 8,2
--------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------

	ΕΠΕΚΕΠΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ			
ΕΠΑΡΧΙΕΣ	ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΕΠΑΓΓΡΥΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ		ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	
	Α΄ ΦΑΣΗ	Β΄ ΦΑΣΗ	Α΄ ΦΑΣΗ	Β΄ ΦΑΣΗ
	N	%	N	%
	N	%	N	%
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	5		5	
	3,2		3,2	
ΛΑΡΝΑΚΑ	13		9	
	8,3		5,7	
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	19		16	
	12,1		10,2	
ΛΕΜΕΣΟΣ	12		10	
	7,6		6,4	
ΠΑΦΟΣ	15		13	
	9,5		8,3	
ΕΠΑΡΧΙΕΣ	ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ			
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	3		2	
	1,9		1,3	
ΛΑΡΝΑΚΑ	3		2	
	1,9		1,3	
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	18		14	
	11,5		8,9	
ΛΕΜΕΣΟΣ	5		4	
	3,2		2,5	
ΠΑΦΟΣ	3		2	
	1,9		1,3	
	ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ			
ΟΛΕΣ	13		9	
	8,3		5,7	
	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ			
ΟΛΕΣ	11		8	
	7		5,1	
	ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ			
ΟΛΕΣ	2		2	
	1,3		1,3	
ΟΛΙΚΟ	122		96	
	77,7		61,1	
			35	
			22,3	
			61	
			38,9	

Πίνακας 43. Πιθανότητα βελτίωσης επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας, με την συμμετοχή στο εργαστήριο ενός επαγγελματία υγείας (Η ανάλυση που έγινε είναι κριτήριο χ^2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ Π.Ε.			
	ΝΑΙ		όχι	
	N	%	N	%
ΝΑΙ	22	84,6	70	53,4
ΟΧΙ	4	15,4	61	46,6
p-value	0,03			
Odds ratio	4,793			

Εδώ φαίνεται ότι ο κάθε συμμετέχοντας στο εργαστήριο έχει πιθανότητα να βελτιώσει το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας του κατά 4,793 φορές, από αυτό που δεν θα συμμετέχει στο εργαστήριο.

Πίνακας 44. Λογιστική παλινδρόμηση

Παράμετροι Λογιστική παλινδρόμηση						
ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	B	p- value	OR	95% διάστημα εμπιστοσύνης για OR		
				Κατώτατο όριο	Ανώτατο όριο	
OXI	Σταθερός όρος	16.743	.000			
	Ηλικία	.015	.596	1.015	.961	1.072
	Εκπαίδευση σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα	.839	.243	2.314	.567	9.447
	Χρειάζεται αξιολόγηση Π.Ε.	.753	.217	2.123	.643	7.007
	Άντρας	-.140	.857	.869	.189	4.001
	Γυναίκα	0	.	.	.	.
	Επισκέπτες υγείας/Σχολικοί νοσηλευτές	-.301	.807	.740	.066	8.290
	Κατ' οίκον Νοσηλεια	-1.131	.390	.323	.025	4.254
	Ψυχικής Υγείας	-.958	.470	.384	.029	5.155
	Αγροτικά Κέντρα	0	.	.	.	.
	Δίπλωμα	.063	1.000	1.065	.000	.

Πτυχίο	- 16.276	.	8.541E- 008	8.541E-008	8.541E-008
Μεταπτυχιακό	0	.	.	.	.
Συμμετοχή στο Εργαστήριο	1.704	.005	5.498 Odds	1.694	17.841
Όχι συμμετοχή στο Εργαστήριο	0	.	.	.	.
a. Κατηγορία αναφοράς: ΝΑΙ.					

Σύμφωνα με την λογιστική παλινδρόμηση που παρουσιάζεται στον πιο πάνω πίνακα στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η αλλαγή του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας (από πολιτισμικά επάγρυπνη πρακτική σε πολιτισμικά ασφαλής πρακτική), και ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η ηλικία, η εκπαίδευση σε διαπολιτισμική φροντίδα, το φύλο, η εξειδίκευση και τμήμα εργασίας, καθώς και η συμμετοχή ή όχι στο εργαστήριο (παρέμβαση), εξετάστηκαν όλες οι μεταβλητές και φάνηκε πως μόνο το εργαστήριο συνέβαλε στην βελτίωση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών.

Ο πιο πάνω πίνακας δείχνει αναλυτικά την εξέταση αυτή όπου η συμμετοχή στο εργαστήριο αυξάνει 5,49 φορές την πιθανότητα να βελτιωθεί το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας του επαγγελματία υγείας.

Η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης επιβεβαιώνει όλες τις προηγούμενες αναλύσεις που έδειξαν την θετική επίδραση του εργαστηρίου ως προς την βελτίωση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας ενός επαγγελματία υγείας.

Καμιά άλλη μεταβλητή όπως έδειξαν οι στατιστικές αναλύσεις δεν βοήθησαν τους κοινοτικούς νοσηλευτές να βελτιώσουν το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας τους. Το γεγονός ότι μόνο η συμμετοχή τους στο εργαστήριο συνέβαλε στην βελτίωση του επιπέδου τους, δίνει μια δυναμική στο χώρο της υγείας σχετικά με την διαπολιτισμική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, ως προς την παροχή ποιοτικότερης, ολιστικής και επαρκούς διαπολιτισμικά νοσηλευτικής φροντίδας.

12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση ενός σημαντικού θέματος που αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους κοινοτικούς νοσηλευτές της Κύπρου. Συγκεκριμένα αξιολογεί το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών. Η συγκεκριμένη έρευνα αξιολογεί τα επίπεδα επαγγελματιών υγείας από έξι δομές της κοινοτικής νοσηλευτικής όπου καλύπτουν Παγκύπρια με τις υπηρεσίες που παρέχουν. Με τον τρόπο αυτό η παρούσα έρευνα συμβάλλει στη διερεύνηση ενός θέματος που δεν είχε προηγουμένως μελετηθεί στην Κύπρο ανάμεσα σε οποιαδήποτε ομάδα επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Μέσα από τα αποτελέσματα εξηγούνται και παρουσιάζονται τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των Κυπρίων κοινοτικών νοσηλευτών/τριών, καθώς και τις απόψεις που έχουν σχετικά με διαπολιτισμικά θέματα και τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Η πολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας ως ένα θέμα που απασχολεί τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας των περισσότερων χωρών έχει ως στόχο και σκοπό να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν όσο το δυνατό πιο επαρκή και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα υγείας προς τους ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό (Papadopoulos, 2003; Omeri, 2006; Matteliano, 2011).

Τα κύρια αποτελέσματα από την έρευνα αυτή ήταν:

α) Τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών της Κύπρου βρίσκονται στα αρχικά στάδια (πολιτισμικά επάγρυπνη φροντίδα υγείας).

β) Κανένας κοινοτικός νοσηλευτής δεν είχε το ανώτατο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας (πολιτισμικά επαρκής πρακτική).

γ) Οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού μπορεί να προκαλέσουν μεγάλο πρόβλημα στους πελάτες άλλης εθνικότητας, όσο και οι προφανείς μορφές ρατσισμού.

δ) Οι επαγγελματίες υγείας διακατέχονται από στερεότυπα και προκαταλήψεις απέναντι στους ασθενείς με άλλη κουλτούρα.

ε) Μόνο το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση συνέβαλε ώστε να βελτιωθούν τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειάς των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών.

Οι περισσότεροι ερευνητές και τα περισσότερα θεωρητικά και πρακτικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί έχουν ως στόχο την κατάλληλη προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα, με αποτέλεσμα την επίτευξη των άμεσων θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων προς τους ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Leininger, 1991; Papadopoulos 1998, Campinha-Bacote, 1999; Papadopoulos, 2002).

Τα συστήματα υγείας πολλών οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών υποκινούνται από τη διεκδικητικότητα των πολιτών τους, έχουν διαμορφώσει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας να είναι ατομοκεντρική, δίκαιη και εκσυγχρονισμένη (Mc Allister, 2008).

Η μείωση των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας σε σχέση με άτομα με διαφορετική πολιτισμική προέλευση απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Βασικό ρόλο έχει το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται στις πρώτες γραμμές παροχής φροντίδας υγείας (Horner et al, 2004; Chrisman, 2007). Πολύτιμο εργαλείο του στην παροχή ολοκληρωμένης διαπολιτισμικής φροντίδας αποτελεί η διαδικασία της πολιτισμικής καταλληλότητας, η αποτελεσματικότητα της οποίας προσδιορίζεται από την ικανότητα των νοσηλευτών, να την προσαρμόζουν σωστά στις εκάστοτε συνθήκες (Horner et al, 2004).

Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις δεν είναι ικανές από μόνες τους να μειώσουν ή να εξαφανίσουν τις διακρίσεις που γίνονται στο χώρο της υγείας. Πολιτικές υγείας που σκοπό έχουν να απαλύνουν τις διαφορές ανάμεσα στους μειονοτικούς πληθυσμούς πρέπει να εφαρμόζονται σε όλα τα επίπεδα. Η εκμάθηση των βασικών αρχών διαπολιτισμικής φροντίδας τόσο προπτυχιακά όσο και μεταπτυχιακά και με τη διά βίου εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων και επιμορφώσεων είναι απαραίτητη (Giger et al, 2007).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι περισσότερες μελέτες αφορούσαν φοιτητές νοσηλευτικής, γιατί ακριβώς εκεί επικεντρώνεται και η προσπάθεια για την σωστή προετοιμασία πολιτισμικά επαρκείς επαγγελματιών υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία απουσιάζουν έρευνες που να διερευνούν μόνο κοινοτικούς νοσηλευτές. Επίσης στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές σε εργαλεία τα οποία σταθμίστηκαν σχετικά με την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας, και δεν ερευνήθηκαν όλα πιλοτικά πριν να εξαγάγουν τελικά αποτελέσματα. Επίσης τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με βάση διεθνείς έρευνες σε φοιτητές τέταρτου έτους είναι υψηλότερα σε σχέση με τους φοιτητές πρώτου έτους (Krainovich-Miller et al, 2008; Koskinen et al, 2009; Sumpter and Carthon, 2011; Davenport et al, 2011; Chen et al, 2012). Οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποίησαν δείγμα ευκολίας ή/και μικρό δείγμα, έτσι τα αποτελέσματά τους για την εξαγωγή συμπερασμάτων, πρέπει να αναλυθούν με προσοχή. Είναι γεγονός ότι διεθνώς η έρευνα στο χώρο της νοσηλευτικής σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα και την πολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας είναι αυξημένη. Γίνεται προσπάθεια από του εκπαιδευτές και τις διευθύνσεις των υπηρεσιών υγείας ώστε οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν όσο το περισσότερο επαρκή νοσηλευτική φροντίδα. Στην παρούσα έρευνα δεν αξιολογούνται οι φοιτητές αλλά κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες που εργάζονται ήδη στο χώρο της υγείας και παρέχουν φροντίδα υγείας.

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τα επίπεδα της πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών από όλες τις υπηρεσίες που εργάζονται στην Κύπρο του τομέα κοινοτικής νοσηλευτικής. Από την έρευνα προέκυψαν σημαντικά στοιχεία σε σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα.

Στην συγκεκριμένη έρευνα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας των κοινοτικών νοσηλευτών έχουν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τους κοινοτικούς νοσηλευτές της κατ'οίκον φροντίδας και του τμήματος επισκεπτών/τριών υγείας και σχολικής νοσηλευτικής. Οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικά δεν αναφέρεται καμία παρόμοια σύγκριση. Όλες σχεδόν οι έρευνες μελετούσαν μια συγκεκριμένη ειδικότητα. Ένας λόγος που πιθανώς να ερμηνεύει αυτό το εύρημα, είναι ο μεγάλος αριθμός επαγγελματιών υγείας των ειδικοτήτων που διερευνούμε που υπάρχει στις άλλες χώρες σε σχέση με την Κύπρο. Αυτό το αποτέλεσμα θα

πρέπει να προβληματίσει την διεύθυνση νοσηλευτικών υπηρεσιών, καθώς και τους προϊστάμενους των τμημάτων για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υγείας.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές που δήλωσαν ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής τους επάρκειας, παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας από τους άλλους που δήλωσαν ότι δεν χρειάζεται. Κανένας από τους κοινοτικούς νοσηλευτές δεν είχε ασχοληθεί ξανά με τη διαπολιτισμική φροντίδα και εκπαίδευση, και δεν είχε συμμετάσχει σε εργαστήριο σχετικό με την πολιτισμική επάρκεια και διαπολιτισμική φροντίδα υγείας. Στις άλλες έρευνες όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα είχε επαφή με διαπολιτισμική εκπαίδευση. Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι όσοι τελικά συμμετείχαν στο εργαστήριο βελτίωσαν τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας καθώς και τις γνώσεις τους, κάτι που επιβεβαιώνει τη σημασία της εκπαίδευσης στο τομέα αυτό.

Η Brathwaite (2005) αξιολόγησε το επίπεδο των νοσηλευτών σε τέσσερα διαφορετικά χρονικά σημεία μετά από συμμετοχή των νοσηλευτών σε σεμινάρια σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα. Παρατηρήθηκε μια μικρή βελτίωση του επιπέδου των νοσηλευτών μετά από την παρακολούθηση κάθε σεμιναρίου, και σε χρονική διάρκεια 3 μηνών όπου συμμετείχαν στα σεμινάρια είχαν θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας τους. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και στη παρούσα έρευνα όπου με την συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών σε ένα μόνο εργαστήριο παρατηρήθηκε ποσοστιαία βελτίωση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι ο επαγγελματίας υγείας που συμμετέχει στο εργαστήριο, έχει 5,49 φορές πιθανότητα να βελτιώσει τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειάς του σε σχέση με αυτόν που δεν συμμετέχει.

