

Πως επιτυγχάνεται η πολιτισμική επάρκεια στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας;

Authors: Καρανικόλα Μαρία¹, Κλεάνθους Ευφροσύνη².

1. RN, PhD Λέκτορας Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Τμήμα Νοσηλευτικής

2. RN, MSc Κλινική Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθαλάσσας

Φορέας μελέτης: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πρόγραμμα «Πρόληψη και Κοινωνική Φροντίδα Ψυχικής Υγείας»

Περίληψη

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει περιορισμένη πολιτισμική επάρκεια στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας ως προς τη φροντίδα ατόμων διαφορετικών πολιτισμών, αλλά και ελλείψεις στα προγράμματα σπουδών σχετικά με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική. Στο άρθρο επισημαίνονται κάποιες βασικές διαφορές μεταξύ δυτικών και μη δυτικών πολιτισμών ως προς τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Επίσης, περιγράφονται οι αρχές της Leininger (2002) για τη διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, και παράλληλα αναλύεται το πρότυπο των Papadopoulos et al., (2006) το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί προκειμένου να ενισχυθεί η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Τα δομικά στοιχεία του μοντέλου περιλαμβάνουν την πολιτισμική αυτογνωσία, την πολιτισμική γνώση, την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια.

Institution: Cyprus University of Technology, School of Nursing, Promotion & Community Mental Health Care Project

Abstract

Research evidence indicates that mental health nurses have limited awareness and knowledge about the care of culturally diverse people as well as deficiencies in education programmes in transcultural nursing. The article demonstrates fundamental differences of mental health nursing care in western and non-western societies. It also describes Leininger's principles for transcultural mental health nursing as well as the application of Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of mental health nurse's cultural competence. The structural elements of this model are cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity and cultural competence.

Εισαγωγή

Οι ψυχικά πάσχοντες που ζουν στην κοινότητα συνιστούν ομάδα με συγκεκριμένη υποκοουλτούρα (George, 2000; Leininger, 1978). Συγκεκριμένα, η κοσμοθεωρία, η εθνοιστορία της ψυχικής νόσου, οι πολιτισμικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες, επηρεάζουν σημαντικά τις συμπεριφορές και τις συνήθειες των ψυχικά πασχόντων συνολικά. Επομένως, οι ίδιοι αντιλαμβάνονται ότι αποτελούν μια υποομάδα, με κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά, πολιτισμικές νόρμες, αξίες, και συνήθειες, η οποία διαφέρει από την ευρύτερη πολιτισμική ομάδα και γι' αυτό επιθυμούν τρόπους φροντίδας πολιτισμικά σύμφωνους με τις ανάγκες τους, ευέλικτους και ικανούς να υποστηρίξουν το δυναμικό και να προάγουν την ανάπτυξή τους.

Επομένως, η ύπαρξη ψυχικής νόσου, από τη μία, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εθνότητάς ή της θρησκείας, από την άλλη, διαφοροποιούν το άτομο από την ευρύτερη πολιτισμική ομάδα. Ειδικότερα, τα μέλη πολιτισμικών υποομάδων που περιθάλπονται σε δομές ψυχικής υγείας συχνά δεν λαμβάνουν την σωστή αντιμετώπιση εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης ή μη κατανόησης των αναγκών τους (Moscato, 2004). Αυτό είναι αποτέλεσμα του δυτικού εθνοκεντρικού τρόπου σκέψης και της απουσίας πολιτισμικής γνώσης ως προς την ψυχική υγεία (Leininger, 2002).

Επίσης, οι μειονοτικές ομάδες εμφανίζουν μειωμένη πρόσβαση στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω των πολιτισμικών τους πεποιθήσεων, του επακόλουθου στίγματος και αίσθησης ντροπής, αλλά και λόγω αναποτελεσματικής συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή ρατσιστικών στάσεων από μέρους τους (Bradby et al., 2007; Wynaden, 2005, Ζαρταλούδη 2008).

Ειδικότερα για την Ελλάδα, αν και φαίνεται ότι οι μετανάστες εφόσον προσεγγίσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας τις χρησιμοποιούν στον ίδιο βαθμό με τους Έλληνες, ωστόσο δεν αναζητούν βοήθεια

τόσο εύκολα όσο οι Έλληνες. Αυτό ίσως οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με την ύπαρξη και του τρόπου χρήσης των υπηρεσιών αυτών (Anagnostopoulos et al., 2004). Άλλοι παράγοντες που δυσχεραίνουν την αναζήτηση και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τα μέλη μειονοτικών ομάδων είναι η απουσία γνώσης για τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών, πιθανά λόγω του χαμηλού εκπαιδευτικού και κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου των μεταναστών, η ελλιπής γνώση της γλώσσας και η περιορισμένη ικανότητα διαπραγμάτευσης με το σύστημα υγείας, η περιορισμένη υποστήριξη από την οικογένεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απουσία υπηρεσιών με διαπολιτισμικό χαρακτήρα, ο ανεπαρκής αριθμός μεταφραστών στις υπηρεσίες, καθώς και η ακαταλληλότητα του συστήματος παραπομπής (Sadavoy et al., 2004).

Περαιτέρω, από τη μία, οι νοσηλευτές εκτίθενται σε άτομα και οικογένειες που βιώνουν ασθένειες που σχετίζονται με τον πολιτισμό (culture-bound illness), των οποίων η συμπτωματολογία μιμείται ψυχιατρικά προβλήματα (Campinha-Bacote, 1994a, 1994b). Από την άλλη, τα μέλη των μειονοτήτων φαίνεται ότι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών παθήσεων συγκριτικά με την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Μάλιστα, η επίπτωση της σχιζοφρένειας και των διαταραχών διάθεσης είναι υψηλότερη στους μετανάστες της Δ.Ευρώπης, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Cantor-Graae and Selten, 2005; Veling et al., 2007). Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές καλούνται να είναι πολιτισμικά ευαίσθητοι ως προς τα τραυματικά βιώματα των προσφύγων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία τους, όπως οι πόλεμοι ή ο αποχωρισμός αγαπημένων προσώπων (Procter, 1998). Μάλιστα, οι γυναίκες πρόσφυγες θεωρούνται ιδιαίτερα ευάλωτος πληθυσμός με αυξημένες ανάγκες ψυχικής υγείας (Wynaden, 2005), ενώ οι φυλετικές διακρίσεις προς τις μειονοτικές ομάδες φαίνεται ότι σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Cantor-Graae & Selten,

2005). Μελέτες υποστηρίζουν ότι πολύ μικρό ποσοστό των προσφύγων και των μεταναστών φέρει ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν από την άφιξη του στη χώρα υποδοχής. Φαίνεται ότι οι δυσμενείς συνθήκες προσαρμογής λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου, αλλά και ως πυροδοτικοί μηχανισμοί, για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (Anagnostopoulos et al., 2004; Μπουφίδης, 2000).

Επομένως, στην άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενσωματώνονται οι αξίες και τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ατόμων, διαδικασία που ενισχύει την ανταπόκριση, την ικανοποίηση και τα οφέλη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Siegel et al., 2005). Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν περιορισμένες δεξιότητες διαπολιτισμικής φροντίδας στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, αλλά και ελλείψεις στα προγράμματα σπουδών σχετικά με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική (Αποστολάρα και συν. 2009, Leishman, 2006), τη στιγμή που ο στόχος είναι να περιοριστούν οι επιπτώσεις λόγω ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση, τη χρήση και το θεραπευτικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από έτερες πολιτισμικές ομάδες (Brach and Fraser, 2000).

Διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή ως η εφαρμοσμένη ολιστική νοσηλευτική γνώση που αφορά στους διαφορετικούς πολιτισμικά τρόπους ζωής ως προς την ψυχική υγεία (Leininger, 2002). Ενσωματώνει ως προς την εκπαίδευση, την έρευνα και την πρακτική της τις αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής (Leininger, 1995). Σκοπός της είναι να αναπτυχθούν αποτελεσματικές και ασφαλείς διαπολιτισμικές πρακτικές, και επομένως υψηλή ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας (Leininger, 2002).

