

НАРЪЧНИК С МАТЕРИАЛИ ЗА ОБУЧЕНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел:

- Да се запознаят с модела на Papadopoulos, Tilki и Taylor за културна компетентност

Модел на Papadopoulos, Tilki и Taylor за развитие на културна компетентност

Транскултурното или Интеркултурно изучаване в областта на здравеопазването и социалните грижи е изучаване и изследване на културните различия и прилики на хората по начина, по който те определят, разбират и се справят със здравето/заболяванията и необходимостта от социални грижи. Това е и изследване на обществените и организационните структури, които или подпомагат или затрудняват здравето на хората и тяхното благосъстояние.

Модел на Papadopoulos, Tilki и Taylor за развитие на културна компетентност



Както може да се вижда по-горе моделът се състои от четири етапа:

Първият етап на модела е **културно самоосъзнаване**, което започва с преглед на нашата лична стойностна база и вярвания. Природата на изграждане на културна идентичност, както и нейното влияние върху здравните вярвания и практики на хората се разглеждат като необходими принципи на една учебна платформа.

Културно познание (втората фаза) може да се получи по няколко начина. Полезни контакти с хора от различни етнически групи могат да подобрят знанията за здравните им убеждения и поведения както и да повишават разбирането на проблемите, пред които те са изправени. Чрез социологическите проучвания ние трябва да научаваме за способността, като например професионалната способност и контрол, или да създаваме връзки между лична позиция и структурни различия. Антропологични знания ще ни помогнат да разберем традициите и практиките на самостоятелни грижи на различни културни групи, като по този начин ни дава възможност да се вземат предвид приликите и разликите.

Важен елемент за постигане на **културна съпричастност** (третия етап), е как специалистите разглеждат хора когато се грижат за тях. Dalrymple и Burke (1995) заявяват, че ако пациентите/клиентите не се разглеждат като истински партньори, културно съпричастно грижи не могат да се постигнат; да се прави по друг начин само означава, че специалистите използват правомощията по един потискащ начин. Равните партньорства включват доверие, приемане и уважение, както и подпомагане и договаряне.

Постигането на четвъртия етап (**културна компетентност**) изисква синтез и прилагане на по-рано придобитото самоосъзнаване, познание и съпричастност. По-нататък вниманието е съсредоточено върху практически умения като оценка на нуждите, клиничната диагноза и други здравни умения. Най-важният компонент на този етап на развитие е възможността за разпознаване и оспорване на расизма и другите форми на дискриминация и репресивна практика. Твърди се, че този модел съчетава както мулти-културни така и анти-расистки перспективи и улеснява развитието на по-широко разбиране за неравенството, човешките и гражданските права, докато насърчава развитието на умения, необходими за постигане на промяна на пациентското/клиентското равнище.

Основните ценности на модела, който наскоро бе допълнително прецизиран и учленен (Papadopoulos I, Lees S, unpublished work, 2003) са базирани на правата на човека, социално-политическите системи, межкултурните отношения, човешката етика и грижи. Конкретно това са:

Индивидът

Всички лица притежават присъща стойност в тях самите, както и споделяне на основните човешки ценности за любов, свобода, справедливост, растеж, живот, здраве и сигурност.

Култура

Всички хора са културни същества. Културата е споделен начин на живот на група хора, който включва убеждения, ценности, идеи, език, комуникация, норми и ясно

изразени форми като обичаи, изкуство, музика, дрехи, храна и етикет. Културата влияе на начина на живот на хората, личната идентичност и връзката им с други хора в и извън тяхната култура. Културите са динамични и постоянно променящи се, тъй като хората са повлияни от и влияят на тяхната култура в различна степен.

Структура

Обществата, институциите и семейството са структури на властта, които могат да дават възможности или да лишават от права индивидите.

Здраве и болест

Здравето се отнася до състояние на благополучие, което е културно определено, оценено и практикувано, което отразява способността на отделни лица (или групи) да изпълняват ежедневните си дейности в културно изразени, полезни и моделирани начини на живот (Leininger 1991).

Болестта се отнася до нежелано условие, което е културно определено и културно съответстващо.

Грижа

Грижата е дейност, която отговаря на уникалността на индивидите по един културно съпричастен и състрадателен начин чрез използването на терапевтични комуникация.

Медицинска грижа

Медицинската грижа е научена дейност, насочена към осигуряване на грижи за хората по културно компетентен начин.

Културна компетентност

Културната компетентност е процес, през който човек преминава с цел непрекъснато да развива и усъвършенства своя капацитет да осигурява ефективна медицинска помощ, вземайки предвид културните вярвания, поведения и потребности на хората. За да бъдат културно компетентни здравните специалисти, преподавателите и изследователите ние трябва да разработим както културно-специфични, така и културно-обща компетенции. Културно-специфичната компетентност се отнася до знания и умения, свързани с определена етническа група потози начин биха ни позволили да разберем ценностите и културните правила, действащи в специфична култура. Културно- общата компетентност е дефинирана като придобиване на знания и умения, които са приложими отвъд етническите групи (Gerrish & Papadopoulos 2000).