Επίσης τα ποιοτικά αποτελέσματα της έρευνας της Brathwaite (2005) έδειξαν βελτίωση της αυτοπεποίθησης των νοσηλευτών σχετικά με την επαφή τους με πελάτες με διαφορετική κουλτούρα, κάτι που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα όπου στα ποιοτικά δεδομένα του εργαστηρίου οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν την ανάγκη τους για περισσότερη επαφή και ενημέρωση πελατών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Επιπλέον, τα ποιοτικά ευρήματα της έρευνας της Brathwaite (2005) έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν αλλάξει τις συμπεριφορές και τις πρακτικές τους προς πελάτες άλλης κουλτούρας, κάτι το οποίο δεν

μπορούμε να παρατηρήσουμε στην δική μας έρευνα γιατί δεν παρακολούθησαν ξανά εργαστήριο για να αποτυπώσουμε τις εμπειρίες και να μας περιγράψουν τις πρακτικές τους. Επίσης αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ότι διάφορες εκπαιδεύσεις σχετικές με την πολιτισμική επάρκεια και την διαπολιτισμική φροντίδα, θα ήταν πολύ χρήσιμα και βοηθητικά για αυτούς, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, όπου κάτι ανάλογο δήλωσαν οι κοινοτικοί νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τους Khana et al (2009) όπου εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των νοσηλευτών για να βελτιώσουν την πρακτική τους, τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα. Η αξιολόγηση των νοσηλευτών μετά την εκπαίδευσή τους έδειξε βελτίωση της ευαισθητοποίησης των νοσηλευτών όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας προς πελάτες άλλης κουλτούρας. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης αφορούσε ένα τετράωρο εργαστήριο εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Δεν αξιολογούσαν το επίπεδο αλλά τις γνώσεις και τις δεξιότητες των συμμετεχόντων. Στην έρευνα τους το δείγμα αποτέλεσαν 60 νοσηλευτές και μόνο 48 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο πριν από την συμμετοχή τους στο εργαστήριο τους. Στην δική μας έρευνα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 170 κοινοτικοί νοσηλευτές πριν από την παρέμβαση και 158 μετά την παρέμβαση. Τα ευρήματα της έρευνας των Khana et al (2009) συμπίπτουν μόνο με τα ποιοτικά δεδομένα της παρούσας έρευνας όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές στο εργαστήριο ανέφεραν την σημαντικότητα που είχε το εργαστήριο όσον αφορά τις γνώσεις τους με την διαπολιτισμική φροντίδα, όπου το εργαστήριο τους βοήθησε να κατανοήσουν την σημαντικότητα να γνωρίζουν βασικά στοιχεία της κουλτούρας των πελατών τους.

Στην έρευνα των Khana et al (2009) σχετικά με την διερεύνηση της πολιτισμικής επάρκειας, απουσιάζει ένα θεωρητικό ερευνητικό υπόβαθρο, κάτι που υπάρχει στην συγκεκριμένη έρευνα.

Στην έρευνα των Chen et al, (2012) η ομάδα παρέμβασής τους παρακολούθησε δεκάωρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και το δείγμα τους ήταν ευκολίας. Το δείγμα της έρευνας τους

αποτελούσαν 26 φοιτητές που χωρίστηκαν σε δύο ισοδύναμες ομάδες των 13 ατόμων, όπου η μια ομάδα (ελέγχου) συμμετείχε στο εργαστήριο, και η άλλη ομάδα (συγκριτική), δεν συμμετείχε στο εργαστήριο.

Σε αυτή την έρευνα το 77% του δείγματος αποτελείτο από γυναίκες, με ανάλογο ποσοστό και στην παρούσα έρευνα, με τις γυναίκες κοινοτικές νοσηλεύτριες να έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στο δείγμα (89,2%). Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν παρατηρήθηκαν μεγάλες διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου σχετικά με τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των συμμετεχόντων. Επίσης οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν ένα εργαστήριο 6 ωρών. Επιπρόσθετα η ομάδα παρέμβασης είχε βελτίωση σε όλους τους παράγοντες της πολιτισμικής επάρκειας μετά την εκπαίδευσή τους, και παρουσίασαν ψηλότερα επίπεδα πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας υγείας, σε σχέση με την συγκριτική ομάδα που δεν παρακολούθησε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, καθώς και βελτίωση της πολιτισμικής γνώσης των συμμετεχόντων στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Ανάλογα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην έρευνά μας όπου η ομάδα παρέμβασης είχε υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικά ασφαλής φροντίδας σε σχέση με την ομάδα που δεν συμμετείχε στο εργαστήριο.

Στην έρευνα της Jackson (2007) όπου μελετούσε μόνο επισκέπτες υγείας και το δείγμα της αποτελείτο από 72 επισκέπτες/τριες υγείας, είχε ένα αποτέλεσμα όπου και στην παρούσα έρευνα έδειξε υψηλό ποσοστό, που αφορούσε την δυσκολία που δήλωσαν ότι συναντούν οι επαγγελματίες υγείας όταν προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με διαφορετική εθνικότητα και κουλτούρα, για να τους παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τα ποιοτικά δεδομένα της έρευνας μας οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι διακατέχονται από προκατάληψη και στερεότυπα, όταν έρχονται σε επαφή με πελάτες διαφορετικής κουλτούρας. Στην έρευνα της Jackson (2007) το δείγμα προερχόταν από διάφορες εθνικότητες και θρησκείες, κάτι που δεν υπάρχει στην συγκεκριμένη μελέτη όπου το δείγμα αποτελούσαν κατά συντριπτική πλειοψηφία Έλληνο Κύπριοι (94,7%) και χριστιανοί ορθόδοξοι (97,1%). Επίσης στην έρευνα αυτή το 75% από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι περνούν το 76% του εργάσιμου χρόνου τους με άτομα όπου η εθνικότητα τους αποτελεί μειοψηφία στην χώρα τους όπου τους παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Στην συγκεκριμένη έρευνα οι κοινοτικοί νοσηλευτές που

ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι όλοι έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας και τους παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα από τον Μανομενίδη (2009), έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου που διερευνούσαν δήλωσε ότι είναι αρκετά εξοικειωμένο με τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής και εθνικής προέλευσης. Περίπου ο ένας στους δύο δήλωσε ότι γνωρίζει αρκετά καλά τα κοινωνικοπολιτισμικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Στην παρούσα έρευνα και κυρίως με βάση τα ανοικτά σχόλια στο εργαστήριο δεν υπάρχει κάτι ανάλογο, γιατί οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν καλά την κουλτούρα των πελατών τους (mean=7,11). Στην έρευνα του Μανομενίδη (2009) ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος ανέφεραν ότι δεν έχουν αντιληφθεί να υπάρχουν διακρίσεις σε βάρος των ασθενών εξαιτίας της διαφορετικής εθνικότητάς τους, ενώ έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών εξαιτίας της ενδοπολιτισμικής τους διαφορετικότητας. Στην δική μας έρευνα οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν βλέπουν να υπάρχει ρατσιστική συμπεριφορά προς πελάτες άλλης εθνικότητας, αλλά αντίθετα εξέφρασαν την άποψη («παράπονο») ότι μερικοί ασθενείς κάποιων εθνικών μειονοτήτων έχουν προτεραιότητα έναντι του γηγενή πληθυσμού.

Μεγαλύτερη εξοικείωση με ασθενείς άλλης εθνικότητας βρέθηκε ότι είχαν οι νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου, προφανώς λόγω της καλύτερης κατάρτισης στη διαπολιτισμική φροντίδα που έλαβαν στη βασική τους νοσηλευτική εκπαίδευση και λιγότερο οι βοηθοί νοσηλευτών διετούς εκπαίδευσης, πιθανόν λόγω έλλειψης του αντίστοιχου μαθήματος στο δικό τους πρόγραμμα εκπαίδευσης. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν υπάρχει κάτι ανάλογο εύρημα γιατί σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές είχαν το ίδιο επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης στην έρευνα του Μανομενίδη (2009) ιδιαίτερα εντυπωσιακό ήταν το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος δήλωσαν αρκετά ικανά και σε θέση να φροντίσουν αποτελεσματικά ασθενείς που δε μιλούσαν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα (67,8%). Κάτι ανάλογο βρέθηκε και στην δική μας έρευνα όπου το 80,4% δήλωσε ότι μπορεί να επικοινωνήσει με πελάτες που δεν μπορούν να μιλούν Ελληνικά.

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα του Μανομενίδη (2009), ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης, τόνισαν τη σημασία και την αναγκαιότητα επιπλέον εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα. Ανάλογο εύρημα υπάρχει και στην δική μας έρευνα όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές τόνισαν την ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.

Τέλος όσον αφορά μια έρευνα που χρησιμοποίησε το ίδιο εργαλείο με αυτό της παρούσας έρευνας των Papadopoulos et al (2007), μετά από το εργαστήριο που συμμετείχαν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, η έρευνα έδειξε επίπεδα πολιτισμικά επάγρυπνης φροντίδας και πολιτισμικά ασφαλής φροντίδας, όπως και στην παρούσα έρευνα. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν μόνο από το χώρο της ψυχικής υγείας και αυτό αποτελούσε ίσως μια αδυναμία της έρευνας γιατί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρακολούθησαν, δεν ήταν σε θέση οι συμμετέχοντες να κατανοήσουν τις ανάγκες άλλων ασθενών. Επίσης το δείγμα της έρευνας τους ήταν μόνο 35 νοσηλευτές ενώ στη δική μας έρευνα το δείγμα μας αποτελούσαν 158 κοινοτικοί νοσηλευτές. Στον έλεγχο αξιοπιστίας που έκαναν χρειάστηκε να αλλάξουν 4 ερωτήσεις σε 2 παραμέτρους ώστε να βελτιωθούν τα αποτελέσματά τους ενώ στα αποτελέσματα αυτής της έρευνας χρειάστηκε να αλλάξουμε μόνο μία ερώτηση σε μία παράμετρο.

Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν ελλειμματική γνώση όσον αφορά την κουλτούρα και τις ανάγκες διάφορων εθνικών ομάδων. Κάτι ανάλογο παρατηρήθηκε και στην παρούσα έρευνα όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές που συμμετείχαν στο εργαστήριο δήλωσαν την αδυναμία τους να γνωρίζουν στοιχεία της κουλτούρας των διάφορων εθνικών ομάδων όπου ερωτήθηκαν. Ανάλογα και στις δύο έρευνες, των Papadopoulos et al (2007) και στην παρούσα έρευνα, τα ποιοτικά αποτελέσματα παρουσίασαν κοινά χαρακτηριστικά, όπου στην άσκηση για τα στερεότυπα υπήρξαν αντικρουόμενες απόψεις μεταξύ των συμμετεχόντων, και μερικές φορές ήταν δύσκολο να χειριστεί η προκατάληψη και τα στερεότυπα, αλλά και στοιχεία ρατσισμού που προέκυπταν κατά τις συζητήσεις.

Στην έρευνα των Papadopoulos et al (2007) στην επαναξιολόγηση των νοσηλευτών που συμμετείχαν στο εργαστήριο υπήρχαν επαγγελματίες υγείας των οποίων υποβαθμίστηκε το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειάς τους. Στην δική μας έρευνα δεν παρατηρήθηκε κάτι

ανάλογο, αλλά στα αποτελέσματα είχαμε μόνο βελτίωση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας κάποιων νοσηλευτών και οι υπόλοιποι παρέμειναν στα ίδια επίπεδα.

Αναμενόταν το εργαστήριο να επηρεάσει τις απόψεις των κοινοτικών νοσηλευτών σχετικά με την πολιτισμικά ευαίσθητη πρακτική. Αναμενόταν να βελτιωθούν οι στάσεις, συμπεριφορές και απόψεις που τους διακατείχαν μέχρι τώρα. Αυτός άλλωστε ήταν και ένας από τους στόχους που έγινε και το εργαστήριο. Να ευαισθητοποιηθούν περισσότερο σε διαπολιτισμικά θέματα οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες και να παρέχουν επαρκή διαπολιτισμική φροντίδα υγείας προς τους ασθενείς τους. Το γεγονός ότι ένα δώρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα βοήθησε να βελτιώσει τα επίπεδα της πολιτισμικής επάρκειας των συμμετεχόντων (σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό), δίνει μηνύματα προς την διεύθυνση και τις εκπαιδευτικές υπηρεσίες του υπουργείου υγείας, ότι με τα κατάλληλα προγράμματα και τις ανάλογες εκπαιδεύσεις προς το υφιστάμενο προσωπικό, μπορεί να αποφέρει θετικά αποτελέσματα ως προς την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Από τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών (Papadopoulos et al, 2007; Jackson, 2007 ; Μανομενίδη, 2009 ; Khana et al, 2009 ; Chen et al, 2012) φάνηκε καθαρά ότι γίνονται αναφορές για διακρίσεις στο χώρο της υγείας εντούτοις δε φαίνεται να γίνονται προσπάθειες από μέρους της πολιτείας προς την κατεύθυνση αντιμετώπισής τους. Κάτι ανάλογο έδειξε και η δική μας έρευνα, όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ισότιμη κατανομή στις υπηρεσίες υγείας προς όλες τις εθνικές ομάδες, και αυτό πολύ πιθανό να προκαλέσει προβλήματα στο χώρο υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Στην έρευνα του Μανομενίδη (2009) για τα ελληνικά δεδομένα η όποια ενημέρωση και εκπαίδευση των νοσηλευτών έγκειται στη δική τους προσπάθεια για μάθηση. Εντούτοις το επίπεδο γνώσης πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας των νοσηλευτών φάνηκε ικανοποιητικό.