Ειδικότερα, η Leininger (2002) επισημαίνει κάποιες βασικές διαφορές μεταξύ δυτικών και μη δυτικών πολιτισμών ως προς τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας:

1. Τα προβλήματα ψυχοπαθολογίας του δυτικού κόσμου δεν είναι κοινά με των μη δυτικών κοινωνιών.

2. Οι διαγνωστικές κατηγορίες, τα συμπτώματα και οι θεραπευτικές εκβάσεις της Δύσης είναι δύσκολο να εφαρμοστούν σε αρκετούς μη Δυτικούς πολιτισμούς.

3. Σε κάποιους πολιτισμούς η ψυχική διαταραχή δεν ορίζεται, δεν αναγνωρίζεται και δεν εξηγείται με τον ίδιο τρόπο που προσδιορίζεται βάσει των γνωστικών πολιτισμικών σχημάτων, των ερμηνειών ή της επιστημονικής γνώσης του Δυτικού πολιτισμού και των Δυτικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

4. Το «φυσιολογικό και το «μη φυσιολογικό» συνήθως είναι δύσκολο να οριστούν ως δίπολο εξαιτίας των πολιτισμικών επιδράσεων και της πολιτισμικής ποικιλομορφίας.

5. Σε πολλούς πολιτισμούς δεν χρησιμοποιούνται ψυχολογικοί όροι για να ερμηνευτούν πολιτισμικά φαινόμενα.

6. Υπάρχουν καταστάσεις που σχετίζονται με τον πολιτισμό (π.χ έκσταση) που είναι ενσωματωμένες στην κουλτούρα διάφορων ομάδων, οι οποίες περιγράφονται και εξηγούνται με μη ψυχολογικούς ή μη βιολογικούς όρους.

7. Ο διαχωρισμός μυαλού και σώματος είναι συχνά δύσκολο να γίνει αντιληπτός και να εφαρμοστεί σε μη δυτικούς πολιτισμούς και υποπολιτισμούς που βασίζονται στην ολιστική προσέγγιση.

8. Σε αρκετούς πολιτισμούς οι άνθρωποι χρησιμοποιούν λαϊκούς-παραδοσιακούς τρόπους για να βοηθήσουν τα άτομα με συναισθηματικά προβλήματα.

Οι λαϊκοί τρόποι φροντίδας δεν είναι ευρέως γνωστοί και κατανοητοί από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Βασικές αρχές διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

Η πρώτη αρχή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας αφορά στην κατανόηση και στο σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών των πελατών (Leininger, 2002). Όταν ο νοσηλευτής κατανοήσει ότι αυτές οι διαφορές φέρουν συγκεκριμένο νόημα για τους πελάτες, θα μπορέσει να αντιληφθεί την ποικιλότητα των πεποιθήσεων και συμπεριφορών μεταξύ των πελατών και να αναγνωρίσει τις πολιτισμικές παραλλαγές έκφρασης των ψυχικών καταστάσεων. Ουσιαστικά, είναι σε θέση να αξιολογήσει έγκυρα την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-IV-TR), πιθανά να μην περιλαμβάνει και να μην εξηγεί ορισμένα σύνδρομα, ασθένειες ή καταστάσεις που αφορούν σε συγκεκριμένες κουλτούρες όπως προκλητός θάνατος (intentional death), πνευματισμός ή στωικισμός (Leininger, 2002).

Η δεύτερη αρχή ενσωματώνει την αναγκαιότητα ενίσχυσης της αυτογνωσίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας ως προς τις πολιτισμικές στάσεις τους (Leininger, 2002). Εάν ο νοσηλευτής δεν έχει επίγνωση της δικιάς του κουλτούρας και του τρόπου που επηρεάζει την παροχή φροντίδας πιθανά να παρερμηνεύει τις αντιδράσεις του πελάτη και να οδηγηθεί σε λανθασμένες αποφάσεις με δυσμενείς επιπτώσεις. Επίσης, οι πελάτες είναι δύσκολο να πείσουν το προσωπικό υγείας να αντιληφθεί ως «φυσιολογικές» τις πεποιθήσεις και τις αντιδράσεις τους ή να κατανοήσει τι θεωρείται «παθολογικό» στο δικό τους πολιτισμό.

Η τρίτη αρχή υπογραμμίζει την αναγκαιότητα συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ειδικού κλινικού νοσηλευτή στη διαπολιτισμική φροντίδα, ο οποίος θα έχει το ρόλο συμβούλου (μέντορα) (Leininger, 2002). Οι μέντορες λειτουργούν ενισχυτικά απέναντι στους αρχάριους νοσηλευτές και τους καθοδηγούν ώστε να αναστοχαστούν τις πολιτισμικές καταβολές τους, τις στάσεις και

τις συμπεριφορές τους που μπορεί να επηρεάζουν την παρεχόμενη φροντίδα. Επίσης, εκπαιδεύουν τους νοσηλευτές στην ενσωμάτωση των ιδιαίτερων πολιτισμικών στοιχείων των πελατών στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή της αλληλεπίδρασης μέχρι τη λήξη της, αλλά και στην υιοθέτηση ευέλικτων πολιτισμικά στάσεων (Leininger, 2002).

Η τέταρτη αρχή αφορά στην επίγνωση των συνθηκών, της ποικιλίας των κοινωνικών παραγόντων, της κοσμοθεωρίας και του περιβαλλοντικού πλαισίου του πελάτη που σχετίζονται με συμπεριφορές ψυχικής υγείας (Leininger, 2002). Η αιτία της δυσφορίας ή της αποδιοργάνωσης του πελάτη συνήθως σχετίζεται με το πολιτισμικό του πλαίσιο και συχνά συνιστά παραβίαση των πολιτισμικών απαγορεύσεων.

Η πέμπτη αρχή προϋποθέτει ότι ο νοσηλευτής είναι υπομονετικός και παρέχει στον πελάτη τον αναγκαίο χρόνο να εκφραστεί. (Leininger, 2002). Η προσαρμογή στη γλώσσα του πελάτη θεωρείται μια πολύπλοκη και επίπονη διαδικασία που απαιτεί ευελιξία, ευαισθησία, συνειδητή επικέντρωση στην κουλτούρα του πελάτη και κατάλληλη ανταπόκριση στους λεκτικούς και μη τρόπους επικοινωνίας (Kneisl, 2004a).

Η έκτη αρχή της διαπολιτισμικής φροντίδας υπαγορεύει ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας α) είναι ενήμερος για τις συγκεκριμένες περιπτώσεις που θεωρούνται υγιείς ή παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής υγείας στη συγκεκριμένη κουλτούρα ή υποκουλτούρα και β) ανταποκρίνεται σε αυτές με ευαισθησία, γνώση και κατάλληλη αντιμετώπιση (Leininger, 2002). Διαφορετικοί πολιτισμοί προσδιορίζουν διαφορετικά τα όρια και τη χρονική διάρκεια προκειμένου να χαρακτηριστεί μια συμπεριφορά ως αποκλίνουσα. Συγκεκριμένες αποκλίνουσες συμπεριφορές είναι δυνατόν να μην θεωρούνται παθολογικές, ψυχωτικές ή αγχώδεις σε άλλες κουλτούρες. Επιπλέον, κάποια ψυχιατρικά συμπτώματα δεν εκφράζονται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους πολιτισμούς. Κύρια όμως, το πολιτισμικό πλαίσιο, οι συνθήκες ή τα γεγονότα

επηρεάζουν και καθορίζουν εάν συγκεκριμένες πολιτισμικές συμπεριφορές θεωρούνται «φυσιολογικές» ή «παρεκκλίνουσες» (Leininger, 2002).