Заклучение

Моделът на Papadopoulos, Tilki и Taylor има за цел да ни помогне да предоставяме културно компетентни грижи, които в крайна сметка гарантират високо качествени грижи за всички.

Транскултурният модел за развитие на умения публикуван от Papadopoulos, Tilki и Taylor (1998) се отнася за здравеопазването и социалните грижи, прилага се в целия свят и има своите предимства в прозрачността на това, което се изисква от мултикултурализма. Моделът концептуализира културното самоосъзнаване, знание и съпричастност и чрез техния синтез постигането на културна компетентност.

Въпреки това, културата не е изцяло дефинирани, тя е свързана с тези, които живеят и тези, които ги наблюдават и е отворена за бързи промени, тъй като света става по-интерактивен. Литературата ни казва, че образованието само по себе си не гарантира

културно компетентни специалисти (Papadopoulos et al, 1998; Leininger, 2002) и самоосъзнаването и разсъждението са от съществено значение за получаване на културнапроницателност. Съществуват доказателства, че все още се предлагат общи грижи без оглед на културно специфичните нужди (Coffman, 2004; Cioffi, 2005).

Референции

Cioffi J. (2005). 'Nurses' experience of caring for culturally diverse patients in an acute care setting'. **Contemporary Nurse**. September, 20, 1, 78-86.

Coffman MJ. (2004). 'Cultural caring in nursing practice: A meta-synthesis of qualitative research'. Journal of Cultural Diversity. 11, 3, 100-109.

Gerrish K and Papadopoulos I (1999): Transcultural competence: the challenge for nurse education. **British Journal of Nursing**, Vol 8 No 21, pp1453-1457.

Dalrymple J and Burke B (1995): **Anti-oppressive practice. Social care and the law**. Open University Press. Buckingham.

Leininger M M (1991): **Culture care diversity and universality. A theory of nursing**. NLN, New York.

Leininger M (2002). in Leininger M & McFarland MR. (2002). **Transcultural Nursing**. (Third edition). USA: McGraw-Hill. p71-98.

Papadopoulos I, Tilki M and Taylor G (1998): **Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals**. Quay Books. Wilts. (ISBN 1-85642-051 5)

Papadopoulos I (Ed): (2006): **Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners**. Churchill Livingstone Elsevier. Edinburgh.

Прочетете повече:

<http://www.mdx.ac.uk/www/rctsh/model/>

<http://www.health.tvu.ac.uk/maryseacole/melting/transcultural/index.asp>

1. КУЛТУРНО САМООСЪЗНАВАНЕ

Цели на тема

- Да се обмисли и анализира значението на собствената култура и културата на другите.

1.1 Култура и културна идентичност

Според речника на Френската академия културата днес "посочва цялата гама на интелектуални аспекти, морални въпроси, материална и символична ценностна система и накрая начините на живот, които характеризират една цивилизация."

В социалните науки културата като термин има много широк спектър от значения откриващ себе си на почти неограничена област. Edward Barret Tylor налага в своята "*Примитивна култура*" (1871) концепцията за "Всичко е култура". Alfred L. Kroeber и Clyde Kluckhohn (1952) предлагат в книгата си не по-малко от 163 определения към термина култура.

Tylor приема, че терминът «култура» е синоним на цивилизация. По такъв начин той дава на думата това, което нарича широк етнографски смисъл. За него културата е «това комплексно цяло», произведено от историческия опит на хората, за което той дава няколко примера: знание, вяра, изкуство, морал, право, и обичай. Все пак това изброяване не е окончателен списък като дефиницията на Tylor за култура също включва всички други способности и навици, придобити от човека като член на обществото.

Ако вземем всички аспекти на културата като знания, вярвания, изкуство, морал, закони и т.н. и ги поставим в контекст като страна намираме културната идентичност чрез извличане на уникалността или спецификата от всяка от тях. Културата е универсален феномен, но той има индивидуални форми на проява в отделните региони, страни, населения и етнически групи. Всички тези индивидуални прояви приемат форма в *културната идентичност*.

Понятието за идентичност се отнася до образа, с който всеки асоциира и проектира себе си. Най-съществената характеристика на идентичността е нейната многочислена природа. Човек може да има единствена идентичност, но тя винаги ще се състои от няколко слоя. И индивидите, и групите могат да имат идентичност и също като културата идентичността се променя постоянно.

Терминът "*културна идентичност*" се отнася до споделеното субективно възприятие на груповата история и наследство. Когато една нация или един континент има културна идентичност, това не означава, че тя е еднаква. Културната идентичност е интегрирана с някои фактори, които я правят поне в някои отношения обединена. Тези фактори често са външни, например война, външна заплаха или климат (Kiriakos, 2002).