Στην έρευνα μας σχετικά με την παράμετρο που αφορά την πολιτισμική επαγρύπνηση, ποσοστό 94,3% δήλωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν καλά τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις, για να μην τις επιβάλουν προς τους πελάτες τους. Αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο ότι οι επαγγελματίες υγείας υποδεικνύουν ότι πρέπει να γνωρίζουν καλά την κουλτούρα και την εθνοιστορία τους. Επίσης στην παράμετρο αυτή διαφάνηκε η αξία και

η δυναμική της επιρροής της πολιτισμικής ανατροφής του κάθε ανθρώπου, ως προς τον πρόπο που αντιμετωπίζουμε ως επαγγελματίες υγείας τους πελάτες μας. Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη επίσης δηλώθηκαν ως σημαντικά στοιχεία στην διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου. Μόνο σε μία δήλωση βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά εκεί που αναφερόταν ότι «το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική τάξη είναι εξίσου σημαντικά όσο και η εθνικότητα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου». Αποτέλεσμα που δηλώνει ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές κατανοούν ότι κάθε άνθρωπος επηρεάζεται η συμπεριφορά του και η ταυτότητα του από διάφορους παράγοντες. Τέλος τονίστηκε ότι οι άνθρωποι ανάλογα με την κατάσταση στην οποία θα βρεθούν, υιοθετούν απόψεις και συμπεριφορές ανάλογα με την κουλτούρα τους.

Σχετικά με την Β παράμετρο βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά σε 2 μόνο δηλώσεις. Η μία δήλωση αναφερόταν στην σημαντικότητα να αναγνωρίζουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές την εθνικότητα των πελατών τους καθώς αυτό θα διευκολύνει την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η άλλη δήλωση αναφερόταν στο γεγονός ότι οι πελάτες που προέρχονται από εθνικές μειονότητες έχουν δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Το σημαντικό είναι ότι το ποσοστό των κοινοτικών νοσηλευτών που συμφωνούσε με την δήλωση αυτή μειώθηκε στην επαναξιολόγηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών και από το 64,7% που συμφωνούσε αρχικά, μειώθηκε στο 48,1%. Το αποτέλεσμα αυτό δηλώνει την διαφωνία των συμμετεχόντων στην δήλωση αυτή και αν την συγκρίνουμε με τα ανοικτά σχόλια στην άσκηση για τα στερεότυπα του εργαστηρίου υπάρχει μια συμφωνία, καθώς στο εργαστήριο εκδήλωσαν την άποψη και πεποίθηση ότι κάποιες εθνικές μειονότητες έχουν πλεονεκτήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στην παράμετρο σχετικά με την πολιτισμική γνώση, όσον αφορά τις δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών στις ερωτήσεις 7, 8 και 10, τα υψηλότερα ποσοστά και στις δύο φάσεις των απαντήσεων προστάτευαν τον ντόπιο πληθυσμό σχετικά με τις ασθένειες που ερωτήθηκαν (HIV, HBV και Φυματίωση), και δήλωναν ότι οι μετανάστες νοσούν πάντα με υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό. Αυτό το οποίο απάντησαν στην ερώτηση 7 δεν ισχύει σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της περιόδου που ερωτήθηκαν αλλά και τα τελευταία στατιστικά δεδομένα όσον αφορά τα ποσοστά του ντόπιου πληθυσμού που νοσούν

με τον ιό HIV σε σχέση με τους μετανάστες. Φάνηκε έντονα το στοιχείο της προκατάληψης προς τους μετανάστες και στις δύο φάσεις.

Σε υψηλό ποσοστό και στις δύο φάσεις (>95%) τονίστηκε ότι τυχόν διάκριση και παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο σε συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία του. Επίσης δηλώθηκε ότι είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και του κάθε πελάτη όταν του παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Τέλος οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι είναι αδύνατον να γνωρίζουν πλήρως τις κουλτούρες όλων των πελατών τους, όμως τυχόν αναγνώριση της εθνικότητας του πελάτη, τους διευκολύνει στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στην παράμετρο που αφορά την πολιτισμική ευαισθησία, σε ποσοστό 99,4% στην Β' φάση τονίστηκε η δυναμικότητα και ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η θρησκεία σε ένα πρόβλημα υγείας. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες δήλωσαν επίσης σε υψηλό ποσοστό ότι σε ένα πρόβλημα υγείας ενός πελάτη είναι πολύ σημαντικό να συζητείται η επίδραση της εθνικότητας στην θεραπευτική σχέση που αναπτύσσετε μεταξύ πελάτη και επαγγελματία υγείας.

Τέλος δηλώθηκε από τους κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες ότι υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς όταν δεν μιλούν Ελληνικά, και δήλωσαν επίσης ότι μερικοί πελάτες που προέρχονται από ομάδες που αποτελούν μειονότητα μπορεί να είναι απαιτητικοί κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Σημαντικά στατιστική διαφορά βρέθηκε μόνο σε μία δήλωση, που αφορούσε το υψηλό ποσοστό συμφωνίας (86,7%) των κοινοτικών νοσηλευτών ότι οι επαγγελματίες πρέπει να εκπαιδευτούν στη χρήση διερμηνέων, ώστε να παρέχονται πιο ποιοτικότερες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Στην Κύπρο δεν υπάρχει ο θεσμός του διερμηνέα και οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν την πεποίθηση και την επιθυμία ότι ο θεσμός αυτός θα βοηθούσε τόσο τους πελάτες, όσο και τους ίδιους τους κοινοτικούς νοσηλευτές κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτή η δήλωση υποστηρίζεται και από τις δηλώσεις και απόψεις των κοινοτικών νοσηλευτών στα ανοικτά σχόλια του εργαστηρίου κατά την άσκηση των σεναρίων όπου είχαν να αντιμετωπίσουν πελάτες που δεν μιλούσαν ελληνικά ή αγγλικά.

Στην τέταρτη παράμετρο όπου αφορούσε την αξιολόγηση της πολιτισμικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας δηλώθηκε ότι οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού μπορεί να προκαλέσουν μεγάλο πρόβλημα στους πελάτες άλλης εθνικότητας, όσο και οι προφανείς μορφές ρατσισμού. Είναι η μόνη δήλωση που παρουσίασε σημαντικά στατιστική διαφορά όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν την επικινδυνότητα που μπορεί να προκαλέσει η οποιαδήποτε μορφή ρατσισμού προς τους πελάτες τους.

Αυτό έρχεται σε συμφωνία και με τα ανοικτά σχόλια του εργαστηρίου κατά την άσκηση των στερεότυπων και των σεναρίων, όπου αν και υπήρχε έντονα η παραδοχή ότι στην κουλτούρα τους ως Κύπριοι υπάρχουν έντονα συναισθήματα που ενισχύουν ρατσιστική συμπεριφορά προς μερικές εθνικές ομάδες, αυτό δεν πρέπει να γίνεται και ως επαγγελματίες υγείας πρέπει και έχουν χρέος να αποβάλουν και να μην επιτρέπουν την προβολή τέτοιων συμπεριφορών.

Εδώ τονίστηκε επίσης ότι ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απερισκεψία, άγνοια ή προκατάληψη από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και ανέφεραν ότι η αναγνώρισή του ρατσισμού είναι ευθύνη προσωπική του κάθε επαγγελματία υγείας. Παρόλα αυτά ανέφεραν ότι η αξιολόγηση των πελατών τους που προέρχονται από άλλη κουλτούρα επηρεάζεται από προκατάληψη και στερεότυπα.

Στον πίνακα 12 φαίνεται ότι όλοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με πελάτες διαφορετικής εθνικότητας και διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι στην Κύπρο δεν υπάρχουν τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας στους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό αυξήθηκε ακόμα πιο πολύ στην φάση II της έρευνας.

Ο πίνακας 13 δείχνει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου και επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας, καθώς επίσης παρατηρείται ότι το υψηλότερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας στην συγκεκριμένη έρευνα (πολιτισμικά ασφαλείς) εμφάνισαν αυτοί που παρακολούθησαν το εργαστήριο. Σχετικά με το φύλο υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας που ήταν πολιτισμικά ασφαλείς, (που αποτελούσε το 22,3% και 38,9% στις δύο φάσεις) εμφάνισαν οι άντρες (43,8% και 62,5%) σε σχέση με τις γυναίκες (19,9% και 36,2%), όπου η παρατήρηση αυτή υπάρχει και στις δύο φάσεις της έρευνας.

Να σημειωθεί ότι στις νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας διαχρονικά, αποτελούνταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια άρχισε το ποσοστό των αντρών να αυξάνεται στις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Στον πίνακα 15.3 δεν φαίνεται σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ειδικοτήτων όσον αφορά το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας τους. Το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών άλλαξε περίπου σε ποσοστιαία αναλογία το ίδιο σε όλες τις ειδικότητες κατά την Β' φάση της έρευνας. Επίσης από τον πίνακα φαίνεται ξεκάθαρα πως σε καμία ειδικότητα δεν μειώθηκε σε ποσοστιαία αναλογία το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών κατά την επαναξιολόγηση τους.

Από την στατιστική ανάλυση φαίνεται ότι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των κοινοτικών νοσηλευτών με βάση τα ποσοστά στο ολικό δείγμα, υπάρχουν ψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες.

Στον πίνακα 16 παρατηρείται μια ποσοστιαία διαφορά ως προς τους κοινοτικούς νοσηλευτές που δήλωσαν ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής τους επάρκειας, όπου παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι πολιτισμικά ενήμεροι (επάγρυπνοι) και παρακολούθησαν το εργαστήριο (65,4%) δήλωσαν ότι δεν χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας τους, και το μεγαλύτερο ποσοστό (39,7%) που είναι πολιτισμικά ασφαλείς ως προς το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας, δήλωσαν ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής τους επάρκειας στην υπηρεσία τους. Επίσης ανάλογη ποσοστιαία διαφορά παρατηρείται στους πολιτισμικά επάγρυπνους όπου το 24,4% που δεν παρακολούθησαν το εργαστήριο δήλωσαν ότι χρειάζεται η αξιολόγηση της πολιτισμικής τους επάρκειας, και το 11,5% που δεν παρακολούθησε το εργαστήριο δήλωσε ότι δεν χρειάζεται.

Με βάση τον πίνακα 19, από τα 92 άτομα που συμμετείχαν στην παρέμβαση τα 22 βελτίωσαν το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας, και από πολιτισμικά ενημερωμένοι έγιναν πολιτισμικά ασφαλείς. Μόνο 4 άτομα οι οποίοι δεν συμμετείχαν στην παρέμβαση βελτίωσαν το επίπεδο της πολιτισμικής τους επάρκειας. Οι υπόλοιποι διατήρησαν το ίδιο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας που είχαν στην Α φάση και το διατήρησαν και στην Β φάση. Κανένας κοινοτικός/ή νοσηλευτής/τρια δεν παρουσίασε υποβάθμιση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας σε καμία φάση της έρευνας. Με βάση την ανάλυση πιο πάνω φαίνεται

στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα που συμμετείχαν στο εργαστήριο σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν, αφού από τα άτομα που βελτίωσαν το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας τους κατά την επαναξιολόγηση, ποσοστό 84,6% είχε παρακολουθήσει το εργαστήριο. Άρα με βάση τα αποτελέσματα το εργαστήριο επίδρασε θετικά στην αλλαγή του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας των κοινοτικών νοσηλευτών.

Στον πίνακα 23 που αφορούσε την ομάδα παρέμβασης δεν βρέθηκε σε καμία δήλωση σημαντικά στατιστική διαφορά. Αντίθετα βλέπουμε στην ομάδα ελέγχου η οποία δεν παρακολούθησε το εργαστήριο να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε 4 ερωτήσεις κλίμακας. Στον πίνακα αυτό ο μέσος της ομάδας ελέγχου έχει αρνητικό πρόσημο, γιατί αφαιρώντας την Β φάση από την Α, η Β φάση έχει πιο μικρό μέσο. Αυτό το σημαντικό εύρημα ερμηνεύεται πως η ομάδα ελέγχου έδωσε κατά την επαναξιολόγηση πιο αρνητικές απαντήσεις σε σχέση με την Α φάση. Το γεγονός αυτό μας δίνει την ένδειξη πως σε βάθος χρόνου τα άτομα που δεν συμμετείχαν στο εργαστήριο, όχι μόνο δεν βελτιώθηκαν, αλλά ο χρόνος επέδρασε αρνητικά πάνω στις απόψεις και πεποιθήσεις τους σχετικά με κάποιες δηλώσεις που αφορούν την φροντίδα υγείας σε πελάτες άλλης κουλτούρας. Για αυτό και βρίσκουμε σημαντικά στατιστική διαφορά σε 4 παραμέτρους στις ερωτήσεις κλίμακας.

Τα τελευταία χρόνια, η Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία «φιλικά προς τους μετανάστες νοσοκομεία», αποτελεί ενθαρρυντικό βήμα. Τέτοιες πρωτοβουλίες πιθανόν να βοηθήσουν να δούμε τη διαφορετικότητα της πολιτισμικής προέλευσης όχι ως απειλή, αλλά ως μια πρόσκληση-πρόκληση για μια κριτική ματιά απέναντι στο σύστημα υγείας της χώρας μας και τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Η ανάγκη περαιτέρω μελετών, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων που οδηγούν σε διακρίσεις στο χώρο της υγείας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μειονοτικών πολιτισμικά πληθυσμών θεωρείται αναγκαία.

Στο εργαστήριο της παρούσας έρευνας, φάνηκε να υπάρχει ένα αίσθημα ξενοφοβίας από τους επαγγελματίες υγείας, όπως διαπίστωσαν και ανέφεραν οι ίδιοι οι κοινοτικοί

νοσηλευτές/τριές. Παρόλα αυτά μερικοί υποστήριξαν ότι ως επαγγελματίες πρέπει ξεπερνούν τα στερεότυπα και ιδεολογικά εμπόδια και να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή και σωστή νοσηλευτική φροντίδα. Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές/τριες χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση (άλλωστε το δήλωσαν και το έκφρασαν ως ανάγκη οι ίδιοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές/τριες), ιδιαίτερα βιωματικού επιπέδου, σε όλα τα επίπεδα του μοντέλου (πολιτισμική επαγρύπνηση, γνώση, ευαισθησία, πρακτική).