Το πρότυπο των Papadopoulos, Tilki και Taylor για την πολιτισμική επάρκεια στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Η πολιτισμική επάρκεια αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή ή του συστήματος παροχής υπηρεσιών να κατανοεί και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις ανάγκες ενός ατόμου ή ομάδας που διαφέρουν πολιτισμικά (Moscato, 2004). Βάσει των αρχών της Leininger (2002) για τη διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, το πρότυπο των Papadopoulos et al., (2006) θα μπορούσε να εφαρμοστεί προκειμένου να ενισχυθεί η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτικών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό (Papadopoulos et al., 2006), η πολιτισμική επάρκεια ορίζεται ως η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας ψυχικής υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, αξίες, συμπεριφορές και ανάγκες των πελατών. Τα δομικά στοιχεία του μοντέλου περιλαμβάνουν την πολιτισμική αυτογνωσία, την πολιτισμική γνώση, την πολιτισμική ευαισθησία και την πολιτισμική επάρκεια, τα οποία συνδέονται σύμφωνα με το σχήμα 1.

Η πολιτισμική αυτογνωσία προϋποθέτει αναστοχασμό του συστήματος προσωπικών αξιών και πεποιθήσεων του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, καθώς και της πολιτισμικής του ταυτότητας, κληρονομιάς, ιστορίας, στερεοτύπων και εθνοκετρικών αντιλήψεις του. Ακόμα και αν ο νοσηλευτής δεν έχει συνειδητή επίγνωση των αξιών, των πεποιθήσεων και της πολιτισμικής του ταυτότητας, αυτά υπάρχουν σε ένα υποσυνείδητο επίπεδο και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του.

Η ανάπτυξη πολιτισμικής αυτογνωσίας προϋποθέτει γνώση της ιστορία της ψυχικής νόσου και του αντίστοιχου έθνους (Leininger, 1995). Με τον τρόπο αυτό, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να κατανοήσει το ιστορικό, γεωγραφικό και κοινωνικοπολιτισμικό -

υπόβαθρο των ανθρώπων που φροντίζει. Για την ενίσχυση της πολιτισμικής αυτογνωσίας, ο νοσηλευτής μπορεί να επεξεργαστεί ερωτήματα (Kneisl, 2004a) όπως σε ποια εθνότητα, κοινωνικοοικονομική τάξη, θρησκεία και ηλικιακή ομάδα ανήκει, τι εμπειρίες έχει σχετικά με ανθρώπους διαφορετικών εθνοτήτων, κοινωνικοοικονομικών τάξεων, θρησκειών ή ηλικιακών ομάδων από τη δική του, πως είναι αυτές οι εμπειρίες, τι αισθάνεται γι' αυτές, τι έλεγαν οι γονείς του ή άλλα σημαντικά πρόσωπα όταν ήταν παιδί για όσους ήταν διαφορετικοί από εκείνους, ποιο χαρακτηριστικό της εθνότητας, της κοινωνικοοικονομικής τάξης, της θρησκείας ή της ηλικιακής του ομάδας θεωρεί υποτιμητικό και θα ήθελε να το αλλάξει και γιατί, ποιοι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες του υπόβαθρου του μπορεί να παίζουν ρόλο στην απόρριψή του από μέλη άλλων πολιτισμικών ομάδων, ποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητά του θα τον βοηθούσαν να συνάψει σχέσεις με πρόσωπα από άλλες πολιτισμικές ομάδες και ποια θα μπορούσαν να θεωρηθούν εμπόδια ή ποια είναι τα κριτήρια του προκειμένου να συνάψει σχέσεις με άλλους ανθρώπους.

Περαιτέρω, οι πολιτισμικές καταβολές τόσο του νοσηλευτή όσο και του πάσχοντα μπορεί να επηρεάσουν τη στάση και των δύο σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή (Trigoboff, 2004). Ο νοσηλευτής καλείται να τηρεί μη επικριτική στάση απέναντι στις πολιτισμικές πεποιθήσεις του πελάτη σχετικά με τις ενδεικνυόμενες θεραπείες και ταυτόχρονα να λειτουργεί διαμεσολαβητικό μεταξύ της κουλτούρας του πελάτη και του παρεχόμενου συστήματος φροντίδας. Για να επιτύχει αυτού του είδους πολιτισμική αυτογνωσία, ο νοσηλευτής καλείται να αναστοχαστεί τις ανισότητες και τα λάθη που αφορούν στη ψυχοφαρακο- λογική θεραπεία των μειονοτικών ομάδων και με ποιο τρόπο οι δικές του προκαταλήψεις επηρεάζουν τη χορηγούμενη αγωγή. Επίσης, καλείται να αναστοχαστεί πεποιθήσεις όπως (Trigoboff, 2005) α) η φαρμακοθεραπεία είναι η μόνη κατάλληλη μέθοδος θεραπείας των ψυχικών διαταρα-

χών, β) το άτομο έχει εξ' ολοκλήρου την ευθύνη της ασθένειας του, γ) ο οργανισμός δεν μπορεί να αφομοιώσει τα βότανα, δ) οι λαϊκές θεραπευτικές πρακτικές είναι αντιεπιστημονικές και αντανάκλουν δεισιδαιμονίες.

Επίσης, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να αναστοχαστεί τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του ως προς την αναμενόμενη συμπεριφορά (π.χ βαθμός επιθετικότητας) ή τη στάση (π.χ απόρριψη) άλλων πολιτισμικών ομάδων απέναντι στα ψυχοτρόπα φάρμακα. Για παράδειγμα, αν ο νοσηλευτής θεωρεί ότι ο πάσχων θα αρνηθεί την αγωγή, πιθανά να χορηγήσει παρεντερικά το φάρμακο χωρίς να το διαπραγματευτεί μαζί του. Βέβαια, όπως επισημαίνει και η Campinha-Bacote (2007) οι στάσεις και οι προκαταλήψεις του επαγγελματία υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση και επακόλουθη λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, δεδομένου μάλιστα ότι τις περισσότερες φορές η χορήγηση της αγωγής γίνεται από άτομα που διαφέρουν πολιτισμικά από τον πάσχοντα. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα (DelBello, 1999) που μελετήθηκε η συνταγογράφηση αντιψυχωτικών σε αμερικανοευρωπαίους και αφροαμερικανούς έφηβους, διαπιστώθηκε ότι στους αφροαμερικανούς έφηβους συνταγογραφούνταν περισσότερα αντιψυχωτικά φάρμακα παρόλο που όλοι οι έφηβοι είχαν ίδιας έντασης ψυχικά συμπτώματα. Μια εξήγηση ήταν ότι οι αφροαμερικανοί πιθανά να θεωρούνταν περισσότερο επιθετικοί και ψυχωτικοί.

Η πολιτισμική γνώση μπορεί να αποκτηθεί μέσα από ευρύτερα πεδία γνώσεων όπως η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η βιολογία, η ιατρική και οι τέχνες. Κυρίως όμως απαιτείται εντατική μελέτη και επαφή με διαφορετικούς πολιτισμούς, ώστε να ενδυναμωθεί η κατανόηση του νοσηλευτή σχετικά με ομοιότητες και διαφορές σε θέματα ψυχικής υγείας διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Ειδικότερα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τα πολιτισμικά προσδιοριζόμενα ψυχικά σύνδρομα των ομάδων που φροντίζει. Εί

κοσι από αυτά αναφέρονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Μαδιανός 2006). Βέβαια, κριτική αξιολόγηση της γνώσης αυτής. Για παράδειγμα, το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο που περιγράφεται στο DSM-IV-TR είναι δυνατόν να εκδηλώνεται με διαφορετικά συμπτώματα σε άλλες πολιτισμικές ομάδες όπως με κεφαλαλγίες και «νεύρα» στους Μεσογειακούς λαούς, με αδυναμία και κόπωση στους Ασιάτες ή με καρδιολογικά ενοχλήματα σε άτομα της Μ.Ανατολής (Moscato, 2004). Παράλληλα, περιγραφή όπως «νιώθω ότι μέσα μου υπάρχει ένα τέρας και μου τρώει τα σωθικά», μπορεί σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα να σημαίνει βαθιά στεναχώρια και όχι κιναισθητική ψευδαίσθηση.