Отрицателното въздействие на загубата на културна идентичност на ирландските имигранти в Англия беше изследвано (Kelleher и Хилиър, 1996). Беше установено, че смъртността сред първото и второто поколение ирландци в Англия е по-висока, отколкото сред населението на приемащата страна. Изказва се хипотезата, че много от ирландците, живеещи в Англия не могат да се привържат към приемащата култура на страната, която ги покори. Но те не могат нито колективно да поддържат тяхната ирландска култура, тъй като тя се смята за убежище на Ирландската републиканска армия, нито са законна етническа група. Така загубата на културна идентичност в съчетание с нисък социално-икономически статус, в който се намират много имигранти могат да допринесат за по-висок процент на смъртност.

Прочетете повече:

<http://www.tamu.edu/classes/cosc/choudhury/culture.html>

http://en.wikipedia.org/wiki/Cultural_identity

Референции

Kelleher D & Hillier S. (1996). 'The Health of the Irish in England'. In Kelleher & Hillier. **Researching Cultural Differences in Health**. London: Routledge, p.103-123.

Kiriakos, C. (2002) **Europe-Culture and Identity**. The programme of International Careers (Progi) Website Address: www.mv.helsinki.fi

1.2 Предизвикателствата да живееш в културно разнообразни общества

Въпреки че мултикултурните общества стават норма, това не означава, че всички хора в тях се ползват от равно и справедливо третиране, както и че човешките им права са уважени и защитени. Много от мигрантите продължават да се приемат като гости в тяхната приемна страна, въпреки че те може да са живели там много повече години, отколкото в собствената им страна на раждане. С увеличаване на движението на населението в рамките на Европейския съюз много хора намират себе си окачествени като "външни лица" и те се възприемат от някои ксенофобски членове на етническото мнозинство като "проблеми", въпреки че всички те са граждани на Европейския съюз.

Въпреки европейското законодателство и международните споразумения мигрантите търсещите убежище от всяка част на света често са обвинени, в (например):

- възползване от национални системи, за които не са допринесли;
- заемане на работните места на местните хора;
- създаване на престъпност в страната-домакин;

Новодошлите в страната се сблъскват с враждебност , но трябва да се опитат да се справят с предизвикателствата, пред които са изправени за да се интегрират в приемащата ги страна. Тези предизвикателства включват:

- научаване на езика на приемащата страна;
- запознаване с новите социални системи, например образование, здравеопазване, социални помощи, и т.н.;
- Развитие на социални мрежи;
- Запознаване с ценностите на приемащата ги страна;
- Запознаване с правото на приемащата страна и др.

Прочетете повече:

The Council of Europe: <http://www.coe.int/>

The RCN's Transcultural Healthcare Practice: an educational resource for nurses and health care practitioners:

http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/politics

Референция

Papadopoulos I (2002): Meeting Health Care Needs in Culturally Diverse Societies. In Daly J et al (Eds): **Contexts of Nursing: an Introduction**. ISBN 1-4051-0095-8, Chapter 16, pp 196-208, Blackwell Science. Oxford.

1.3 Модели насърчаващи развитието на транскултурни компетенции при сестринските грижи / Здравеопазването

Транскултурните сестрински грижи са създадени от Madeleine Leininger в началото на 1960. В центъра на вниманието на транскултурните сестрински грижи е осигуряването на културно компетентна грижа на всички пациенти/клиенти. Както беше споменато в уводната част, Papadopoulos и нейните колеги определиха тази област като проучване и изследване на културните различия и прилики в здравето и болестите, както и техните основни обществени и организационни структури, за да се разбере сегашната практика и да се допринесе за нейното бъдещото развитие по един културно отзивчив начин.

Транскултурните медицински грижи (и всички други грижи в здравеопазването) изискват ангажимент за насърчаване на анти-репресивни и анти-дискриминационни практики. Транскултурните сестрински и здравни грижи подчертават значението на овластяване на клиентите да участват във вземането на решения за здравето, поради което е наложително здравните работници да признаят как обществото изгражда и утвърждава властта и неизгодното положение. Няма друга философия за сестринските грижи, която да отдава толкова голямо значение на насърчаване на

равнопоставеността и стойностната система на всеки индивид , (Papadopoulos & Alleyne 1995, Papadopoulos et al 1998, Papadopoulos & Lees 2002)).

Много модели за транскултурни сестрински грижи и здравеопазване са разработени следвайки пионерска работа на Leininger. В допълнение към модела на **Papadopoulos, Tilki и Taylor (1998)**, който стои в основата на учебните материали в този наръчник, други засягащи тази тематика са моделите на Purnell (Purnell и Paulanka 1998), Campinha-Bacote (1998), и Giger & Davidhizar (1999) .