Επίσης χρειάζεται ενημέρωση ιδιαίτερα για τις πολιτικές και στρατηγικές σε σχέση με τους μετανάστες, ως επίσης πολιτικές στη βάση της διαφορετικότητας. Ακόμη, η γνωστοποίηση καλών πρακτικών σε άλλες χώρες αποτελεί ουσιαστικό εργαλείο πολιτισμικής επαγρύπνησης, ευαισθησίας και γνώσης, στοχεύοντας στην παροχή πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας και νοσηλείας.

Πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης περιλάμβανε η χρήση ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου μέτρησης, την επάρκεια του μεγέθους του δείγματος και η χρήση ενός εννοιολογικού μοντέλου.

13. Περιορισμοί

Η έρευνα αυτή δημιουργεί μια βάση δεδομένων η οποία είναι σε θέση να ρίξει φως σε ένα ανεξερεύνητο πεδίο και να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτες. Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας εστιάζονται κυρίως στη δειγματοληπτική της μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιηθεί. Αρχικά στην Α' φάση έγινε προσπάθεια επιλογής ενός ολόκληρου πληθυσμού. Στην συνέχεια στο μέρος της παρέμβασης όπου έγινε το εργαστήριο για την πολιτισμική επάρκεια η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Το γεγονός όμως ότι το εργαστήριο έγινε στην Λευκωσία, σίγουρα για κάποιους αποτέλεσε αποτρεπτικός παράγοντας (απόσταση, χρόνος,

μέρα διεξαγωγής) να δηλώσουν συμμετοχή ειδικά από τις μακρινές επαρχίες (Παραλίμνι, Λεμεσός, Πάφος) και όσοι μπορούσαν παρακολούθησαν το εργαστήριο (δείγμα ευκολίας).

Το μέγεθος του δείγματος στηρίχθηκε στην παραδοχή ότι ο πληθυσμός ακολουθεί την κανονική κατανομή ($\zeta=1,96$) και στην παραδοχή ότι η εξαρτημένη μεταβλητή (πολιτισμική επάρκεια) είναι κατηγορική (δηλαδή υψηλή και χαμηλή πολιτισμική επάρκεια). Επιπλέον, επειδή η διακύμανση του πληθυσμού ως προς την πολιτισμική επάρκεια δεν είναι γνωστή για τη μεγιστοποίηση του δείγματος έγινε παραδοχή ότι 50% του πληθυσμού διαθέτει υψηλή πολιτισμική επάρκεια (P_y) και 50% χαμηλή (P_n).

Ένα άλλο σημείο που μπορεί να αναφερθεί ως περιορισμός, είναι ότι την περίοδο που έγινε η έρευνα αυτή, στην τοπική κοινωνική και πολιτική επικαιρότητα υπήρχε έντονη φημολογία σχετικά με τα επιδόματα πολιτικών προσφύγων, όπου τα μέσα μαζικής ενημέρωσης το πρόβαλλαν επανειλημμένα ως πρώτο θέμα, και η τοπική κοινωνία είχε επηρεαστεί πιθανών αρνητικά με τις σχετικές πληθυσμιακές ομάδες, αν λάβουμε υπόψη και την οικονομική κρίση που επικρατούσε την περίοδο αυτή. Οι διάφορες κοινωνικές κινητοποιήσεις και αντιδράσεις σχετικά με τα πιθανά ωφελήματα που παρέχονταν σε μετανάστες ή πολιτικούς πρόσφυγες, πιθανόν αυτό να αποτέλεσε με αρνητική συσχέτιση τις δηλώσεις και απόψεις των συμμετεχόντων.

Ωστόσο η απειλή της κοινωνικής σκοπιμότητας σχετικά με την προκατάληψη και το αρνητικό συναίσθημα που καλλιεργείτο προς τους μετανάστες και την έκταση αυτής της απειλής, δεν προσδιορίστηκε στη μελέτη.

Ένας άλλος περιορισμός που μπορεί να αναφερθεί στη έρευνα αυτή είναι ότι χρησιμοποιήθηκε οιονεί πειραματική μεθοδολογία χωρίς τυχαιοποίηση της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Επίσης δεν έγινε καμία παρέμβαση στην ομάδα ελέγχου ώστε να γίνει σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων για πιο ασφαλή συμπεράσματα.

Τέλος, σε κάποιες ερωτήσεις δεν υπήρχε ικανοποιητικό δείγμα για περαιτέρω στατιστική ανάλυση, όπου αυτό αποτέλεσε αρνητικό παράγοντα για περισσότερη ανάλυση και συσχέτιση κάποιων μεταβλητών. Το γεγονός ότι μόνο ένας συμμετέχοντας είχε το κατώτατο επίπεδο

πολιτισμικής επάρκειας, ανάγκασε τον ερευνητή να τον αφαιρέσει από τις συσχετίσεις και συγκρίσεις που ακολουθήθηκαν, γιατί στατιστικά δεν μπορεί να υπάρξει σύγκριση ή συσχέτιση μεταξύ ενός ατόμου.

14. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν τις εμπειρικές παρατηρήσεις περί της μη παροχής ικανοποιητικής και επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας υγείας από τους κοινοτικούς νοσηλευτές της Κύπρου. Επιπλέον διερευνήθηκαν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν – θετικά ή αρνητικά – τις απόψεις και την πρακτική των κοινοτικών νοσηλευτών σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από το δικό τους.

Η συμβολή της έρευνας αυτής στην νοσηλευτική επιστήμη με γνώμονα τα αποτελέσματα κρίνεται μεγάλη και σημαντική. Η έρευνα αυτή δίνει αρκετές και σημαντικές πληροφορίες, σχετικά τα επίπεδα πολιτισμικά επαρκής νοσηλευτικής φροντίδας. Με βάση την τεκμηριωμένη τόσο θεωρητικά, όσο και στατιστικά παρουσίαση των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα, παρουσιάζεται η ανάγκη δημιουργίας στοχευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους επαγγελματίες υγείας.

Η έρευνα αυτή δημιουργεί ένα πλαίσιο εφαρμογής της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στην Κύπρο με στοχευόμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης και ενίσχυσης της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας. Αυτό θα έχει και κοινωνικό αντίκτυπο γιατί πολλές από τις πρακτικές που διέπονται και χαρακτηρίζονται με στάσεις και συμπεριφορές από τους επαγγελματίες υγείας προς άτομα και ασθενείς με άλλο πολιτισμικό υπόβαθρο, θα συμβάλει ώστε να τροποποιηθούν και να βελτιωθούν οι στάσεις και οι συμπεριφορές αυτές με απώτερο σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Επίσης η έρευνα αυτή προβάλλει και παρουσιάζει τις ελλείψεις που υπάρχουν στην εκπαίδευση των κοινοτικών νοσηλευτών, και από τα αποτελέσματα και τις εισηγήσεις μπορεί το υπουργείο υγείας να αξιοποιήσει τα δεδομένα αυτά προς χάραξη καινούργιας εκπαιδευτικής πολιτικής προς τους επαγγελματίες υγείας, που ήδη δραστηριοποιούνται στο χώρο παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.

Η έρευνα αυτή αποτελεί πράξη ευαισθητοποίησης των ήδη εργαζομένων στο χώρο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και έναυσμα ενασχόλησης τους με τη διαπολιτισμική υγεία με σκοπό τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και την επαρκή πολιτισμική προσέγγιση. Η δημοσιοποίηση και ανακοίνωση των αποτελεσμάτων, τόσο προς τους κοινοτικούς νοσηλευτές, όσο και προς όλους τους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας υγείας, θα αποτελέσει το έναυσμα προβληματισμού για θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.

Τα ευρήματα θα αποτελέσουν τον πυλώνα και την βάση του Υπουργείου Υγείας και των Διευθύνσεων των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για την έναρξη προγραμμάτων σχετικά με την επιμόρφωση, την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με διαπολιτισμική φροντίδα υγείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό στις υπηρεσίες της κοινοτικής νοσηλευτικής αποτελείται από γυναίκες (89,2%) και το 94,9% του δείγματος ήταν Ελληνοκύπριοι. Το 97,5% του δείγματος ήταν ορθόδοξοι χριστιανοί και το 96,2% είχε σαν μητρική γλώσσα τα Ελληνικά. Όλοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι έρχονται σε επαφή με άτομα άλλης εθνικότητας και παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Το 86,8% διαφωνούν ότι υπάρχουν στην Κύπρο τα ίδια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και το 82,9% πιστεύει ότι χρειάζεται αξιολόγηση του επιπέδου της πολιτισμικής τους επάρκειας. Το 97,8% δήλωσε ότι βοηθήθηκε από την συμμετοχή του στο εργαστήριο. Από αυτούς που βελτίωσαν το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας τους (N=23), το 84,6% από αυτούς είχαν παρακολουθήσει το εργαστήριο που αποτέλεσε την παρέμβαση στην έρευνα. Σε κανένα κοινοτικό νοσηλευτή δεν υποβαθμίστηκε το επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας τους κατά την επαναξιολόγηση. Κανένας κοινοτικός νοσηλευτής δεν είχε το ανώτατο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας σε καμία φάση της έρευνας. Το 8,2% δήλωσε ότι δεν είναι πολύ σίγουρος/η ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάκριση και το ρατσισμό προς τους πελάτες τους. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την μελέτη άλλων πολιτισμών και δεν έχουν κανένα λόγο και κίνητρο να το κάνουν.

Επίσης στις περισσότερες δηλώσεις ή απαντήσεις των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών, παρατηρήθηκε ποσοστιαία αύξηση των θετικών απαντήσεων τους (όχι σημαντικά στατιστική διαφορά). Αυτό μας δίνει το εύρημα ότι αν μελετηθεί ένα μεγαλύτερο δείγμα (π.χ. όλοι οι νοσηλευτές της Κύπρου) θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε και να συσχετίσουμε μεταβλητές που θα μας έδιναν πιθανών σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα.

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε κυρίως από τα ποιοτικά δεδομένα ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές δεν γνωρίζουν επαρκώς βασικά στοιχεία της κουλτούρας των πελατών που καλούνται να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στοιχεία ρατσισμού και διάκρισης ήταν έντονα όταν αναφέρονταν σε συγκεκριμένες εθνικές ομάδες, και αυτό προβλημάτισε τους ίδιους τους κοινοτικούς νοσηλευτές, γιατί συνειδητοποίησαν ότι διακατέχονταν από στοιχεία στιγματισμού και ρατσιστικής διάθεσης, κάτι που όπως ανέφεραν υπήρχε στο βάθος του μυαλού τους και δεν ήθελαν να το παραδεχτούν, αλλά τώρα με την άσκηση αυτή κατάλαβαν ότι είναι πραγματικότητα. Αναγνώρισαν το γεγονός ότι πρέπει να αποβάλουν και να διαχειριστούν κατάλληλα αυτά τα συναισθήματα που διακατέχονται, και όπως και οι ίδιοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρότειναν εργαστήρια ή ημερίδες παρόμοιας θεματολογίας θα τους βοηθούσε πάρα πολύ να διαχειριστούν και να τροποποιήσουν ανάλογες συμπεριφορές και συναισθήματα.

Με βάση τις δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών φάνηκε ότι δεν γνωρίζουν τα στατιστικά δεδομένα της χώρας τους επαρκώς, σχετικά με σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το HIV, όπου στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο η πλειοψηφία (73,4%) διαφωνούσε με την δήλωση ότι τα ποσοστά του ιού είναι ψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες, κάτι που αποτελεί πραγματικότητα, και απάντησαν πως διαφωνούν και πως τα υψηλότερα ποσοστά διαγνωσθέντων με τον ιό HIV, αφορά τον μεταναστευτικό πληθυσμό. Αυτό το αποτέλεσμα ενισχύει ακόμα περισσότερο τα ποιοτικά δεδομένα όπου παρατηρήθηκε το αίσθημα ρατσισμού και διάκρισης προς άτομα άλλου πολιτισμικού υπόβαθρου.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της έρευνας αυτής είναι ότι στις υπηρεσίες της κοινοτικής νοσηλευτικής το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού αποτελείτο από γυναίκες (89,2%), όμως τα ψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας παρουσιάστηκαν στους άντρες (62,5%).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα πιο πάνω με βάση τα αποτελέσματα, διαφαίνεται η δυναμική και η σπουδαιότητα της έρευνας αυτής στην νοσηλευτική επιστήμη. Η έρευνα αυτή έχει ανοίξει τον επιστημονικό δρόμο για την διερεύνηση της ποιότητας παροχής

διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας. Μεγάλο πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης αποτελεί η χρήση ενός εργαλείου μέτρησης που είναι αξιόπιστο και έγκυρο, και στηρίζεται στη χρήση ενός εννοιολογικού μοντέλου.

Η πρωτοπορία της έρευνας αυτής πέραν της τοπικής καινοτομίας και πρωτοτυπίας, έχει και διεθνή αντίκτυπο καθώς είναι η μόνη έρευνα που διερευνά τα επίπεδα πολιτισμικής όλων των κοινοτικών νοσηλευτών μιας χώρας. Όλες οι άλλες έρευνες είτε ήταν μικτές (νοσηλευτές και ιατροί) και αφορούσαν μια περιοχή ή ένα νοσοκομείο, χωρίς να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματά τους.

Επίσης στις παρεμβάσεις που έγιναν από τις άλλες έρευνες δεν αναφέρονται ευρήματα από την παρέμβαση που να αφορά τις προσωπικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας που μελετούσαν και να φαίνεται το κοινωνικό προφίλ τους.

Στην έρευνα αυτή ένα άλλο δυνατό χαρακτηριστικό και εύρημα, είναι η αποτύπωση του κοινωνικού προφίλ των κοινοτικών νοσηλευτών της Κύπρου μέσα από τα ποιοτικά αποτελέσματα της, όπου η έρευνα αυτή δείχνει τον τρόπο που λειτουργούν, σκέφτονται και επηρεάζονται οι επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά την διαπολιτισμική φροντίδα υγείας που παρέχουν.