Ανάλογα, και η άρνηση της λήψης φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένης πολιτισμικής πεποίθησης ως προς την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων και τις ενδεικνυόμενες θεραπευτικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα ότι η ασθένεια προκαλείται από ένα ανώτερο όν ή ότι η προσευχή και οι ευχές είναι οι μόνοι αποδεκτοί τρόποι θεραπείας (Trigoboff, 2004). Επομένως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τις ιδιαίτερες πεποιθήσεις και πρακτικές για τις θεραπείες των ψυχικών παθήσεων των πολιτισμικών ομάδων που φροντίζει. Σκοπός είναι να τις αξιολογήσει, ακόμη και να εκπαιδεύσει τον πάσχοντα και την οικογένεια του στις κατάλληλες μεθόδους, ώστε να τις ενσωματώσει στο θεραπευτικό σχεδιασμό (Kneisl, 2004b). Επίσης, μπορεί ο ίδιος να εκπαιδευτεί σε κάποιες από αυτές και να τις εφαρμόζει στους πελάτες του. Ειδικότερα, το Εθνικό Κέντρο Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής (NCCAM) των ΗΠΑ προτείνει συγκεκριμένες μη Δυτικές μεθόδους που έχουν αξιολογηθεί και μπορούν με ασφάλεια να ενσωματωθούν στο θεραπευτικό σχεδιασμό συγκεκριμένων ψυχικών δαιταραχών (Kneisl, 2004).

Αναφορικά με ειδικά θέματα ψυχοφαρμακολογίας, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει τις διαφορές

που παρατηρούνται ως προς το μεταβολισμό των ψυχοδραστικών φαρμάκων μεταξύ διαφορετικών φυλών (Hirunsatit, 2007, Trigoboff, 2004). Τα τοξικά επίπεδα, η εξαρτησιογόνος δράση και τα θεραπευτικά αποτελέσματα διαφοροποιούνται μεταξύ των φυλετικών ομάδων (Dimsdale, 2000). Καθοριστική παράμετρος γι'εαυτές τις διαφορές είναι ο μεταβολικός ρυθμός. Οι Ασιάτες έχουν χαμηλό μεταβολικό ρυθμό οπότε εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζει το 95%, ποσοστό υψηλότερο από τους Ευρωπαίους (Morita et al., 2000). Επίσης, λόγω μεταβολικών διαφορών το θεραπευτικό εύρος του Λιθίου διαφέρει μεταξύ Ασιατών (0,4 mEq/L έως 0,8 mEq/L) και Καυκάσιων (0,6 mEq/L έως 1,2 mEq/L). Επίσης, οι Λατινοαμερικάνοι εμφανίζουν χαμηλότερα θεραπευτικά επίπεδα και όρια για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών. Η κλοζαπίνη σχετίζεται με ακοκκιοκυταραιμία στο 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 20% στους Ισραηλίτες. Επίσης, οι γυναίκες εκκρίνουν 40% λιγότερο οξύ στο στομάχι από τους άνδρες, οπότε φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν μεγαλύτερη απορρόφηση πριν εξουδετερωθούν από τα στομαχικά οξέα (Craig, 1999). Επομένως είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη η εθνότητα και το φύλο πριν αποφασιστεί το φάρμακο και η δόση, αλλά και για να προσδιοριστεί η συχνότητα αξιολόγησης των παρενεργειών.

Ένα άλλο σημαντικό πεδίο γνώσης αφορά στο είδος της διατροφής ως ιδιαίτερου στοιχείου της κουλτούρας ενός λαού. που όμως πιθανά. Συχνά, η διατροφή επηρεάζει την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή (Campinha-Bacote, 2007). Όταν εμφανίζονται ανεξήγητες παρενέργειες, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τη διατροφή του πάσχοντα (Campinha-Bacote, 2007). Κάποια φρούτα και λαχανικά επηρεάζουν τα ένζυμα που μεταβολίζουν συγκεκριμένα ψυχοφάρμακα. Για παράδειγμα, ο χυμός γκρέιπφρουτ μπορεί να παρεμποδίσει την λειτουργία κάποιων ενζύμων, ενώ το μπρόκολο, τα λαχανάκια

Βρυξελλών και το λάχανο μπορούν να τα διεγείρουν. Ο υποσιτισμός μπορεί επίσης να επηρεάσει την ανταπόκριση στα φάρμακα, όπως επίσης και η χρήση βοτάνων για θεραπείες. Κάποια βότανα που χρησιμοποιούνται παραδοσιακά στις διάφορες πολιτισμικές ομάδες μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό των ψυχοφαρμάκων ή ακόμη και να προκαλέσουν παρενέργειες όπως σύγχυση, ψυχωτικά συμπτώματα και παραλήρημα.

Ένα άλλο θεραπευτικό ζήτημα που απαιτεί πολιτισμική γνώση αφορά στη σχέση μεταξύ εθνότητας και η οικογενειακής θεραπείας. Η έννοια της οικογένειας προσδιορίζεται κύρια πολιτισμικά. Τα περισσότερα όμως μοντέλα οικογενειακής θεραπείας δεν λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές (Bernal, 2006; McGoldrick, 1982). Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας που συντονίζει θεραπεία οικογένειας θα πρέπει να γνωρίζει ότι μεταξύ των πολιτισμικών ομάδων διαφοροποιούνται α) οι ορισμοί για την οικογένεια, β) οι κύκλοι της οικογενειακής ζωής, γ) η σπουδαιότητα που αποδίνεται στις μεταβατικές αλλαγές της ζωής, δ) τα ζητήματα που θεωρούνται πρόβλημα και τι συνιστά επίλυση προβλήματος, ε) οι στάσεις ως προς την αναζήτηση βοήθειας (Bernal, 2006; McGoldrick, 1982).

Οι παραδοσιακοί-λαϊκοί (folk) τρόποι αντιμετώπισης ζητημάτων ψυχικής υγείας και ασθένειας συνιστούν ένα ακόμη σημαντικό θέμα (Campinha-Bacote, 1994a, 1994b). Η γνώση των λαϊκών θεραπευτικών μεθόδων των πολιτισμικών ομάδων που φροντίζει ο νοσηλευτής μειώνει την πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης συγκεκριμένων καταστάσεων ως ψυχιατρικών διαταραχών. Για παράδειγμα, το *dermabrasen* συνιστά μια πρακτική της λαϊκής ιατρικής των Βιετναμέζων για πυρετό, ρίγος ή κεφαλαλγίες, κατά την οποία γίνεται μασάζ στο δέρμα με λάδι μέχρι να ζεσταθεί και μετά εκσφενδονίζεται στο δέρμα ένα κέρμα προκαλώντας πετέχειες. Αν ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει αυτή τη λαϊκή πρακτική, πιθανά να την παρερμηνεύσει και να τη διαγνώσει λανθασμένα ως

παιδική κακοποίηση (Tripp-Reimer, 1984). Επίσης, η γνώση των αλληλεπιδράσεων ή πιθανής ασυμβατότητας μεταξύ λαϊκών και συμβατικών/δυσικών θεραπειών επίσης προάγει την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Kneisl, 2004b).