Прочетете повече:

http://currentnursing.com/nursing_theory/transcultural_nursing.htm

There are a number of academic models of cultural competence. To explore further, please go to the Mary Seacole MELTING project website:

<http://www.health.tvu.ac.uk/maryseacole/melting/transcultural/index.asp>

The RCN's Transcultural Healthcare Practice: an educational resource for nurses and health care practitioners:

http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/transcultural

РЕФЕРЕНЦИИ

Campinha-Bacote J 1998 **The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care.** 3rd ed. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati

Giger J, Davidhizar R 1999 **Transcultural Nursing. Assessment and intervention.** 2nd edn. Mosby, St. Louis

Leininger M M 1995 **Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practices.** 2nd edn. McGraw-Hill, New York

Papadopoulos I, Alleyne J 1995 The need for nursing and midwifery programmes of education to address the health care needs of minority ethnic groups. **Nurse Education Today**, 15:140-144

Papadopoulos I, Tilki M, Taylor G 1998 **Transcultural care. A guide for health care professionals.** Quay Books, Dinton

Papadopoulos I, Lees S 2002 Developing Culturally Competent Researchers. **Journal of Advanced Nursing**, 37(3):258-264

Purnell L D, Paulanka B J 1998 **Transcultural health care. A culturally competent approach.** F A Davies, Philadelphia

1.4 Етноцентризъм и стереотипи

Етноцентричното отношение разглежда собствената култура като по-висша и оценява културата на другите като правилна или неправилна, голяма или малка в зависимост от това дали са подобни или различни от собствената култура. Етноцентризмът оперира с понятия като: "избрани хора", "благословен народ", "истинска вяра", "диваци", или "неверниците" и др.

Theodore Caplow (1971) показва, че броят на лицата, надценяващи групата, на която принадлежат обикновено е осем пъти по-висок от броя на лицата, които подценяват собствената си група. Етноцентризмът е универсален и може да бъде срещнат във всички групи или общества.

Въпреки че етноцентризмът е универсален, той също може да има отрицателни ефекти: като невъзможност да симпатизираш на други групи или лица, невъзможност да видиш гледната точка на другия. Тези отрицателни ефекти могат да бъдат преодолени чрез засилване на комуникацията и взаимодействието между различните групи.

Комуникацията и непрекъснатото взаимодействие може да обезсили стереотипите, които една група има към друга група. Стереотипите са силни убеждения за психологическите характеристики и/или поведение на друга социална група (етническа, религиозна, възрастова и т.н.). Тези силни вярвания са "предубеждения", в смисъл че не се основават на пряко наблюдение, често имат произволен характер и опростена схема за преценка.

Напоследък в социалните науки използването на стереотипите най-вече се отнася до негативно отношение към различните етнически групи и/или раси. Дискриминацията е първия и най-важен ефект на отрицателните стереотипи.

Прочетете повече:

<http://www.sociologyguide.com/basic-concepts/Ethnocentrism.php>

<http://en.wikipedia.org/wiki/Stereotype>

If you have some time to spare why not check the article on ethnocentrism which you can find at <http://tinyurl.com/yetq7y>

РЕФЕРЕНЦИЯ

Caplow T 1971 [*Elementary Sociology*](#), Prentice-Hall, New York.

2. КУЛТУРНО ПОЗНАНИЕ

Цел на темата

- критичен преглед на литературата по отношение на социалните, психологическите и културните фактори за здравето и здравното поведение с особен акцент върху неравнопоставеността в здравеопазването и социалните грижи сред малцинствените етнически групи и бежанците.

2.1 Миграция: причини, процеси, предизвикателства

Ключов текст за миграцията е написаното от Castles и Miller (2009), които твърдят, че:

".. движенията приемат много форми: хората мигрират като работници, висококвалифицирани специалисти, предприемачи, бежанци или като членове на семейство на предишни мигранти. Социалната група играе важна роля: приемащите страни се конкурират за привличане на висококвалифицираните чрез привилегировани правила за влизане и пребиваване, докато работниците и бежанците често претърпяват изключване и дискриминация "(P4).

Castles и Miller (2009) по-нататък твърдят, че в момента във всички важни региони на света нарастват интернационалните движения на хора и че все повече страни са засегнати от миграционни движения. Последниците от увеличената миграция включват нарастващо етническо и културно разнообразие в страните на имиграция и тенденция към по-строго регулиране на миграцията в приемащите страни.

„Бутам-Тегля” теориите за миграцията твърдят, че хората са "тласкани" да напуснат родните си страни в търсене на по-добър живот обикновено в по-развити страни, те са "теглени" от привличането на фактори като работа, по-добро заплащане и условия на живот. Миграция настъпва често когато са налице връзки между изпращащите и приемащите страни, например, история на колонизацията, търговия, или културни връзки (Castles и Miller, 2009). Семейните и приятелски мрежи също са важни при вземане на решения свързани с миграцията - те също са важни от гледна точка на уреждане в страната-домакин. Castles и Miller (2009) твърдят, че постепенното приемане на културното многообразие в приемащите страни, може да доведе до развитие на етнически общности, докато отхвърлянето на културното многообразие може да доведе до формиране на етнически малцинства. Бежанците и търсещите убежище са изправени пред особени предизвикателства, тъй като те са били принудени да напуснат родните си страни; тяхната миграция не е доброволно.