Ο κοινωνικός και επαγγελματικός αντίκτυπος που έχει η έρευνα αυτή εστιάζεται στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας που ερευνούνται εξέφρασαν τις απόψεις, τα πιστεύω και τα στερεότυπα που τους διέπουν στην προσωπική και επαγγελματική ζωή τους, δείχνοντας και περιγράφοντας μια κοινωνική πραγματικότητα που ανοίγονται πεδία περαιτέρω διερεύνησης και μελέτης.

Τέλος, όπου αποτελεί ίσως και το πιο σημαντικό κομμάτι της έρευνας αυτής έδειξε ότι το εργαστήριο (6 ωρών) που αποτέλεσε την παρέμβαση ήταν η μόνη αιτία που συνέβαλε ώστε να επηρεάσει τις απόψεις και δηλώσεις των κοινοτικών νοσηλευτών και πολύ περισσότερο βελτίωσε κατά πολύ το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειάς τους. Άρα μια συνεχόμενη, εμπειριστατωμένη και επιστημονικά στηριζόμενη εκπαίδευση πάνω στη διαπολιτισμική φροντίδα, αναμένεται να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τα επίπεδα παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

14.1 Εισηγήσεις

1. Κρίνεται απαραίτητη η εκπόνηση ανάλογων ερευνών και μελετών για τη διερεύνηση παραγόντων που δεν απέδωσαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην παρούσα έρευνα και για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με σκοπό τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

2. Σημαντική κρίνεται η διεξαγωγή παρόμοιων προγραμμάτων εκπαίδευσης με σκοπό την επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση των κοινοτικών νοσηλευτών αλλά και των αρμοδίων αρχών αναφορικά με τα επίπεδα της πολιτισμικής επάρκειας που πρέπει να τους χαρακτηρίζουν και την σημαντικότητα διατήρησης και ανάπτυξης των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας.
4. Κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή ερευνών με σκοπό την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας όλων των νοσηλευτών, διότι μέσω αυτής αφενός δίνεται η ευκαιρία για διόρθωση ενδεχόμενων λανθασμένων πρακτικών και αφετέρου εδραιώνεται η θέση του νοσηλευτή ανάμεσα στο υπόλοιπο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας.
5. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σεμιναρίων σχετικά με την διαπολιτισμική φροντίδα και εκπαίδευση θα ήταν πολύ βοηθητικά προς τους νοσηλευτές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.
6. Πολύ σημαντικό θα ήταν η διεξαγωγή έρευνας επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας προς τους φοιτητές πρώτου έτους, συγκρίνοντας τους με φοιτητές τέταρτου έτους, ώστε να δούμε τις διαφορές που πιθανών να υπάρχουν ώστε να βελτιώσουμε την πρακτική των νέων νοσηλευτών.

15. Βιβλιογραφικές παραπομπές

Ελληνικές:

Andrews, M. (2001) Η πολιτισμική ποικιλομορφία και η κοινοτική νοσηλευτική. Στο Nies, M.A., McEwen M. (ed) Κοινοτική Νοσηλευτική: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Τόμος Ι. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Αλεξανδροπούλου Μ., Καλοκαιρινού Α., Σουρτζή Π. (2006) Σχολικές Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Η θέση του Σχολικού Νοσηλευτή. *Νοσηλευτική* **45**(3): 308-314

Αλεξανδροπούλου Μ. (2005) *Ο ρόλος και η στάση των σχολικών νοσηλευτών ειδικής αγωγής της Ελλάδος ως προς την Αγωγή και Προαγωγή της υγείας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα. σελ.:29-32, 100

Γερογιάννη, Γ., Πλεξίδα Α. (2008) Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 7^{ος}, τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Ιούνιος.

Δημουλάς, Κ. και συν. (2005) *Πολιτική απασχόλησης : πεδίο σύζευξης της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Gutenberg.

Καλαφάτη, Μ., Παϊκοπούλου, Δ. (2011) Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής προέλευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική*, **50**(1). 49-62.

Καλοκαιρινού, Α., Κοδέλλα, Κ., και Τολίκα, Φ. (2003) Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*, **42**(4): 451-456

Καλοκαιρινού, Α., και Σουρτζή, Π. (2005) *Κοινοτική Νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Κατρούγκαλος, Γ., (επ. υπεύθυνος) και συν. (2004) *Νομικές, θεσμικές και διοικητικές διαστάσεις του Καθεστώτος Εισόδου και Παραμονής Μεταναστών στην Ελλάδα*. Προκλήσεις και Προοπτικές Βελτίωσης, Μελέτη του Κέντρου Ευρωπαϊκού Συνταγματικού δικαίου. Αθήνα: Ι.ΜΕ.ΠΟ.

Καψάλης, Α. (2003) *Για μια κοινή μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. *Ενημέρωση του ΙΝ.Ε – Γ.Σ.Ε.Ε /Α. _Ε. _Υ*, Φεβρουάριος, 92, σελ. 2-9.

Κορωναίου, Α. (1992) *Νέοι και Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, Μάρτιος (πρώτη έκδοση).

Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ. (2007) Ο νοσηλευτής Νεφρολογίας δέκτης διαπολιτισμικών επιδράσεων. *Νοσηλευτική*, **46**:355–361

Κούτα, Χ. (2007) *Υγεία και κουλτούρα*. *Νοσηλευτική*. Απρίλιος-Ιούνιος, **46** (2),σελ.176-180.

Κριαρά, Ε. (1994) *«Νέο Ελληνικό Λεξικό»*, Αθήνα: Εκδοτική Αθηνών.

Λάσκαρη, Α. (2003) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική*, Πρακτικά 14^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας.

Μανομενίδης, Γ. (2009) Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση. *Νοσηλευτική*. **48** (4): 439-446

McEwen, M., Nies, M. (2001) Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος. Κεφάλαιο 28, σελίδες: 643-705.

Μερκούρης, Α. (2008) *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Εκδόσεις Έλλην. Σελ: 92-99.

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998) «*Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*», Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.

Νόβα Καλτούνη, Χρ. (2000) *Κοινωνικοποίηση: Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου*. Αθήνα: Gutenberg.

Παπαδόπουλος, Ρ., Καλοκαιρινού, Α., Κούτα, Χ. (2011) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Παλτόγλου, Ε., Τράντα, Ε. (2009) Πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην υγεία: Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σ' ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον. Πρακτικά συνεδρίου «Κοινωνία και Υγεία». Σύνδεσμος Κοινωνιολόγων Κύπρου, 2009: 1–7. Διαθέσιμο: <http://www.sociology.org.cy/pdfs/Paltoglou%20Tranta%20gr.pdf> (πρόσβαση: 15 Μαρτίου 2012)

Παραλίκας Θ, Τζαβέλας Γ, Ραφτόπουλος Β, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ. (2005) Διερεύνηση της συμπεριφοράς των τσιγγάνων της Θεσσαλίας σε θέματα υγείας. *Νοσηλευτική*, **44**:364–371

Περισιτιάνης, Π. (2004). Η *Σημερινή Κατάσταση της Κυπριακής Οικογένειας*. Σύνδεσμος Κοινωνιολόγων Κύπρου. <http://www.sociology.org.cy/el/research/shmerinh-katastash-kypriakhs-oikogeneias>

Πουρνάρας, Ν., Τσομπάνου, Μ., Σούρτη, Π. (2004) Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική*, **43**:185–194

Ραφτόπουλος, Β., Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002) Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **19**(5).577-589. Αθήνα.

Ραφτόπουλος Β. *Συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha: χρήσιμος ή καταχρηστικός δείκτης;* Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας, Λευκωσία 2011

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2004) *Μεθοδολογία της έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Γ' έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Σαρρή, Α. (2007) Η θέση της νοσηλευτικής στις διαπολιτισμικές κοινωνίες, θρησκείες και μειονότητες. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, **24**:250–255

Σταθόπουλος, Ν. (2005) *Αναλυτικό λεξικό συνωνύμων-αντωνύμων της νέας Ελληνικής γλώσσας*. Εκδόσεις Σαβάλλας. Αθήνα.

Σκουραδάκη, Μ. (2007) *Επαγγελματίες υγείας και οικονομικοί μετανάστες: Στάσεις και συμπεριφορές που καθορίζουν μία αμφίδρομη σχέση*. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Μεταπτυχιακή Εργασία. Ε.Σ.Δ.Υ.

Τούντας, Γ. (2000) *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Υπουργείο Υγείας. (2007). *Ετήσια Έκθεση* Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία. 7-13.

Υπουργείο Υγείας. (2009). *Ετήσια έκθεση*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία. 1–43

Υπουργείο Υγείας 2012. www.moh.gov.cy. 11/5/2012

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου. <http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf>. 10/10/2012

Acheson, D. (1998) *Independent Inquiry In to Inequalities in Health Report*. The Stationary Office. London.

Andrews, M.M. (2001) *Η πολιτισμική ποικιλομορφία και η κοινοτική νοσηλευτική*. Στο Nies, A., McEwen M. (ed) *Κοινοτική Νοσηλευτική: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών*. Τόμος Ι. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Andrews, M.M., and Boyle, J.S. (1999) *Transcultural concepts in nursing care (3rd edn)*. Philadelphia, PA; J.B. Lippincott Co.

Asanin, J., & Wilson, K. (2008) “I spent nine years looking for a doctor”: Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, **66**. 1271-1283.

Balbo, L. (2007) *Thinking health promotion sociologically*. In McQueen D., Kickbusch I.

Balduin, D. (2003) *Disparities in health and health care: Focusing efforts to eliminate unequal burdens* URL http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_1.htm

Barth, F. (1994) *Ethnic groups and boundaries: The social organization of culture difference*. Waveland Press, Illinois

Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E., & Park, E.R. (2005) Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs (Millwood)*, **24** (2), 499-505.

Brathwaite, A. (2005). Evaluation of a Cultural Competence Course. *J Transcult Nurs.* 16,361.

Bruni, N. (1988) A critical analysis of transcultural theory. *Australian Journal of Advanced Nursing*, **5** (3), 26-32.

Bunton, R., Murhpy, S., Bennett, P. (1991) Theories of behavioural change and their use in health promotion – some neglected areas. *Health Educ Res*, **6**:153–162

Burns, N., & Grove, SK. (2001) *The practice of Nursing Research*. Conduct, critique and utilization. 4th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia, PA. p: 49-50, 55, 250-253, 256, 395-404, 426-434, 441-447

Byrd, WM., Clayton, LA. (2003) Racial and ethnic disparities, in healthcare: A background and history. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds) *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. National Academic Press, Washington, DC: 455–527

- Campinha-Bacote, J. (1995) *Cultural competence: A critical factor in nursing research*. In J Campinha-Bacote. *Readings in Transcultural Health Care*. pp. 117-121.
- Campinha-Bacote, J. (1991) *The process of Cultural Competence: A Cultural Competent Model of Care*. Wyoming, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (1999) A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education* **38**(5).203-207
- Campinha-Bacote, J. (2003) Cultural desire: The key to unlocking cultural competence. *Journal of Nursing Education*, **42**(6). 239-240.
- Campinha-Bacote, J. and Munoz, C. (2001) A guiding framework for delivering culturally competent services in case management. *Case Manager*, **12**: 48-52
- Campinha-Bacote, J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, **13**(3). 181- 184; discussion 200-181.
- Campinha-Bacote, J. (2007). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues*. 5th ed. Cincinnati, OH: Transcultural C. A. R. E. Associates.
- Casey, M., Blewett, A., & Call, T. (2004) Providing health care to Latino immigrants: community based efforts in the rural Midwest. *American Journal of Public Health*, **94**(10). 1709-1711.
- Caveli, S. (1988). Declining decline: Wittgenstein as a philosopher of culture. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*. 31,3, 253-264.
- Cheung, N.F. (2002). Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. *Midwifery*.18, 200-213.
- Chenoweth, L., Jeon, YH., Goff, M., Burke, C. (2006) Cultural competency and nursing care: An Australian perspective. *International Nursing Review*, 53(1):34-40.
- Chen, H., McAdams-Jones, D., and Tay, D. (2012). The impact of service-learning on students' cultural competence. *Teaching and Learning in Nursing*. 7, 67-73.
- Chrisman, J. (2007) Extending cultural competence through systems change: Academic, hospital, and community partnerships. *Journal of Transcultural Nursing*, **18**(8). 68-76.
- Clark, MJ. (1996) *Nursing in the Community*. 2nd Edition. Appleton & Lange, Stamford. p: 56, 573-596.

- Cooper-Patrick, L., Gallo, J., and Gonzales, H. (1999) Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* **282**(6):583-589
- Crawley, LM. (2005) Racial, cultural, and ethnic factors influencing end-of-life care. *Journal Palliat Med*, **8**(1). 58–69
- Cresswe, W. (2003) Research designs. *Quantitative and Mixed Methods approaches*. 2nd edition. London: Sage.
- Culley, L. (2001) *Nursing, culture and competence*. In L. Culley & S. Dyson (Eds). In Ethnicity and nursing practice (pp. 109-127). Palgrave: Basingstoke.
- Dalrymple, J., and Burke, B. (1995) *Anti-Oppressive Practice. Social Care and the Law*. Open University Press. Buckingham.
- Davenport, D., Reyes, H., and Hadley, L. (2011) A comparative analysis of cultural competence in beginning and graduating Nursing students. *Administrative issues Journal: Education, practice and research*.**1**. 24-28
- Davidhizar, R. (1999) Assessing Culturally Diverse Pediatric Clients. *Pediatric Nursing*, **25** (4):371-376
- Department of Health. (1999a) *Saving Lives: Our healthier Nation*. DoH. London.
- Department of Health. (1999b) *Reducing Health Inequalities: An Action Report*. Stationary Office. London.
- Depra, J., Sharon, A., and Michelle, C. (2012) Family and community health nursing: Challenges and moving forward. *Contemporary Nurse*. **41**(1): 141-144
- Dirie, W. (2006) *Desert girls*. Greece, Govotsi.
- Doolen, J., York, NL. (2007) Cultural differences with end-of-life care in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs*, **26**:194–198
- Eckersley, M. (2007) *Culture*. In Galea S. (eds) *Macrosocial determinants of population health, USA* : Springer.
- Emarita, B. (2007) *Family, Friend, and Neighbor Care Best Practices: A Report to Ready 4 K: How Culturally Diverse Families Teach Their Children to Succeed and How Early Education Systems Can Learn from Them*. A Report to Ready 4 K. Available at: <http://www.aecf.org/upload/PublicationFiles/EC3624J65.pdf>. (Accessed May 2009)
- Emami, A., & Nasrabadi, A.N. (2007) Two approaches to nursing: a study of Iranian nurses. *International Nursing Review*, **54** (2), 137-143.