Περαιτέρω, η κοινωνική θεωρία περιλαμβάνει μια σειρά προσεγγίσεων που η ενσωμάτωση τους στο γνωστικό πεδίο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας θα μπορούσε να ενισχύσει την πολιτισμική επάρκεια του, όπως η θεωρία της επικοινωνιακής δράσης (Hambermas, 1987), της συμβολικής διάδρασης (Blummer, 1962) ή της ετικε- τοποίησης (Scheff 1966 ; Becker, 1963;) και του στίγματος (Goffman, 1968) της ψυχικής νόσου. Άλλες προσεγγίσεις που αποκαλύπτουν την πολυπλοκότητα της πολιτισμικής διάστασης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας θεωρούνται η φαινομενολογία (Nelson et al., 2009), η εθνομεθοδολογία (Bowers, 1992) και η φεμινιστική θεωρία (Cuguge and Khanlou, 2004). Επίσης, περισσότερο πρόσφατες προσεγγίσεις στην κοινωνική ανθρωπολογία και την κοινωνική θεωρία, όπως ο μεταμοντερνισμός ή ο κριτικός ρεαλισμός μπορούν να ενδυναμώσουν μια πολιτισμικά κριτική στάση απέναντι στο θέμα της εθνότητας, ή του ρατσισμού, και γενικά της διαπολιτισμικότητας στην ψυχική υγεία (Culley, 2006; Hamilton and Manias, 2006).

Η πολιτισμική ευαισθησία αφορά στην ιδιότητα του νοσηλευτή να κατανοεί, να σέβεται και να συνυπολογίζει τη σπουδαιότητα των πολιτισμικών παραγόντων στην παροχή φροντίδας (Moscato, 2004). Αντανακλάται στον τρόπο που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής τους πελάτες που διαφοροποιούνται πολιτισμικά από τον ίδιο (Paradopoulos et al., 2006). Προκειμένου να επιτευχθεί πολιτισμική ευαισθησία ο νοσηλευτής θα πρέπει να θεωρεί τον πελάτη και την οικογένεια του συνεργάτες. Παράλληλα θα πρέπει να εκφράζεται με εν- συναίσθηση, σεβασμό, εμπιστοσύνη και αποδοχή απέναντι στις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις συμπεριφορές σχετικά με την υγεία, την ασθένεια και την πρόληψη, αλλά

και τις θεραπευτικές παραδόσεις κάθε πολιτισμικής ομάδας (Paradopoulos et al., 2006).

Ως προς τις δεξιότητες διαπολιτισμικής επικοινωνίας (Kneisl, 2004a), βάση για μια θεραπευτική σχέση θεωρείται η έμφαση στις πολιτισμικές ομοιότητες. Παράλληλα, οι διαφορές στην κουλτούρα μπορεί να αποτελέσουν θέματα για συζήτηση, καθώς ο ανοικτός και συνεχής διάλογος θεωρείται επωφελής και ευνοεί την κατανόηση. Περαιτέρω, εάν τα Ελληνικά δεν είναι η μητρική γλώσσα του πελάτη, ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να επιλέγει προσεκτικά τις λέξεις που χρησιμοποιεί, αποφεύγοντας δυσνόητες, σύνθετες ή πολυσύλλαβες λέξεις και ειδικούς όρους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μιλά καθαρά και με κατάλληλο ρυθμό. Η γρήγορη ομιλία μπορεί να υπερφορτώσει τον πελάτη και να μην μπορεί να παρακολουθήσει το νοσηλευτή, ενώ πολύ αργή ομιλία μπορεί να προκαλέσει απώλεια της προσοχής του πελάτη. Επίσης, η επιλογή της μη λεκτικής συμπεριφοράς του νοσηλευτή θα πρέπει να γίνει με προσοχή, ώστε να τονίζει τις λέξεις και τα νοήματά. Οι χειρονομίες και τα σχήματα μπορεί να καταστήσουν ένα λεκτικό μήνυμα πιο ευκρινές. Βέβαια, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή διότι οι χειρονομίες δεν έχουν το ίδιο νόημα σε όλες τις κουλτούρες. Περαιτέρω, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούει με προσοχή τις λέξεις που χρησιμοποιεί ο πελάτης και να παρατηρεί τις χειρονομίες του, ώστε να κατανοήσει το νόημα που έχουν. Αντίθετα, αν ο νοσηλευτής εστιάζει την προσοχή του σε αυτά που θα πρέπει να πει ή να κάνει ο ίδιος αυξάνεται η πιθανότητα παρανοήσεων και ταυτόχρονα δεν δείχνει ξεκάθαρα το ενδιαφέρον του για τον πελάτη, για την ανησυχία ή τη σύγχυση του .

Βέβαια, αν ο πελάτης δεν γνωρίζει Ελληνικά πρέπει να κληθεί διερμηνέας (Watt and Norton, 2004). Εάν ο πελάτης δεν έχει δικό του μεταφραστή ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιστρατεύσει τη βοήθεια μελών του προσωπικού που μιλούν και τις δύο γλώσσες. Για χάρη της εμπιστευτικότητας, του απορρήτου και της

αξιοπρέπειας θα πρέπει να αποφευχθεί η χρήση μελών της οικογένειας ως μεταφραστών. Οι πελάτες μπορεί να μην επιθυμούν να μάθουν οι συγγενείς τους προσωπικά δεδομένα τους, όπως σεξουαλικές προτιμήσεις, χρήση αλκοόλ, ουσιών ή περιεχόμενο ψευδαισθήσεων.

Μάλιστα, εάν ο πελάτης προσπαθήσει να μιλήσει Ελληνικά ενώ δεν είναι η μητρική του γλώσσα, οι σκέψεις του είναι δυνατόν να φαίνονται αλλόκοτες. Έχουν υπάρξει αρκετές περιπτώσεις που άνθρωποι διαγνώστηκαν ως ψυχικά πάσχοντες επειδή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διέγνωσαν λανθασμένα ένα γλωσσικό έλλειμμα ή κάποια πολιτισμική διαφορά ως διαταραγμένη σκέψη ή ψύχωση.

Συνολικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να α) προσδιορίσει το επίπεδο ευφράδειας του πελάτη, β) διευθετήσει το θέμα του μεταφραστή, γ) επιτρέψει στον πελάτη να καθίσει όπου θέλει και να διασφαλίσει άνετο προσωπικό χώρο και οπτική επαφή, δ) αποφύγει τη χρήση της γλώσσας του σώματος, που μπορεί να θεωρηθεί επιθετική ή παρεξηγήσιμη, ε) απευθύνεται στον πελάτη ανεξάρτητα αν υπάρχει ή όχι μεταφραστής, στ) επιλέγει ρυθμό και τρόπο ομιλίας που να διασφαλίζει μεγάλου βαθμού κατανόηση και να εκφράζει σεβασμό προς τον πελάτη, ζ) αποφεύγει τεχνικούς όρους, ασαφής και σύνθετες προτάσεις, η) χρησιμοποιεί ανοικτές ερωτήσεις ή ερωτήσεις που εκφράζονται με πολλούς τρόπους ώστε να μεταβιβάζεται σωστά η πληροφόρηση, θ) αξιολογήσει την ικανότητα του πελάτη για ανάγνωση πριν τη χρήση γραπτού υλικού (εάν ο πελάτης δεν καταλαβαίνει Ελληνικά τότε θα πρέπει να προωθηθούν τα έντυπα για μετάφραση, ι) ελέγχει το βαθμό κατανόησης του πελάτη, ια) αξιολογεί τα πολιτισμικά φαινόμενα που μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία, και συγκεκριμένα τους τρόπους που συστήνονται οι άνθρωποι από τη συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα και πώς καλωσορίζουν ο ένας τον άλλον, τότε είναι αναμενόμενο να αγκαλιάζει ή να κάνει κανείς χειραψία και τότε η φυσική επαφή απαγορεύεται, αν το χαμόγελο σημαίνει εγκαρδιότητα ή

αποτελεί ταμπού και αν η αποφυγή της οπτικής επαφής είναι ένδειξη σεβασμού.

Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να κατέχουν δεξιότητες επικοινωνίας ως προς τη διερεύνηση των πολιτισμικών, θρησκευτικών και πνευματικών αντιλήψεων των πασχόντων σχετικά με την ψυχοφαρμακοθεραπεία, και να διερευνούν το νόημα που έχει για αυτούς η λήψη ψυχοφαρμάκων, καθώς και τις αντιλήψεις που σχετίζονται με την αγωγή. Επίσης, οι πάσχοντες θα πρέπει να ερωτώνται για τους φόβους τους σχετικά με τη λήψη ψυχοφαρμάκων καθώς και αν έχει νόημα για αυτούς το μέγεθος και το χρώμα των φαρμάκων (Campinha- Bacote, 2007). Το εργαλείο Clinician's Inquiry into the Meaning of Taking Psychotropic medication αξιολογεί τη στάση του πάσχοντα ως προς τη λήψη φαρμακολογικής αγωγής και θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμο για τέτοιου είδους αξιολογήσεις (Campinha- Bacote, 2007). Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει αν τα άτομα λαμβάνουν παράλληλα θεραπεία από λαϊκούς θεραπευτές και τι είδους (Craig, 1999).

Συνολικά, σύμφωνα με το μοντέλο των Papadopoulos και συν. (2006), η πολιτισμική επάρκεια του νοσηλευτή επιτυγχάνεται από τον κατάλληλο συνδυασμό και την εφαρμογή των διαπολιτισμικών στάσεων, γνώσεων, και δεξιοτήτων που αφορούν στις τρεις επιμέρους παραμέτρους που ήδη περιγράφηκαν (Papadopoulos et al., 2006). Ειδικότερα, η νοσηλευτική διεργασία όπως εφαρμόζεται από το νοσηλευτή ψυχικής υγείας με πολιτισμική επάρκεια ενσωματώνει δεξιότητες ορθής αξιολόγησης και διάγνωσης και αποτελεσματικές κλινικές παρεμβάσεις προς ποικίλες πολιτισμικά ομάδες. Κύρια όμως εκφράζεται μέσω της ικανότητας του νοσηλευτή να εντοπίζει και να αποδυναμώνει προκαταλήψεις, διακρίσεις και ανισότητες, λειτουργώντας ως συνήγορος του πάσχοντα (Papadopoulos et al., 2006).

Για παράδειγμα, βάσει του μοντέλου των Papadopoulos et al., (2006), η πολιτισμικά επαρκής φροντίδα ως προς τη φαρμακευτική αγωγή βασίζεται στη συνισταμένη της πολιτισμικής αυτογνωσίας, γνώ-

σης και ευαισθησίας. Επομένως, ο νοσηλευτής που διατηρεί μη επικριτική στάση απέναντι σε μη δυτικούς τρόπους θεραπείας (πολιτισμική αυτογνωσία) και γνωρίζει ποιες είναι αυτές (πολιτισμική γνώση), θα μπορέσει να αξιολογήσει με εγκυρότητα αν τα άτομα που φροντίζει λαμβάνουν παράλληλα θεραπεία από λαϊκούς θεραπευτές και τι είδους (πολιτισμική ευαισθησία δεξιοτήτων αξιολόγησης). Επομένως, μπορεί να αποτρέψει και να αξιολογήσει έγκυρα ή να αντιμετωπίσει με ασφάλεια τυχόν παρενέργειες, ή να ενσωματώσει κάποιες από τις ενδεικνυόμενες στο πρόγραμμα φροντίδας και να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ή επιπλέον ανάλογα με τη σχέση ατόμου- οικογένειας θα εντάξει ή όχι τα υπόλοιπα μέλη στο θεραπευτικό σχέδιο, ώστε να ενδυναμωθεί η εφαρμογή της θεραπείας (πολιτισμική επάρκεια φροντίδας).

Γενικά, ο νοσηλευτής μπορεί να ενισχύσει την πολιτισμική του επάρκεια (Moscato, 2004) α) μέσω συχνών επισκέψεων στην κοινότητα της αντίστοιχης πολιτισμικής ομάδας και συζητώντας με τους κατοίκους, γευματίζοντας σε τοπικά παραδοσιακά εστιατόρια ή παρακολουθώντας τοπικές εκδηλώσεις, ώστε να εξοικειωθεί με τον τρόπο ζωής τους, β) μαθαίνοντας για τους παραδοσιακούς-λαϊκούς τρόπους θεραπείας, ποιοι είναι οι λαϊκοί θεραπευτές και πόσο εύκολο είναι να τους προσεγγίσει κανείς, πόσο κοστίζουν, τι μεθόδους και τι φάρμακα χρησιμοποιούν και σε ποιο βαθμό τους αποδέχεται η αντίστοιχη κουλτούρα, χωρίς όμως να είναι επικριτικός σχετικά με μεθόδους που δεν ταιριάζουν στην κουλτούρα του, γ) μελετώντας τις αντίστοιχες προκαταλήψεις για την ψυχική νόσο, ως προς την πρόκληση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της, δ) προσθέτοντας ερωτήσεις κατά την αξιολόγηση που αντανakλούν αυτά τα ερωτήματα και γενικότερα διερευνούν αξίες, πεποιθήσεις, τελετουργικά ή συμπεριφορές, ε) με συνεχή εξάσκηση στις διαπολιτισμικές τεχνικές επικοινωνίας, στ) αναπτύσσοντας συνεργασία με ικανούς μεταφραστές, ζ) εξηγώντας στα μέλη άλλων πολιτισμικών ομάδων τις

Δυτικές έννοιες για την υγεία, την ασθένεια, τη θεραπεία και την πρόληψη με τρόπο που να είναι κατανοητός από αυτούς, η) χρησιμοποιώντας εκπαιδευτικά μέσα ανάλογα της κουλτούρας και των πολιτισμικών στοιχείων της ομάδας, θ) αναπτύσσοντας συνεργασία με συνάδελφους της ίδιας κουλτούρας με τα άτομα που φροντίζει, ι) βρίσκοντας τρόπους βελτίωσης της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από τη συγκεκριμένη ομάδα (διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, δεκτικότητα).

Επιπλέον, προκειμένου ο νοσηλευτής να ενδυναμώσει την πολιτισμική του επάρκεια καλείται να αναστοχαστεί ερωτήματα όπως (Leininger, 2002) ποιοι είναι παγκόσμια κοινοί παράγοντες ψυχικού στρες και συγκρούσεων και ποιοι διαφοροποιούνται μεταξύ των πολιτισμών; Ποιες είναι οι εκφράσεις και οι ερμηνείες των πελατών για αυτές τους παράγοντες ή τις συγκρούσεις; Ποιους τρόπους θεωρούν οι πελάτες κατάλληλους για να τροποποιηθούν αυτές οι καταστάσεις; Ποιες είναι οι γνώσεις των μελών συγκεκριμένων πολιτισμών και οι ερμηνείες των ατόμων που δεν ανήκουν στους συγκεκριμένους πολιτισμούς για συγκεκριμένες πολιτισμικές καταστάσεις, συγκρούσεις και διαμάχες που οδηγούν σε ψυχική νόσο; Ποιοι παράγοντες προκαλούν ψυχική νόσο ή διασφαλίζουν την υγεία σε συγκεκριμένες μη Δυτικές πολιτισμικές ομάδες όπως των Τούρκων, των Αράβων, των Ρώσων ή των Ρουμάνων; Ποιες πεποιθήσεις, εξηγήσεις και ερμηνείες υπάρχουν στους διαφορετικούς πολιτισμούς για την ψυχική υγεία, την αρρώστια, τη θεραπεία και την πολιτισμική φροντίδα; Ποιες ομοιότητες και διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στους Δυτικούς και στους μη Δυτικούς πολιτισμούς σχετικά με την ψυχική υγεία που θα μπορούσαν να διαμορφώσουν κατευθυντήριες οδηγίες και αρχές για την διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας; Ποιες λαϊκές πρακτικές φροντίδας χρειάζεται να ενσωματωθούν στην κλινική άσκηση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, και πως διαφοροποιούνται οι πρακτικές αυτές από την