Beiser (1991) прави извода, че миграцията е рисков фактор за развитие на психични проблеми, но психическите заболявания не са неизбежни. Въпреки травматичните преживявания и трудности, свързани с установяване в чужда култура, голямата част от бежанците са устойчиви и едновременно се адаптират и допринасят за тяхното ново общество (Beiser, 1991). Бежанците и търсещите убежище са способни да преодолеят много препятствия и да преодолеят много несгоди когато напускат родните си страни и пристигат в страните на убежище и би било неуместно да ги

разглеждате като безпомощни оцеляващи (Karmi, 1998). Ager (1999) обръща внимание на оценяване на значителните ресурси, които бежанците и търсещите убежище демонстрират в отговор на предизвикателствата на принудителната миграция.

Прочетете повече за структурата на международната миграция на следните уеб-сайтове:

Международната организация по миграцията: www.iom.int

Европейския съвет за бежанците и изгнаниците: www.ecre.org

Върховния комисар на ООН за бежанците: www.unhcr.org

В Обединеното кралство, информация за миграцията може да бъде получена от:

UK Border Agency: www.ind.homeoffice.gov.uk

Дирекция "Имиграция и Националност": www.homeoffice.gov.uk

РЕФЕРЕНЦИИ

Ager, A. (1999) Perspectives on the refugee experience. IN A. Ager (Ed.) *Refugees. Perspectives on the experience of forced migration*. London: Cassell

Beiser, M. (1991) The mental health of refugees in resettlement countries. IN H. Adelman (Ed.) *Refugee Policy: Canada and the United States*. Toronto: York Lanes Press

Castles, S. and Miller, M. J. (2009) *The age of migration. International population movements in the modern world. (Fourth Edition. Revised and Updated)*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Karmi, G. (1998) Refugees. IN S. Rawaf and V. Bahl (Eds.) *Assessing health needs of people from minority ethnic groups*. London: Royal College of Physicians in London

2.2 Културно-общини и културно-специфични здравни вярвания и поведение.

Здравето, болестите и заболяванията се влияят както от биологични фактори, така също могат да бъдат повлияни от социални, икономически и културни характеристики на обществото, в което хората живеят (Helman, 2000; Clarke, 2001). Култура осигурява рамка, в която хората виждат и осмислят света, както и насоки, които информират за идеи, убеждения, ценности и поведения. (Helman, 2000). Културата се предава от едно поколение на друго, но тя не е фиксирана и включва процес на адаптация и промяна, при който тълкуването на обобщения е безполезно, ако не и вредно. (Helman, 2000). Така например, формирането на определение идеи за здравните вярвания на отделна етническа група не може да бъде полезно, ако са направени неверни предположения. Като следствие от възприемането на чуждата култура дълго поддържани културни вярвания може да отстъпят пред тези на обществото-домакин. По този начин основните определения за здраве, болести и заболявания са вградени в по-широк социално-културен контекст и като такива са повлияни от

преобладаващите социални норми и ценности (Clarke, 2001 г.; Blaxter, 2004). Като такива хората от различни социални класи и членове на различни култури могат да поддържат различни мнения относно естеството на здравето и болестта. Много основни вярвания за здравето и болестите приемат цялостен подход и следователно може да бъдат в противоречие с професионални понятия за здраве, болести и заболявания, които са склонни да се придържат към био-медицинския модел, често свързан със западната медицина.

Невъзможно е за медицинските специалисти, работещи в много разнообразни общества да знаят за всички културни групи, с които ще се срещат. Въпреки това е възможно да се развият културно-обща компетентности, които водят до по-дълбоко разбиране за начина, по който културната идентичност и здравните вярвания влияят на здравето, а също и как организационни или обществени структури могат да насърчават или възпрепятстват културно компетентното здравеопазване (Paradopoulos (2003). Също така е възможно да се използват културно-общите умения за да се развият на културно-специфични умения, тъй като здравните специалисти получават знания за определени общности.

Прочетете повече:

<http://www.mdx.ac.uk/www/rctsh/model/>

РЕФЕРЕНЦИИ

Blaxter, M. (2004) *Health*. Cambridge: Polity Press

Clarke, A. (2001) *The Sociology of Healthcare*. Harlow: Pearson Educational Ltd.