- Eysenck, M. W. (2010). *Fundamentals of Cognition*. Athens: Gutenberg.
- Filaretou. (1924) *Iatrofysikon*. Nicosia, Cyprus.
- Fisher, L. (2004). "State of the Art: Multiculturalism, Gender and Cultural Identities", *European Journal of Women's Studies*, vol. **11**: 111-119
- Foucault, M. (1980) *The history of sexuality*. Vol I. NY, Vintage
- Gerrish, K. (1999) Inequalities in service provision: an examination of institutional influences on the provision of district nursing care to minority ethnic communities. *Journal of Advanced Nursing*, **30** (6), 1263-1271.
- Gerrish, K., and Papadopoulos, I. (1999) Transcultural Competence: The challenge for nurse education. *British Journal of Nursing*, **21**(8). pp1453-1457
- Gerrish, K. (2005) *Transcultural competence in nursing*. Nobel Junior Faculty Lecture, Karolinska Institutet. Stockholm, Sweden, April.
- Giddens, A. (2002) *Kοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg
- Giger, J., Davidhizar, R., Purnell, L., Harden, J., Phillips, J., Stickland, O. (2007) American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs*. **18**: 95-102
- Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E. (2004). *Health care systems in transition: Cyprus*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Green L.W., Kreuter M.W. (1999) *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. 3rd ed. Mayfield publishing company, pp 1
- Gustafsson, D. (2005) Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, **28** (1). 2-16.
- Hammare, U. (2004) *Competence in social professions*. (Kompetens i de sociala professionerna) (in Swedish). Socialstyrelsen: Stockholm.
- Hanssen, I. (2002) *Facing Differentness. An Empirical Inquiry into Ethical Challenges in Intercultural Nursing*. Doctoral Thesis. Oslo: The Institute of Nursing. The University of Oslo.
- Hallett, C., Madsen, W., Pateman, B., Bradshaw, J. (2012) "Time Enough! or Not Enough Time!" An Oral History Investigation of Some British and Australian Community Nurses'

Responses to Demands for “Efficiency” in Health Care, 1960–2000. *Nursing History Review*. **20**:136-161

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S (2008). *Midwife-led versus other models of care for childbearing women* (Review) [Cochrane Database Syst Rev](#). 8;(4):CD004667.

Helman, CG. (1994) *Culture, health and illness*. 3rd ed. UK, Butterworth Heinemann.

Hodnett, D., Gates, S., Hofmeyer, J., Sakala, C. (2006) Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). In *The Cochrane Library*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd., 4.

Holland, K., & Hogg, C. (2001) *Cultural awareness in nursing and health care: an introductory text*. Arnold: London.

Horner, D., Salazar, W., Geiger, J., Bullock, K., Corbie-Smith, G., Cornog, M. et al. (2004) Changing Healthcare Professionals’ behaviour to Eliminate Disparities in health care: What Do We Know? How might we proceed? *Am J Manag Care*, **10** Spec No: SP12–SP19

Hoye, S., Severinsson, E. (2008) Intensive care nurses’ encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*, **24**:338–348

Hsiu-Chin, C., Dianne, Mc., Djin, L., and Parker, J. (2012) The impact of service-learning on students’ cultural competence. *Teaching and Learning in Nursing*. **7**. 67-73

Iacono, V. (2007) Nurses: Trusted patient advocates. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, **22**(5). 330-334.

International Council of Nursing. (2005) *Regulation terminology*, (Version 1). International Council of Nurses (ICN).

International Migration Report (2002), URL <http://www.Un.org/esa/population/publications/ittmig2002/2002ITTMIGTEXT22-11.pdf> (11/10/12)

International Migration Report (2012), <http://www.oecd.org/els/internationalmigrationpoliciesanddata/internationalmigrationoutlook2012.htm> (7/2/13)

Jackson, A. (2007) Cultural competence in health visiting practice: a baseline survey. *Community Practitioner*. **80**(2). 17-22

Jette, M., Krasnic, A., Nielsen, A., Norredam, M., Torres, M. (2004) Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: A questionnaire study at a Danish hospital. *Scand J Public Health*, **32**:287–295

Jirwe, M. (2008) *Cultural competence in nursing*. Doctoral thesis from department of Neurology, Care Sciences and Society, Division of Nursing. Karolinska Institute Sweden

Johansson, B. (1996) *From human competence to nursing competence*. (Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens) (In Swedish) (Rev ed.). Institutionen för vårdläro- och utbildningsvetenskap Göteborgs universitet: Mölndal.

Khanna, S., Cheyney, M., Engle, M. (2009) Cultural competency in health care: Evaluating the outcomes of a cultural competency training among health care professionals. *Journal of the National Medical Association*, **101** (9). 886-892

Kleinman, A., & Benson, P. (2006) Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, **3** (10). 294

Koskinen, L., Campbell, B., Aarts, C., Chasse, F., Hemingway, A., Jubansoo, T., Mitchell, M., Marquis, F., Critchley, K., and Nordstrom, P. (2009) Enhancing cultural competence: Trans-Atlantic experiences of European and Canadian nursing students. *International Journal of Nursing Practice*. **15**. 1-9

Krainovich-Miller et al. (2008). Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step toward Cultural Competency. *Journal of Transcultural Nursing*. 19.250-259.

Leininger, M. (1970) *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. New York: John Wiley & Sons.

Leininger, M. (1978) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley & Sons.

Leininger, M. (1995) *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. USA, McGraw Hill Inc.

Leininger, M., McFarland, M. (2002) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. 3rd Edition. McGraw-Hill, New York

Leininger, M. (2002) Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*, **13**:189–192

Leininger, M. (1991) (Ed): *Culture Care: Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, NLN Press. New York

Lindblad Fridh, M. (2003) *From general nurse to a specialist nurse in intensive care: experiences from a specialist nursing program in intensive care.* (Från allmänsjuusköterska till specialistsjuusköterska inom intensivvård : en studie av erfarenheter från specialistutbildningen och från den första yrkesverksamma tiden inom intensivvården) (In Swedish) Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg.

Matteliano, M., and Street, D. (2011) Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 1-11 doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x

Mazanec, P., Tyler, MK. (2003) Cultural considerations in end-of-life care: How ethnicity, age, and spirituality affect decisions when death is imminent. *Am J Nurs*, **103**:50–58

McEwen, W. (2002) *Νοσηλευτικές θεωρίες.* Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

McAllister, E. (2008). Transparency in Maternity Care: Empowering Women to Make Educated Choices. *Journal of Perinatal Education.* **17**, **4**, 8-11,

Mead, M. (1955) *Cultural Patterns and Technical Change.* Unesco, New York: A Mentor Book, The new American Library.

Mulholland, J., & Dyson, S. (2001) *Sociological theories of 'race' and ethnicity.* In. L. Culley & S. Dyson (Eds). In *Ethnicity and nursing practice* (pp. 17-37). Palgrave: Basingstoke.

McEwen, W. (2002) *Νοσηλευτικές θεωρίες.* Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

McMurray, A. (2003) *Community, Health and Wellness: A Sociological Approach.* Elsevier, New South Wales, Australia.

McMurray, A. (1993) *Community Health Nursing.* 2nd Edition. Churchill Livingstone, Melbourne. p: 4-7, 29-36.

Mitchelson, E., & Latham, L. (2000) *The Development of A Maori Nursing Conceptual Model: Exploratory Research Phase.* Health Research Council of New Zealand, Wellington.

National Board of Health and Welfare. (2005) *Kompetensbeskrivning för sjuusköterskor.* (*Nursing Standards*) (in Swedish) National Board of Health and Welfare (Ed.)

Nies, M., McEwen, M. (2001) *Promoting the health of populations. Community health nursing.* 3rd ed. Health Care Industry, USA

Norusis, M. (2005) *Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με το SPSS 12.0*. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα. Σελίδα 256.

Nursing and Midwifery Council (2002) *Professional conduct for nurses, midwives and health visitors*. London.

Omeri, A. (2006) Transcultural nursing: the way to prepare culturally competent practitioners in Australia. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. UK, Churchill Livingstone. 303–318.

Pagano M., Gauvreau, K. (2000) *Αρχές Βιοστατιστικής*. 1η Έκδοση. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα. σελ: 163, 521

Papadopoulos, I. (2006) *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. UK, Churchill Livingstone Elsevier.

Papadopoulos, I. (1998) The health needs of the Greek-Cypriot people living in Britain. In: Papadopoulos I, Tilki M, Taylor G (eds) *Transcultural care: A guide for health professionals*. UK, Quay Books. 69–124

Papadopoulos, I., Tilki, M., and Taylor, G. (1998) *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals*. Quay Books. Wilts

Papadopoulos, I. (2002) Meeting healthcare needs in culturally diverse societies. In: Daly, J., Speedy, S., Jackson, D., Darbyshire, P., (eds) *Contexts of nursing*. An introduction. UK, Blackwell. 196-208.

Papadopoulos I et al (1995): *Teaching Transcultural Care. A report to the General Nursing Council*. Faculty of Health Studies. Middlesex University.

Papadopoulos, I. (2003) The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*, 4(1). 5-7.

Papadopoulos, I., και Lees, S. (2002) Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3). 258-264.

Papadopoulos, I., et al. (2007). Cultural competence in action for CAMHS (Children and Adolescent Mental Health Services): Development of a cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse* 28: 129–140.

Polit, D., & Beck. T., & Hungler, B. (2001) *Essentials of nursing research*. 5th edition, Philadelphia: J.B. Lippincott.

Polit D. & Hungler B. (1991) *Nursing Research-Principles and Methods*. 4th Edition. JB Lippincott Company, Philadelphia. pp: 151-158, 263, 265-268

Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. (2003) *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Pyles, L., & Kim, M. (2006) A Multilevel approach to cultural competence: A study of the community response to underserved domestic violence victims. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Sciences*, **87** (2). 221-229.

Roland, A. (2002) Cultural encounter with the health care system and ethnic minorities. *Journal of Nursing Research*, **2**. 17-21.

Rosenthal, R., & Rosnow, R.L. (1991) *Essentials of Behavioral Research: data analysis*. 2nd Edition. McGraw-Hill, NY. pp: 84, 439-456

Reimann, J., Talavera, A., Salmon, M., Nunez, JA., and Velasquez, RJ. (2004) Cultural competence among physicians treating Mexican Americans who have diabetes: A structural model. *Social Science & Medicine*. **59**(11): 2195-2205

Schulze, B., Trummer, U., Krajic, K., Pelikan, J. (2003) *Needs assessment – European cross analysis. Summary of problem areas*. Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Migrant-friendly Hospitals, Vienna, Austria:1-10

Sergeant, S., Sedlak, C., Martsolf, D. (2005) Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, **25**. 214-221

Sealey, L. (2003) *Cultural competence of faculty of baccalaureate nursing programs*. Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA.

Sharon, S., and Depra, W. (2011). Client Perceptions of Cultural Competence of Community-Based Nurses. *Journal of Community Health Nursing*, **28**:57-69

Shaw, SJ., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., Vivian, J. (2009) The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, **11**(6):460-468.

Silverman, D. (2005) *Doing Qualitative Research*. 2nd edition London: SAGE

Spector, RE. (2004) *Cultural diversity in health and illness*. 6th ed. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Sproull, N.L. (1988) *Handbook of Research Methods*. Scarecrow Press, Metuchen, NJ, London. pp: 65-87, 107-126, 134-144

Stanhope, M., and Lancaster, J. (1992a) *Community Health Nursing Process and Practice for promoting Health*. 3rd Edition. Mosby, St Louis. p: 2-8, 35-37, 41-42.

Stanhope, M., and Lancaster, J. (1992 b) *Instructors manual to accompany "Community Health Nursing Process and Practice for promoting Health"*. 3rd Edition. Mosby, St Louis. p: 1-2, 7, 162-163.

Stanhope, M., and Lancaster, J. (1996) *Community Health Nursing. Promoting Health of aggregates, families and individuals*. 4th Edition. Mosby, St Louis. p: 880-904.

Sumpter, D., and Carthon, J. (2011) Lost in translation: Student perceptions of cultural competence in undergraduate and graduate nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*. 27 (1). 43-49

Taylor, EB. (1958) *Primitive culture*. New York, Harper Torchbooks, (original in 1871)

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (2002) (Μετάφραση: Λεμονιού, Χ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε.). *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής φροντίδας*. Τόμος 1. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη

The Queen"s Courier, Tuesday, January 6, Nursing voted most trusted profession retrieved Jan 19, 09 from <http://www.queenscourier.com/articles/2009/01/08/kidz/news02.tx> <http://www.queenscourier.com>

UKCC. (1999) *The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*.

University Research Institute of Urban Environment and Human Resources, UEHR. National Kapodistrian University of Athens Medical School, IOM, (2006). Equality in Health: Greek National Report. [Online] European Commission. Available at: <http://www.uehr.panteion.gr/equality/download/Revised%20GR%20National%20Report%2021-12-06.pdf> [Accessed 15 February 2009].

Vydelingum, V. (2005). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*. 13(1): 23–32

Walsh, D., & Downe, S. (2006) Appraising the quality of Qualitative Research. *Midwifery*, 22. 108-119.

Watts, R., Cuellar, G., and O'Sullivan, L. (2008) Developing a blueprint for cultural competence education at Penn. *Journal of professional Nursing*. 24. 136-142

Wells, A., and Black, M. (2000) Cultural competency for professionals. Bethesda, Maryland: American Occupational Therapy Association.