παραδοσιακή ή τη σύγχρονη θεραπεία και ψυχιατρική; Θα μπορούσαν και θα έπρεπε οι λαϊκές και οι επαγγελματικές πρακτικές ψυχικής υγείας να εφαρμοστούν αποτελεσματικά; Ποια προβλήματα υπάρχουν με τη χρήση των σύγχρονων συστημάτων νοσηλευτικών διαγνώσεων (NANDA ή άλλων) ως προς την αναγνώριση, την κατανόηση και την κατάλληλη θεραπεία πελατών από διαφορετικούς πολιτισμούς; Γιατί κάποιοι πολιτισμοί ή υποπολιτισμοί αποφεύγουν ή δεν χρησιμοποιούν ποτέ ψυχιατρική φροντίδα; Ποιες ειδικές ασθένειες υπάρχουν σε συγκεκριμένους πολιτισμούς; Ποια είναι τα οφέλη από την πολιτισμικά προσανατολισμένη νοσηλευτική ψυχικής υγείας; Ποιοι παράγοντες περιορίζουν την φροντίδα ψυχικής υγείας στους πελάτες από διαφορετικούς πολιτισμούς και γιατί;

Επίσης, στο πλαίσιο μίας πολιτισμικά επαρκούς νοσηλευτικής στάσης, θα πρέπει να υπάρχει αυτογνωσία για την ταυτοποίηση και την αποδυνάμωση συμπεριφορών σιωπηλού ρατσισμού προς συναδέλφους άλλων πολιτισμικών ομάδων (Hagey et al., 2001). Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να α) αποφεύγει ή να περιορίζει στερεοτυπικές εκφράσεις όπως «όλοι οι... είναι...», β) είναι διαθέσιμος ώστε να ακούσει τις ανησυχίες και τα σημαντικά ζητήματα συναδέλφων άλλων εθνικοτήτων, γ) αναπτύσσει συνεργασίες και να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες με συναδέλφους άλλων εθνικοτήτων.

Πρότυπα Πολιτισμικά Επαρκούς Νοσηλευτικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας

Το πρότυπο Culturally Competent Model of Care (Campinha-Bacote 1994a, 1994b, 2007b) περιγράφει την πολιτισμική επάρκεια ως τη συνισταμένη της πολιτισμικής αυτογνωσίας (ανάπτυξη πολιτισμικής ευαισθησίας και αποδυνάμωση πολιτισμικής επιβολής), της πολιτισμικής γνώσης (ενίσχυση γνώσης σχετικά με άλλους πολιτισμούς και κοσμοθεωρίες), των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων (αξιολόγηση των πολιτισμικών αξιών, πεποιθήσεων, συνηθειών και των προσδοκιών του πάσχοντα με κατάλληλα εργαλεία), της πολιτισμικής διάδρασης (πολιτισμική αλληλεπίδραση), και

της επιθυμίας για εφαρμογή πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας

Στο πρότυπο Access (Narayanamy, 1999), κεντρική θεωρείται η αξιολόγηση των πολιτισμικών στάσεων του πελάτη για ζητήματα ψυχικής υγείας, ενώ καθοριστικοί άξονες θεωρούνται α) οι αρχές της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, β) η διαπραγμάτευση και ο συμβιβασμός ως προς την πολιτισμική ιδιαιτερότητα και τις προσδοκίες φροντίδας του πελάτη, γ) ο σεβασμός ως κατανόηση και ικανοποίηση των αναγκών που πηγάζουν από την πολιτισμική στάση του πελάτη, δ) η ευαισθησία απέναντι στην πολιτισμική ετερότητα, και ε) η δημιουργία αίσθησης πολιτισμικής προστασίας, που επιτυγχάνεται μέσω μετάδοσης στον πελάτη της πολιτισμικής ευαισθησίας του νοσηλευτή. Οι πάσχοντες που αισθάνονται ότι βρίσκονται σε ένα περιβάλλον που οι πολιτισμικές αρχές τους προστατεύονται και συνεκτιμούνται στο θεραπευτικό σχεδιασμό είναι πιθανότερο να προσαρμοστούν πολιτισμικά, να εμπιστευθούν τους νοσηλευτές και να επωφεληθούν από την θεραπευτική σχέση.

Το πρότυπο IAN (Mahoney et al. 2006) εστιάζεται στη θεραπευτική αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή και πάσχοντα. Ενσωματώνει τη θεωρία του Kleinman (1980) που εστιάζει στη σπουδαιότητα της κατανόησης των επεξηγηματικών μοντέλων των προβλημάτων υγείας που κατασκευάζουν οι άνθρωποι βάσει της πολιτισμικής γνώσης τους και στη σύγκριση των προτύπων αυτών με το βιοιατρικό μοντέλο του νοσηλευτή για την ψυχική υγεία. Αν αυτά δεν συμβαδίζουν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η θεραπεία του πάσχοντα να μην έχει την επιθυμητή έκβαση. Ταυτόχρονα, βάσει της θεωρίας της Perla (1952) το πρότυπο αυτό ενσωματώνει τη σπουδαιότητα της διαπραγμάτευσης του ιδιαίτερου επεξηγηματικού πολιτισμικού μοντέλου του πάσχοντα για τα συμπτώματα του στη νοσηλευτική διεργασία.

Το πρότυπο των James και Prilletensky (2002), περιγράφει την αλληλεπίδραση του ψυχικά πάσχοντα ή της οικογένειάς του με το νοσηλευτή ως μια διαδραστική διαδι-

κασία κατανόησης και συζήτησης, που λαμβάνει υπόψη το φιλοσοφικό (ερμηνείες, αξίες), το εκφραστικό (νόρμες, στάσεις), το βιωματικό (ανάγκες) και το πραγματιστικό (στόχοι) πλαίσιο των εμπλεκόμενων. Το πρότυπο αυτό στοχεύει στην κατανόηση της εμπειρίας του επιπολιτισμού, των διακρίσεων, της φτώχειας και της εξέλιξης μελών μειονοτικών ομάδων.

Προτάσεις για μελλοντική Έρευνα

Καθώς, συγκεκριμένα εργαλεία εκτιμούν το βαθμό πολιτισμικής επάρκειας τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των υπηρεσιών (Caminha-Bacote, 1998a, 1998b, 2007b), θα ήταν ενδιαφέρον, ειδικά για την Ελλάδα και την Κύπρο που χαρακτηρίζονται από πληθυσμιακή ετερότητα, να μελετηθεί ο βαθμός πολιτισμικής επάρκειας των δομές υγείας και των νοσηλευτών, αλλά και να πραγματοποιηθούν μεθοδολογικές μελέτες για την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας στο συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο.

Επίσης, καθώς ο αποτελεσματικότερος τρόπος ανάπτυξης πολιτισμικής αυτογνωσίας και απόκτησης πολιτισμικής γνώσης, ευαισθησίας και επάρκειας

θεωρείται η διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας ψυχικά πασχόντων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων και των οικογενειών τους (Kleiman, 2006), αυτό το ερευνητικό πεδίο αυτό αποτελεί πρόκληση για τη διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

Συμπέρασμα

Προκειμένου ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να παρέχει πολιτισμικά επαρκή φροντίδα θα πρέπει να α) γνωρίζει τη διακύμανση εμφάνισης των ψυχιατρικών σημείων και συμπτωμάτων στους διαφορετικούς πολιτισμούς, β) αναγνωρίζει την επίδραση του πολιτισμού, της εθνικότητας και της θρησκείας στην αντίληψη του ατόμου για τα ψυχιατρικά σημεία και συμπτώματα του, γ) σέβεται και ενσωματώνει τις πολιτισμικές, εθνικές και πνευματικές επιδράσεις στον σχεδιασμό της θεραπευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας, και δ) να αξιολογεί την επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην πολιτισμική, εθνική και πνευματική ταυτότητα του ασθενή και στην έκβαση της φροντίδας (National Organization of Nurse Practitioner Faculties, 2003).