Helman, C. G. (2000) *Culture, health and illness (4th Ed.)*. Oxford: Butterworth Heinemann

2.3 Здравна неравнопоставеност

Здравна неравнопоставеност по отношение на социалната класа съществува във всички западноевропейски страни, въпреки че причините за смъртта са различни в отделните страни (Mackenbach, Bakker, Kunst и др, 2002 г.; Menke, Streich, Rössler и др, 2003). Kunst (1998) открива по-висока смъртност сред хората на физическия труд в сравнение с другите класи в 11 страни от Западна Европа и докато причините за смъртност са различни между страните, по-ниските нива на смъртност на населението в по-развитите професионални класи са независими от замесените специфични заболявания и рискови фактори. Освен това, Brunner и Marmot (1999) обръщат внимание на изследванията, които показват липса на ясно разграничение между "привилегировани" и "непривилегировани" хора по отношение на здравния статус и наличието на тенденция на увеличаване на заболяемостта и смъртността с влошаване на социално - икономическия статус.

Известно е, че размерите на здравословните проблеми и смъртността сред малцинствените етнически групи се различават от тези на мнозинството от населението и че съществуват различия между етническите групи. Заболяванията на малцинствените етнически групи не се различават основно от тези, с които се сблъсква по-голямата част от населението. Сърдечно-съдови заболявания са основна причина за смърт и в развитите, и в развиващите се страни, с изразени различия между отделните групи от населението. Едно ранно и важно проучване във Великобритания (Balarajan и Soni Raleigh, 1993) идентифицира най-голяма разлика във връзка с коронарната болест на сърцето (КБС); смъртността от исхемична болест на сърцето е по-висока сред хората, родени в Индийския район, отколкото сред бялото население, а така също и сред другите малцинствени етнически групи. Въпреки това, по-късно проучване (Balarajan, 1996; Bhopal и др, 1999) доказва, че обединението на коренно различни етнически групи под един и същ знаменател може да бъде подвеждащо. Когато хората, родени в Индийския район са били идентифицирани в отделни групи беше установено, че смъртността от КБС е най-висока сред хората от Бангладеш, следвана от пакистанците, и след това индийците. Налице е тенденция индийците да имат по-добър социално-икономически профил от хората от Пакистан и Бангладеш, което води Balarajan да предложи социалната класа като посреднически фактор сред определящите фактори за КБС.

След миграцията към Европа и Северна Америка след Втората световна война, е имало предположение, че имигрантите винаги са в здравно неравностойно положение и са вносител на заболявания (Marks и Warboys, 1997). Картината по отношение на ефектите от миграцията върху здравето не е ясна. Нивата на смъртност на мигрантите често се сравняват с тези в страните им на произход, или с тези на обществото-домакин. Данните сочат, че след миграцията, смъртността сред мигрантите или се запазва, или увеличава или намалява в сравнение със смъртността в родните им страни (McKay, Macintyre и Ellaway, 2003). Смъртността също може да бъде повлияна от селективния характер на миграцията; дали мигрират хора с добро или лошо здраве. Мигрантите могат да бъдат "позитивно" избрани за здраве, например, когато здрави и амбициозни хора се местят в друга държава, за да подобрят своите перспективи за работа, или "отрицателно" избрани, когато например бедни страни или общности не са в състояние адекватно да подкрепят техните членове с лошо физическо или психично здраве (Smaje, 1996). Нивата на смъртност също могат да бъдат повлияни от условията в страните на произход, условията в страната-домакин, достъпа до здравни услуги, индивидуалното поведение и дали миграцията е доброволна или принудителна.

Подобна смесена картина съществува по отношение на психичното здраве; не е задължително миграцията да предизвика психични заболявания, но за мигрантите опитът от миграцията може да бъде стресиращ и да се възползват от социалната подкрепа, както от вече създадените мигрантски общности, така и от приемащата общност (Beiser, 1991; Бейкър, Arseneault и Gallant, 1994; McKay и др, 2003). Миграцията от една култура на друга, независимо по каква причина, може да доведе до тежка загуба на собствената култура, особено за принудителните мигранти като бежанци и търсещите убежище.

Тежка загуба на собствената култура се определя като:

"Опечелени от загубата на всички познати културни отправни точки, които определяха кои са те и как да живеят живота си."

(Helman, 2000, p214)

Доказателствата, отнасящи се до здравето на мигрантите по този начин показват, че има много фактори, които участват и индивидуалното здраве на всеки ще бъде засегнато от личното му положение; принудителната миграция, преживявана от бежанците и търсещите убежище, е известно, че е по-стресираща от доброволни миграция (Harrell - Bond, 2000). Без съмнение здравето на мигрантите ще варира също в зависимост от етапа, на който то се измерва или изследва. Менке и др (2003) констатира, че в цяла Европа, в сравнение с условията на живот на местните граждани условията на живот за повечето имигранти са незадоволителни и те не благоприятстват тяхното добро здраве. Повечето мигранти в Европа имат ниско платена работа, което допълнително се характеризира с неблагоприятни условия на труд и с лоши жилища. Тези фактори обикновено поставят мигрантите в неизгодни социално-икономически позиции.