Weller, SC., Baer, RD. (2001) Intra- and intercultural variation in the definition of five illnesses: AIDS, diabetes, the common cold, empacho and mal de ojo. *Cross-Cultural Research*, **35**:201–226

Willis, WO. (1999) Culturally competent nursing care during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs*, **13**:45–59

W.H.O (World Health Organization), (1986) *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Ontario, Canada 17- 21 November 1986 (Updated 1 April 2006) Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [Accessed 1 February 2009].

World Health Organization (1986) *The Ottawa charter for Health Promotion* In Kaplan A (ed) 1992: “*Health Promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health*” Copenhagen: WHO Regional office for Europe, European Series No: 44, pp:2

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-ET-10-001/EN/KE-ET-10-001-EN.PDF 29/10/12

http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_21main_gr/populationcondition_21main_gr?OpenForm&sub=1& 29/10/12

Zhao, S., Akkadechanunt, T. (2011) Patients perceptions of quality nursing care in a Chinese Hospital. *International Journal on Nursing and Midwifery*. **3**(9). 145-149

16. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

16.1 Εργαλείο στα Ελληνικά

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

The RCTSH Cultural Competence Assessment Tool (CCATool)

Αγαπητέ Συνάδελφε/ισσα,

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση της πολιτισμικής σας επάρκειας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος της διδακτορικής μου διατριβής στη Κοινωνική Νοσηλευτική, στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Πολιτισμική επάρκεια είναι η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων (Paradopoulos & Lee, 2002).

Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα βοηθήσουν στην προαγωγή της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, σε σχέση με την πολιτισμική επαγρύπνηση, γνώση, ευαισθησία και πρακτική. Το ερωτηματολόγιο είναι μια άσκηση αυτοαξιολόγησης.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας. Μπορείτε να αποσυρθείτε από την μελέτη οποιαδήποτε

στιγμή το επιθυμείτε. Η χρήση των δεδομένων θα γίνει κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην προσδιορίζει συγκεκριμένα άτομα. Η συμβολή σας είναι πολύτιμη στην ομαλή διεξαγωγή της μελέτης.

Είμαι στη διάθεση σας για περισσότερες πληροφορίες.

Στους πίνακες των δηλώσεων παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που σας φαίνεται ως η πιο κατάλληλη. Μην ξοδέψετε πολύ χρόνο σκεπτόμενοι την απάντησή σας. Παρακαλώ να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι δηλώσεις.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Μάριος Βασιλείου

Υποψήφιος Διδάκτορας Κοινωνικής Νοσηλευτικής

mz.vasiliou@edu.cut.ac.cy

Τηλ. Επ.: 23741581, 96744900, 23200191

A) Αξιολογώντας τη πολιτισμική σας επαγρύπνηση

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

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

Δεν γνωρίζω καθόλου την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα

Γνωρίζω πολύ καλά την εθνική και πολιτισμική μου ταυτότητα

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**B) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας γνώση**

	Δηλώσεις	Συμφωνώ απόλυτα 3	Συμφωνώ 2	Διαφωνώ 1	Διαφωνώ απόλυτα 0
1	Το να αναγνωρίζεις την εθνικότητα όλων των πελατών, διευκολύνει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή των υπηρεσιών αυτών				
2	Για να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα απαιτείται επαρκής γνώση της κουλτούρας του πελάτη				
3	Δεν είναι δυνατό να υπάρξει πλήρης γνώση όλων των κουλτούρων των ανθρώπων				
4	Υπάρχουν πολλά που πρέπει να μάθουμε όσο αφορά τις παραδόσεις (ήθη και έθιμα) του πελάτη				
5	Οι άνθρωποι από εθνικές μειονότητες, έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας				
6	Η διάκριση και η παρενόχληση στην καθημερινή ζωή, οδηγούν τους ανθρώπους σε συμπεριφορές που μπορούν να βλάψουν την υγεία τους				
7	Τα ποσοστά των ατόμων που διαγνώστηκαν με τον HIV είναι υψηλότερα στον ντόπιο πληθυσμό σε σχέση με τους μετανάστες				
8	Τα ποσοστά της Φυματίωσης είναι υψηλότερα μεταξύ των Ασιατικών κοινοτήτων σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό				
9	Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται τα πολιτισμικά πιστεύω και οι πρακτικές των διαφόρων ομάδων άλλων εθνικοτήτων, όταν τους παρέχουμε υπηρεσίες δημόσιας υγείας				
10	Τα ποσοστά του ιού της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι υψηλότερα μεταξύ των μεταναστών που προέρχονται εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) σε σχέση με το ντόπιο πληθυσμό				
Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ					

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

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

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



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Γ) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας ευαισθησία

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

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δεν θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας

Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να δείξει εμπιστοσύνη, σεβασμό και ενσυναίσθηση σε όλους τους ανθρώπους οποιασδήποτε κουλτούρας

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Δ) Αξιολογώντας την πολιτισμική σας πρακτική

	Δηλώσεις	Συμφωνώ απόλυτα 3	Συμφωνώ 2	Διαφωνώ 1	Διαφωνώ απόλυτα 0
1	Οι υποβόσκουσες μορφές ρατσισμού είναι καταστροφικές όσο και οι προφανείς μορφές				
2	Ο ρατσισμός μπορεί να υπάρξει από απερισκεψία, άγνοια ή και προκατάληψη των επαγγελματιών υγείας				
3	Η αναγνώριση ρατσιστικών συμπεριφορών, είναι ευθύνη του κάθε επαγγελματία υγείας				
4	Η συμμετοχή χρηστών στην φροντίδα τους πρέπει να ενθαρρύνεται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας				
5	Οι επαγγελματίες υγείας και οι πελάτες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας				
6	Η καλύτερη πρακτική μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία κυβερνητικών και εθελοντικών φορέων				
7	Η εμπειρία των εθελοντικών οργανώσεων για προστασία μειονοτήτων, πρέπει να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά για την παροχή συμβουλών σχετικών με την εφαρμογή σωστής πρακτικής				
8	Η αξιολόγηση των πελατών επηρεάζεται από την προκατάληψη και τα στερεότυπα				
9	Η αξιολόγηση της κουλτούρας των πελατών πρέπει να ενσωματωθεί στην γενική αξιολόγηση που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας στους πελάτες τους και να μην γίνεται χωριστά				
10	Οι πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία πρέπει να λάβουν υπόψη τις επιρροές της κουλτούρας και την επίδρασή τους στον πελάτη, την οικογένεια και την κοινότητα				
Εάν θέλετε να επεξηγήσετε τις απαντήσεις στις πιο πάνω δηλώσεις παρακαλώ σημειώστε εδώ					

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δημογραφικά δεδομένα

Παρακαλώ σημειώστε στο σχετικό τετράγωνο

1. Φύλο: ⁰ Άνδρας ¹ Γυναίκα

2. Ηλικία: _____ χρονών

3. Εθνικότητα (Κατηγορίες απογραφής, 2001):

1 Κύπριος/ια 2 Ελλαδίτης/ισα 3 Βρετανός/η 4 Άλλο --

4. Χώρα γέννησης: _____

5. Αν γεννηθήκατε εκτός Κύπρου, πόσα χρόνια ζείτε στην Κύπρο; _____ Χρόνια

6. Θρησκεία:

1 Χριστιανός Ορθόδοξος

4 Άθεος

2 Καθολικός/Μαρωνίτη

5 Μάρτυρας Ιεχωβά

3 Μουσουλμάνος

6 Άλλο

7. Γλώσσες

α) Ποια η μητρική σας γλώσσα:

1 Ελληνικά

2 Αγγλικά

3 Τούρκικα

4 Άλλο

β) Άλλες γλώσσες που μιλάτε: _____

8. Επαγγελματική εμπειρία:

(α) Είσαι

1 Επισκέπτης υγείας (Τμήμα προστασίας μητρότητας, Σχολική Νοσηλευτική)

2 Νοσηλευτής κατ' οίκον νοσηλείας

3 Κοινοτικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας

4 Νοσηλευτής Αγροτικού Κέντρου

(β) Πόσα χρόνια δουλεύεις ως νοσηλευτής; _____ Χρόνια

(γ) Πόσα χρόνια δουλεύεις στο επάγγελμά σου ως επισκέπτης υγείας ή ως νοσηλευτής κατ' οίκον νοσηλείας ή ως κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας; _____ Χρόνια

9. α) Στην τελευταία σας αξιολόγηση αναγνωρίστηκε οποιαδήποτε εκπαίδευση σχετική με τη πολιτισμική σας επάρκεια;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ

β) Πιστεύετε πως χρειάζεται αξιολόγηση της πολιτισμική σας επάρκειας;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ

10. Νομίζετε ότι η επίτευξη πολιτισμικής επάρκειας είναι προτεραιότητα στην υπηρεσία σας;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ

11. Πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή με άτομα διαφορετικής εθνικότητας;

2 Πολύ συχνά 1 Συχνά 0 Σπάνια

12. Έχετε ζήσει στο εξωτερικό και για πόσα χρόνια; _____Χρόνια

13. Εκπαίδευση: 1 Δίπλωμα 2 Πτυχίο 3 Μεταπτυχιακό

14. Άλλη εκπαίδευση: _____

15. Νομίζω στην Κύπρο υπάρχει η ίδια πολιτισμική επάρκεια με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες:

3 Συμφωνώ απόλυτα 2 Συμφωνώ 1 Διαφωνώ 0 Διαφωνώ απόλυτα

16. Έχετε παρακολουθήσει το εργαστήριο για την Πολιτισμική Επάρκεια;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ

17. Πόσο σας βοήθησε για την Πολιτισμική σας Επάρκεια η συμμετοχή σας στο εργαστήριο;

1 Πάρα Πολύ 2 Πολύ 3 Λίγο 4 Καθόλου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

16.2 Αίτηση προς Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (ICN) για μοριοδότηση του εργαστηρίου

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

FORM A

APPLICATION FOR APPROVAL

Event organiser: Cyprus Nurses and Midwives Association CY.N.M.A. (PASYNM)

Contact person: Mr NicosSavva

Job title: Assistant Treasurer, Member of the Board of Cyprus Nurses and Midwives Association

Address: 1, Tagmatarchou Pouliou street,
Appart. 101, 1101Nicosia ,
P.O. Box 24015
Cyprus

Tel: 357 22 771994

Fax: 357 22 771989

Email: nickelenafam@hotmail.com

Event title: Cultural Competence of Community Nurses

Event date and venue: 1-2 December 2010 Siakolio Education Health Center, Nicosia

Event Description: Half day Seminar (training).

AIM*: To examine the quality of care provided to people in the community from different cultures, as well as their health, social and psychological needs.

OBJECTIVES*: To improve nursing practice in the community, achieving better quality of care through understanding of target group's psychosocial, physical and social needs.

TARGET AUDIENCE: Community Nurses (home care nursing, mental health nursing, and health visitors).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

NEEDS ASSESSMENT*

This is an innovative seminar. No training has been done before on transcultural issues to community nurses

ORGANISATION AND PLANNING OF THE EVENT

The organization and planning was done about 9 months ahead.

In this the members of the Community Nursing Division will help as well as the Leaders of this event, Mr Vasiliou and Dr Kouta.

Programme planning committee:

Dr Kouta Christiana

Mr Vasiliou Marios

Mrs Maria Stylianou

DESCRIBE THE RESOURCE PROVISIONS FOR THE EVENT:

1. Human resources for:

Planning and Organizing: CY.N.M.A.'s Community Nursing Specialty group

Registration and record keeping: **Mr Vasiliou Marios**

Implementation: Programme planning committee

Evaluation: CY.N.M.A.'s Community Nursing Specialty group

2. Material resources e.g. funds and other forms of material support.

The event is co-funded by companies of wound care and healthy nutrition.

The seminar venue is offered free of charge by the Cyprus University of Technology and Community Nursing Division (CYMNA).

ENVIRONMENT/ FACILITIES

1. Expected attendance? About 130 community nurses whose names will be given in advance by their supervisors.

2. Briefly describe the venue facilities:

The Siakolio education Health Center is located in the capital city Nicosia. It holds events and seminars mainly for nurses; The premises will be used for free. The main conference room can hold up to 75 delegates. The audiovisual support (laptop, projector) will be supplied by Cyprus University of Technology board. More information on the Siakolio Education Health Center can be obtained here: administration@cut.ac.cy however the web page is Greek.

PROGRAMME

The programme of the event is attached. The presenters are all invited to speak due to their expertise on the subject. A biography form B for all speakers is included. A brief abstract is also included about each session below the Biography form.

Evaluation

An evaluation form is included both in Greek and English. The evaluation will be analyzed by the organizing committee.

The attendance verification forms will be collected by the organizing committee and will be handed to Mr. Savva to prepare the excel file and sent it to you in order to issue the certificates.

The checking of the audience presence in the room will be done by the organizing committee as the list of the participants will be ready in advance. The attendees will be signing during registration and every time they leave the room with time settings.

**16.3 Απαντητική επιστολή από την ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ
ΚΥΠΡΟΥ**

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2010.01.04
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

17 Φεβρουαρίου 2010

Κύριο Μάριο Βασιλείου
Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τ.Κ 12715
2252 Λευκωσία

Αξιότιμε κύριε Βασιλείου,

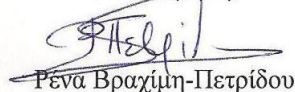
Θέμα: Διεξαγωγή διδακτορικής έρευνας « Αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτικών Λειτουργιών της Κύπρου»

Αναφέρομαι στις επιστολές σας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, με ημερομηνίες 9 και 16 Φεβρουαρίου 2010 για το πιο πάνω θέμα.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, εργαλείο αξιολόγησης πολιτισμικής επάρκειας και ερευνητικό πρωτόκολλο) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της διδακτορικής σας έρευνας.