Βιβλιογραφία

- Anagnostopoulos, DC., Vlassopoulou M., Rotsika V., Pehlivanidou H., Legaki, L., Rogakou, E., Lazaratou H. (2004) Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcultural Psychiatry*, 41 (4), 465-86.
- Becker, H. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. NY: Free Press.
- Bernal, G. (2006) Intervention Development and Cultural Adaptation Research With Diverse Families, *Fam Process* 45 (2), 143-151.
- Brach, C., Fraser, I. (2000) Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research Review*, 57. 181-217.
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspectives and Method*. NJ: Prentice Hall.
- Bowers, L. (1992) *Ethnopsychology II: A study of the community psychiatric nurse in the patient's home*. *International Journal of Nursing Studies*, 29. 69-79.
- Bradby, H., Varyani, M., Oglethorpe, R., Raine, W., White, I., Helen, M. (2007) British Asian families and the use of child and adolescent mental health services: a qualitative study of a hard to reach group. *Soc Sci Med*, 65 (12), 2413-24.
- Campinha-Bacote, J. (1994a) Transcultural Psychiatric Nursing: Diagnostic and treatment issues. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32. 41-46.

- Campinha-Bacote, J. (1994b) Cultural competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model. *Nursing Clinics of North America*, 29. 1-7.
- Campinha-Bacote, J. (1998a) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care (3rd edn). Transcultural C.A.R.E Associates, OH: Cincinnati.
- Campinha-Bacote, J. (1998b) Inventory for Assessing the Process Cultural Competence (IAPCC) among health care professionals. A culturally competent model of care (3rd edn). Transcultural C.A.R.E Associates, OH: Cincinnati.
- Campinha-Bacote, J. (2007) Becoming Culturally Competent in Ethnic Psychopharmacology. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45 (9), 27-33.
- Campinha-Bacote, J. (2007b) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: the journey continuous. Transcultural C.A.R.E Associates, OH: Cincinnati.
- Cantor-Graae, E., Selten JP. (2005) Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*, 161. 12-24.
- Craig, A.B. (1999) Mental health nursing and cultural diversity. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8. 93-99.
- Culley, L. (2006) Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nurs Inq*, 13 (2), 144-53.
- DelBello, M.P., Soutullo, C.A., Ochsner, J.E., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., Strakowski, S.M. (1999). Racial differences in the treatment of adolescents with bipolar disorder. Paper presented at the 152nd annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Dimsdale, J.E. (2000) Stalked by the past: the influence of ethnicity on health. *Psychosomatic Medicine*, 62. 161-170.
- George, T.B. (2000) Defining care in the culture of the chronically mentally ill living in the community. *J Transcult Nurs*, 11. (2), 102-10.
- Goffman, E. (1968) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Harmondsworth: Penguin.
- Guruge, S., Khanlou, N. (2004) Intersectionalities of influence: researching the health of immigrant and refugee women. *Can J Nurs Res*, 36 (3), 32-47.
- Habermas, J. (1987) *The Theory of Communicative Action (Vol.I)*. London: Heinemann.
- Hagey, R., Choudhry, U., Guruge, S., Turritin, L., Collins, E., Lee, R. (2001) Immigrant nurses' experiences of racism. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (4), 384-394.
- Hamilton, B., Manias, E. (2006) She's manipulative and he's right off: a critical analysis of psychiatric nurse's oral and written language in the acute inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs*, 15 (2), 84-92.
- Hirunsatit, R., Ilomaki, R., Malison, R., Rasanen, P., Ilomaki, E., Kranzler, HR., Kosten, T., Sughondhabirom, A., Thavichachart, N., Tangwongchai, S., Listman, J., Mutirangura, A., Gelernter, J., Lappalainen, J. (2007) Sequence variation and linkage disequilibrium in the GABA transporter-1 gene (SLC6A1) in five populations: implications for pharmacogenetic research. *BMC Genet*, 8. 71.
- James, S., Prilietensky, I. (2002) Cultural diversity and mental health towards integrative practice. *Clinical Psychology Review*, 22. 1133-1154.
- Kleiman, S. (2006) Discovering cultural aspects of nurse-patient relationships. *J Cult Divers*, 13 (2), 83-86.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkley, CA: University of California Press.
- Kneisl, C.R. (2004a) Therapeutic Communication. In Kneisl, CR., Wilson HS. and Trigoboff E. (eds) *Contemporary Psychiatric - Mental Health Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Kneisl CR. (2004b) Complementary and Alternative Healing Practices. In Kneisl, CR., Wilson H.S. and Trigoboff E., (eds) *Contemporary Psychiatric- Mental Health Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Leininger, M. (1978) *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley.

- Leininger, M. (1995) *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practices* (2nd edn). NY: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002) *Transcultural Mental Health Nursing*. In Leininger, M., McFarland, M.R. (eds) *Transcultural Nursing Concepts, Theories and Practice* (3rd edn) NY: McGraw-Hill.
- Leishman, J. L. (2006) Culturally sensitive mental health care: a module for 21st century education and practice. *The international journal of Psychiatric Nursing Research*, 11 (3), 1310-1321.
- Mahoney, J.S., Carlson, E., Engebretson, J. (2006) A framework for cultural competence in advanced practice psychiatric and mental health education. *Perspectives in psychiatric care*, 42. 4.
- McGoldrick, M., Pearce, J., Giordano, J. (1982) *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford.
- Moscató, B. (2004) *Cultural Competence and Psychiatric Epidemiology*. In Kneisl, CR., Wilson HS. And Trigoboff E. (eds) *Contemporary Psychiatric - Mental Health Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Μπουφιδης, Σ. (2000) Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Γιατροί χωρίς σύνορα, Περί υγείας, www.msf.gr/library/health3.html [15 Ιανουαρίου 2010]
- Narayanasamy, A. (1999) Transcultural mental health nursing 2: race, ethnicity and culture. *Transcultural care*, 8. 669-674.
- Nelson, B., Fornito, A., Harrison, B.J., YCicel, M., Sass, L.A., Yung, A.R., Thompson, A., Wood, S.J.,Pantelis,C., McGorry, P.D. (2009) *Neurosci Biobehav Rev*, 33 (6), 807-17.
- Papadopoulos, I. (2006) The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In Papadopoulos, I. (eds) *Transcultural Health and Social Care*. Churchill: Livingstone Elsevier.
- Peplau, H.E. (1952) *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.B. Putnam.
- Procter, N. (1998) Violent ethnic wars and world-wide people movement: Implications for mental health nursing practice. *Contemporary Nurse*, 7 (3), 148-151.
- Sadavoy, J., Meier, R., Ong AY. (2004) Barriers to access mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Can J Psychiatry*, 49 (3), 192-199.
- Scheff, T. (1966) *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.
- Siegel, C., Haugland, G., Schore, R. (2005) The interface of cultural competency and evidence-based practices. In Drake, RE, Merrens, MR., Lynde DW. (eds) *Evidence-Based Mental Health Practice. A Textbook*. N.Y: W.W.Norton & Company.
- Trigoboff E. (2004) *Psychopharmacology*. In Kneisl, CR., Wilson HS. and Trigoboff E (eds). *Contemporary Psychiatric - Mental Health Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Tripp-Reimer, T. (1984) *Cultural assesement*. In Bellack, J., Bamford, P. (eds) *Nursing assesement*. Monterey, CA: Wadsworth Health Sciences Division.
- US Department of Health and Human Services (DHHS), Office of Minority Health (OHM). (2001) Revised CLAS standards from the Office of Minority Health. *Closing the Gap* (newsletter), Feb./March.
- Wynaden, D., Chapman, R., Orb, A., McGowan, S., Zeeman, Z., Yeak, S. (2005) Factors that influence Assian communities' access to mental health care. *Int J Ment Health Nurs*, 14 (2), 88-95.
- Αποστολάρα Π, Σουριτζή Π, Τσουμάκας Κ, Καλοκαιρινού Α. 2009. Πολιτισμική ικανότητα του προσωπικού υγείας στην Ελλάδα: πιλοτική μελέτη. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 2009, 24. 23-30.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (2006) *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
- Μπουφιδης, Σ. (2000).Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Γιατροί χωρίς σύνορα, Περί υγείας, www.msf.gr/library/health3.html [15 Ιανουαρίου 2010]
- Ζαρταλούδη, Α. (2008) *Παράγοντες που επηρεάζουν την πρώτη επαφή με Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα.*