Прочетете повече:

A key document concerning general health inequalities is:

Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO www.who.int/publications/

See also: www.iom.int Search for Migration and Health

РЕФЕРЕНЦИИ

Baker, C., Arseneault, A. M. and Gallant, G. (1994) Resettlement without the support of an ethnocultural community. *Journal of Advanced Nursing*, 20, pp1064-1072

Balarajan, R. and Soni Raleigh, V. (1993) *Ethnicity and health. A guide for the NHS*. London: Department of Health

Balarajan, R. (1996) Ethnicity and variations in mortality from coronary heart disease. *Health Trends*, 28(2), pp45-51

Bhopal, R., Unwin, N., White, M., Yallop, J., Walker, L., Alberti, K. G. M. M., Harland, J., Patel, S., Ahmad, N., Turner, C., Watson, B., Kaur, D., Kulkarni, A., Laker, M. and Tavridou, A. (1999) Heterogeneity of coronary heart disease risk factors in Indian, Pakistani, Bangladeshi, and European origin populations: cross sectional study. *British Medical Journal*, 319, pp215-220

Brunner, E. and Marmot, M. (1999) Social organization, stress, and health. IN M. Marmot and R. G. Wilkinson (Eds.) *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press

Harrell-Bond, B. (2000) Foreword. IN F. L. Ahearn, Jr. (Ed.) *Psychosocial wellness of refugees. Issues in qualitative and quantitative research. Studies in Forced Migration Vol. 7*. Oxford: Berghahn Books

Kunst, A. E., Groenhouf, F., Mackenbach, J. P. and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998) Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal*, 316, pp1636-1642

Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E. and Diderichsen, F. (2002) Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. IN J. Mackenbach and M. Bakker (Eds.) *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge

Marks, L. and Warboys, M. (1997) Introduction. IN L. Marks and M. Warboys (Eds.) *Migrants, minorities and health. Historical and contemporary studies*. London: Routledge

McKay, L., Macintyre, S. and Ellaway, A. (2003) *Migration and health: A review of the international literature*. Glasgow: Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit

Menke, R., Streigh, W., Rössler and Brand, H. (2003) *Report on socio-economic differences in health indicators in Europe. Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups*. Bielefeld: Institute for Public Health NRW

Smaje, C. (1996) The ethnic patterning of health: New directions for theory and research. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), pp139-171

2.4 Национално и европейско законодателство, свързано с имиграцията, човешките права, дискриминацията и предоставянето на услуги

То представлява една динамична и бързо променяща се област. Промените са били направени по към европейска хармонизация на политиката за имиграция и търсещите убежище.

Прочетете повече:

EU Immigration Policy:

www.ec.europa.eu/justice_home/fsj/immigration/fsj_immigration_intro_en.htm

UK Immigration Policy: www.homeoffice.gov.uk

European Convention on Human Rights:

http://en.wikipedia.org/wiki/European_Convention_on_Human_Rights

UK Human Rights Act: www.opsi.gov.uk/acts/acts/1998/ukpga_19980042_en_1

Equality and Human Rights Commission: www.equalityhumanrights.com

For migrants' rights to health care: www.dh.gov.uk

3. КУЛТУРНА СЪПРИЧАСТНОСТ

Цел на темата

Да се повиши знанието и разбирането свързани с предизвикателствата за установяване на основни терапевтични отношения с всички клиенти, водещи до предоставяне на културно съпричастни медицински грижи.

3.1 Съществени елементи на транскултурната комуникация.

3.2 Пречки пред транскултурната комуникация.

Някои от мигрантите, които трябва да използват здравни услуги често се чувстват безпомощни, несигурни и стресирани, поради ограничените им езикови умения, ограниченото им разбиране на приемащата култура и на суб-културата на здравната система. Културно некомпетентната комуникация е стресираща така също и за медицинските специалисти и социалните работници, които трябва да се стремят към преодоляване на някои от общите бариери за ефективна комуникация, тъй като това е в основата на терапевтичните взаимоотношения.

Бариерите за обща комуникация включват:

- Езикови затруднения
- Проблеми, възникващи при тълкуването
- Липса на достъпна информация за езиките на общността
- Невербална комуникация
- Културно некомпетентна комуникация

Обща невербална комуникация, която може да се превърне в пречка за ефективна транскултурна комуникация са:

- изразяване на физическа и емоционална болка
- изразяване на тревожност
- Използване на мълчание
- Използване на жестове
- Лично пространство
- Контакт с очите
- Тон на гласа
- Реагиране на лоши новини

Културно некомпетентната комуникация може да доведе до даване на погрешна информация на пациента, или в някои случаи не даване на никаква информация – и в двата случая може да има опустошителни резултати. Неразбиране също може да се случи, което може да доведе до обиждане, стресиране, ненужно страдание на

хората и провал в установяване на необходимите отношения между пациент/семејство- здравен специалист.