Με εκτίμηση,


Ρένα Βραχίμη-Πετρίδου

Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

**16.4 Απαντητική επιστολή από ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ.Φακ.Υ.Υ. 5.4.05

12 Απριλίου 2010

Κύριο
Μάριο Βασιλείου,
Νοσηλευτικός Λειτουργός
(Μέσω: Προϊστ. Λειτουργ. Επισκεπτριών Υγείας)

Π. Σταυρινού 13/4/2010

Έχω οδηγίες να αναφερθώ σε επιστολή σας ημερομηνίας 26/2/2010 με αίτημα παραχώρησης άδειας διεξαγωγής έρευνας με θέμα: «Αξιολόγηση της Πολιτισμικής Επάρκειας των Κοινοτικών Νοσηλευτών της Κύπρου» και θα ήθελα να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, μετά από τα συμπληρωματικά στοιχεία που έχετε προσκομίσει, έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων της υπηρεσίας στα οποία θα διεξάγεται η έρευνα.

Επίσης παρακαλείστε όπως ενημερώσετε τους Προϊστάμενους των επηρεαζόμενων τμημάτων για την διεξαγωγή της έρευνας.

Επιπλέον προϋποθέτει και την αυτόματη δέσμευση σας για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της έρευνας σας.

Ρ. Σταυρινού

(Ροδοθέα Σταυρινού)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Προϊστάμενη Νοσηλ.Λειτουργό ΝΑΜ III,
Προϊστάμενη Λειτουργό Επισκεπτριών Υγείας
Προϊστάμενο Νοσηλευτικό Λειτουργό, Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

16.5 Ανοικτά σχόλια εργαστηρίου

11.1.1 Αποτελέσματα από την άσκηση διευκρίνισης αξιών (ανοικτά σχόλια)

Οι δυνάμεις που κυριάρχησαν στις περισσότερες ομάδες ήταν οι εξής:

η ευγένεια, ευαισθησία, ειλικρίνεια, αποφασιστικότητα, τιμιότητα, εργατικότητα, εχεμύθεια, κατανόηση, επαγγελματισμός, δημιουργικότητα, φιλοδοξία, υπομονετικότητα, αξιοπρέπεια, σεβασμός, κοινωνικότητα, χιούμορ, ανεξαρτησία, δυναμικότητα, γενναιοδωρία, φιλικότητα, διακριτικότητα, ψυχραιμία, ενσυναίσθηση, επικοινωνιακοί, αυτοπεποίθηση, επιμονή, αποδοχή άλλων, καλοί ακροατές, οργανωτικοί, προσαρμοστικότητα, αυτοέλεγχος, ανεκτικότητα.

Τα Επιτεύγματα που κυριάρχησαν ήταν:

η μητρότητα/πατρότητα, οικογένεια, σπουδές, επαγγελματική κατάρτιση, άρτιες συζυγικές σχέσεις, καριέρα, επαναπατρισμός, εξασφάλιση κατοικίας, αποδοχή, φίλους, κοινωνική αναγνώριση, ταξίδια και χόμπι, επαγγελματική εξέλιξη, καλές εργασιακές σχέσεις, οικονομική ανεξαρτησία, πνευματική καλλιέργεια, υγεία.

Ένας συμμετέχοντας στη συζήτηση στο τέλος αυτής της ενότητας ανέφερε μία εμπειρία του, η οποία αφορούσε ένα Μάρτυρα του Ιεχωβά ασθενή που έπρεπε να του γίνει επείγον μετάγγιση αίματος γιατί θα πέθαινε και ο ίδιος λόγω των θρησκευτικών του πεποιθήσεων αρνιόταν. Τότε ειδοποιήθηκε ο γενικός εισαγγελέας, όπως ανέφερε, και δια νόμου έγινε η μετάγγιση και σώθηκε ο ασθενής. Αυτό έδωσε τροφή για συζήτηση στο θέμα της νομοθεσίας, όπου η ομιλήτρια ανέφερε πως η εκάστοτε νομοθεσία αποτελεί σύμμαχο για τον/την επαγγελματία υγείας, και έχει υποχρέωση να την γνωρίζει τόσο για το δικό τους καλό, όσο και για τους/τις πελάτες/τισσες.

11.1.2 Αποτελέσματα άσκησης για τα στερεότυπα (ανοικτά σχόλια)

Τα στερεότυπα που αναφέρθηκαν έχουν ως εξής:

- Βιετναμέζοι/ες: *Αντροχωρίστρες, προβαίνουν σε σεξουαλικές πράξεις με αμοιβή, τρώνε υπερβολικά, έχουν διατροφικές απαιτήσεις, κλέβουν, διεκδικητικές, όχι ειλικρινής, πονηρές, εργατικές, καθαρές, παίρνουν πρωτοβουλίες, έξυπνες, μαθαίνουν εύκολα.*
- Τούρκοι/Τουρκοκύπριοι: *Αγράμματοι, ύπουλοι και πονηροί, συμφεροντολόγοι, «κκιλύντζηροι», εκμεταλλευτές, τουρκόσποροι, εχθροί μας, φανατισμένοι, απολίτιστοι, βρομάνε, οπισθοδρομικοί, κατακτητές, αδιάλλακτοι, αδίστακτοι, «καλός τούρκος ο νεκρός», «αδέλφια μας και εμείς αδελφοκτόνοι», έχουν προτεραιότητα στις υπηρεσίες μας, λεηλατούν τα θρησκευτικά μας σύμβολα, καλοί διπλωμάτες, έχουν δυνατές φιλίες με άλλες χώρες.*

Να τονιστεί ότι σε αυτό το σημείο οι νοσηλευτές/τριες ανέφεραν ότι ένιωθαν ιδιαίτερα φορτισμένοι/ες και σχεδόν όλοι ανέφεραν ότι λόγω των ιστορικών γεγονότων που βίωσε ο λαός από αυτή την πολιτισμική ομάδα, βγαίνει ένα αίσθημα θυμού και εκδίκησης. Αρκετοί ανέφεραν ότι αυτά που πιστεύουν για τους Τούρκους τους τα αποδεικνύει η ιστορία.

Παρόλα αυτά ανέφεραν πως όταν βλέπει κάποιος ατομικά και μάλιστα ως πελάτες με πρόβλημα υγείας, πρέπει τα στερεότυπα να αφήνονται και να συμπεριφερόμαστε ως επαγγελματίες εξυπηρετώντας τον κάθε πελάτη. Στο τέλος ανέφεραν πως με την πρώτη μικρή αφορμή, πολύ εύκολα βγαίνουν και πάλι στην επιφάνεια τα στερεότυπά τους.

- Φιλιππινέζοι/ες: *Φροντίστριες, χαμηλή μόρφωση, τις θεωρούμε προσωπική ιδιοκτησία και συχνά ως σεξουαλικά αντικείμενα (και αντίθετα), τις εκμεταλλευόμαστε συχνά, φτωχοί, παράξενες διατροφικές συνήθειες, ψεύτες, κλέφτες, αιτίες διαζυγίων, κακή εμφάνιση, κατώτεροι, υπαίτιοι για την ανεργία.*
- Σρι Λανκέζοι/ες: *Έχουν ιδιαίτερη οσμή, άτομα μη εμπιστοσύνης, καταθλιπτικά άτομα, πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, φτωχοί, λίγες γνώσεις σε θέματα υγείας.*
- Αθίγγανοι: *Κλέφτες, βρώμικοι, τεμπέληδες, αμόρφωτοι, ζητιάνοι, κατώτερη τάξη, φτωχοί, φορείς ασθενειών, πολύτεκνοι, έχουν ισχυρούς δεσμούς μεταξύ τους, σκουρόχρωμοι, μετανάστες, πολύ χαμηλό επίπεδο ατομικής υγιεινής, έχουν μεταδοτικές ασθένειες, ανεμβολίαστοι, όλοι σχεδόν καπνιστές, υπεύθυνοι για την εγκληματικότητα, πλανόδιοι. Παρόλα αυτά πρέπει να*

εμβολιαστούν, να τους εξασφαλιστεί κατοικία, να τους δοθεί ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επιδόματα και εκπαίδευση.

Οι επαγγελματίες εδώ υποστήριξαν ότι η συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα δεν θέλει να δουλέψει, μόνο ζητούν, δεν προσφέρουν ποτέ τίποτα, παρασιτούν, δεν θέλουν να αλλάξουν. Μηδένιζαν την αξία των γύφτων λέγοντας ότι «πάντα έτσι είναι».

Κατά τη συζήτηση αναφέρθηκε ότι ίσως προσεγγίζονται με λάθος τρόπο αυτά τα άτομα. Επίσης εδώ η ομιλήτρια αναφέρθηκε λίγο περισσότερο σε αυτή την ομάδα δίνοντας ερωτήματα προβληματισμού όπως, ίσως προσεγγίζουμε σαν κοινωνία με λάθος τρόπο αυτά τα άτομα. Ίσως αν προσεγγίζονταν οι αρχηγοί αυτής της ομάδας πρώτα και μετά τα υπόλοιπα μέλη, τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά.

- Ανατολικές χώρες: Απαιτητικοί, επικίνδυνοι, προκλητικοί, επιθετικοί, προβληματικοί, υπαίτιοι για κλοπές και ναρκωτικά, αλκοολικοί, υπαίτιες οι γυναίκες για διαζύγια, χαμηλής νοημοσύνης, έχουν μολυσματικές ασθένειες, μέλη μαφίας, δημιουργούν γκέτο, ψεύτες, ύπουλοι, βίαιοι, από χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

11.1.3 Αποτελέσματα άσκησης με σενάρια για την πολιτισμική ευαισθησία: Θέτοντας σε εφαρμογή την πρακτική ενάντια στη διάκριση (ανοικτά σχόλια)

Για την πολιτισμική ευαισθησία δόθηκαν διάφορα σενάρια στις ομάδες όπου η κάθε ομάδα παρουσίαζε με ένα εκπρόσωπό της συνοπτικά τα αποτελέσματα.

Ομαδοποίηση των απαντήσεων των ομάδων σεναρίου 1: *Σεβασμός στις θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις τις οικογένειας, να υπάρχει επαγρύπνηση, γνώση, ευαισθησία και ικανότητα. Να γίνει προσπάθεια να κλείσουμε ραντεβού με το πατέρα όποτε μπορεί και να τον ενημερώσουμε, να παραπέμψουμε το περιστατικό σε ψυχίατρο για περαιτέρω βοήθεια της οικογένειας. Αντιλαμβανόμαστε ότι έχουμε μια πατριαρχική οικογένεια με έντονες τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Έχουμε μια 'άβουλη' μάνα και ένα πατέρα με αντίσταση προς τις υπηρεσίες. Πρέπει να δουλέψουμε ως ομάδα και να φέρουμε διερμηνέα για να νιώσουν πιο άνετα και να τους ενημερώσουμε αλλά και να μάθουμε και τι ζητούν. Να προσεγγίσουμε κάποιο άτομο από τη δική τους θρησκεία. Να μην είμαστε κριτικοί και δικαστικοί απέναντί τους, δείχνοντας υπομονή και κατανόηση στο περιστατικό.*

Ομαδοποίηση των απαντήσεων των ομάδων σεναρίου 2: *Θα προσπαθήσουμε να επικοινωνήσουμε μη λεκτικά, να δείξουμε υπομονή, να παρέχουμε ψυχολογική στήριξη, να φέρουμε κάποιο ομοεθνή της και να εξηγήσουμε τη διαδικασία που θα ακολουθήσουμε. Να προσπαθήσουμε να μειώσουμε το φόβο και το άγχος της. Να γίνει λήψη ιστορικού υγείας και να γίνουν αναλύσεις και ιατρική εξέταση. Να γίνει διδασκαλία για θηλασμό, σωστή διατροφή και για περιποίηση του βρέφους. Να επικοινωνήσουμε με το γραφείο ευημερίας και μεταναστών, να αποταθούμε σε εθελοντές για ρούχα και για διαμονή, και να οργανωθούν κατοίκων επισκέψεις.*

Αποτελέσματα άσκησης με σενάρια για την πολιτισμική επάρκεια: Θέτοντας σε εφαρμογή την πρακτική ενάντια στη διάκριση (ανοικτά σχόλια)

Για την πολιτισμική επάρκεια δόθηκαν επίσης διάφορα σενάρια και ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις.

Ομαδοποίηση των απαντήσεων των ομάδων σεναρίου 1: *Να την αντιμετωπίσουμε ως ισότιμο μέλος της ομάδας υγείας. Να μην ενισχύονται τα σχόλια για το πτυχίο της και τη ζωή της. Να γίνει ενημέρωση για αντικειμενική άποψη. Να της γίνει αποδοχή σε φιλικό επίπεδο και να της δοθεί ψυχολογική στήριξη. Να αντιμετωπιστεί η αμφισβήτηση για την ηθική της αξιοπρέπεια.*

Ομαδοποίηση των απαντήσεων των ομάδων σεναρίου 2: *Να φέρουμε διερμηνέα ή άλλο ομοεθνή του για να επικοινωνήσουμε μαζί του. Να γίνει επεξήγηση ενεργειών και διαδικασιών όπου θα του γίνουν. Να του παρέχουμε ψυχολογική υποστήριξη για να μειώσουμε το άγχος και του φόβου του, και να ενημερώσουμε τους αρμόδιους πολιτικούς φορείς. Να του παρέχουμε μετεγχειρητική φροντίδα και να γίνει επικοινωνία με κοινοτικούς νοσηλευτές για να παρακολουθηθεί στη συνέχεια. Να τηρηθεί το ιατρικό-νοσηλευτικό απόρρητο.*

Ομαδοποίηση των απαντήσεων των ομάδων σεναρίου 3: *Να διακατεχόμαστε από ευαισθησία και ευγένεια, και να την ενημερώσουμε για τις διαδικασίες. Να την παραπέμψουμε στο γραφείο τύπου και πληροφοριών για μετάφραση του εντύπου εμβολιασμού. Να δοθούν γραπτώς οδηγίες και να διευθετηθεί το επόμενο ραντεβού. Να προσεγγιστεί ομοεθνή της που γνωρίζει Ελληνικά ή έστω Αγγλικά.*