Прочетете повече:

Ethnicity on line

http://www.ethnicityonline.net/cross_cultural_communication.htm

The RCN's Transcultural Healthcare Practice: an educational resource for nurses and health care practitioners

http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/communication

Office of Minority Health National Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) Standards

Crosswalked to Joint Commission 2007 Standards for Hospitals, Ambulatory, Behavioral Health, Long Term Care, and Home Care

http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/5EABBEC8-F5E2-4810-A16F-E2F148AB5170/0/hlc_omh_walk.pdf

3.3 Овластяване на клиентите

Съществуват ясно формулирани и косвени прилики между различните определения за овластяването и по-конкретно за овластяването на клиентите. Те могат да бъдат формализирани в седем основни компоненти на овластяване:

- Собствена ефикасност - убеждение, че ситуацията може да бъде променена или повлияна;
- участие и сътрудничество - съвместна връзка между търсещия помощ и даващия помощ;
- чувство за контрол - промяната се дължи на действията на съответното лице;
- отговаряне на личните нужди - нуждите и желанията на лицето са разгледани по начини, които ги правят по-способни и по-компетентни;
- разбиране на средата - човек е в състояние да направи критичен анализ на услугите, структурите и източниците за (официална или неофициална) подкрепа в тяхната среда;
- лично действие – съществуват възможности за изразяване на овластяването по различни начини;
- достъп до ресурси – ресурсите може да включват приятели и роднини, обществени групи и организации, служебна подкрепа и групи за взаимна помощ.

Овластяването на клиентите е важно по различни причини: то дава възможност да се признават техните силни страни и способности и да се изразяват по собствен начин. То им дава възможност да решават самостоятелно и успешно проблеми в бъдеще. Има различни стратегии за овластяване на клиентите. Някои примери са:

- Промяна на стереотипите. Вижте вашите клиенти като хора, а не като етикети - на диагнози, пол, класа, раса, физически или интелектуални способности или сексуални предпочитания.
- Докато промените стереотипите, не пренебрегвайте, че вашият клиент може да

бъде член на някоя потисната група. Нека те знаят, че вие сте отворени за разговори по всякакви въпроси, свързани с мнението им за това как те са разглеждани от обществото.

- Създаване на егалитарна, а не на йерархична връзка. Отнасяйте се с клиентите си като със сътрудници. Обсъждайте идеи заедно.
- Вслушайте се в тяхната гледна точка по етиология.
- Питайте и се вслушвайте в техните "решения". (Ако не е цялостно решение, то зародиш на решение, може да присъства.)
- Вместо да решавате техните проблеми, научете ги как да го направят самостоятелно.
- Обсъждане на основната причина за вашите решения и интервенции. Съгласни ли са? Получете информираното им съгласие за стратегии за промяна.
- Оценете ролята на контекста за поведението им и им помогнете да я видят - вместо неподходящо да ги обвинявате за техните проблеми.
- Слушайте за тяхната идея за света и се учете от тях.
- И т.н. ...

Прочетете повече:

1. J.M Slattery, department of psychology, Clarion University – Pennsylvania - USA
<http://psy1.clarion.edu/jms/empower.html>
2. Client-centred empowering partnering in nursing, D. Brown, C Mc William, C. Ward-Griffin, Journal of Advanced Nursing, (V 53-2), 2006
<http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2006/00000053/00000002/art00003>
3. <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/SearchResults.aspx?searchText=empowerment&tabID=289&pgIndex=0&>
4. The community power pack, Department of communities & local government, 2008
<http://www.communities.gov.uk/documents/communities/pdf/896459.pdf>
5. Empowering communities to influence local decision making: a systematic review of the evidence, June 2009
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/1241955>

3.3 Универсализъм, релативизъм и човешко достойнство

Поради естеството на своята професия здравните специалисти постоянно ще се позовават на правата на човека. Ясната връзка между професията и правата на човека е безспорна. За да се разбере значимостта на правата на човека, е необходимо разбиране на основните понятия. Универсализмът и релативизмът са двете най-важни концепции по отношение на разбирането на прилагането на правата

на човека в политики и на практики. Анализът и критиката на тези понятия ще бъде от решаващо значение за развитието на културни познания и чувствителност за правата на човека.

Връзки:

1. Reichert E: Human rights: an examination of universalism and cultural relativism. Journal of Comparative social welfare, 22(1), p. 23-36
http://socialwork.siuc.edu/resourcecenter/RJCS_A_152282.pdf
2. Sjezana Bilic: Cultural relativism, universalism and women's rights
<http://www.unisanet.unisa.edu.au/staff/homepage.asp?Name=sjezana.bilic#ResearchPublications>
3. <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/24/4/30>
4. <http://www.professionalnursing.org/article/PIIS8755722305001468/fulltext>
5. <http://bepolitical.blogspot.com/2008/12/pitting-universalism-against-cultural.html>

4. КУЛТУРНА КОМПЕТЕНТНОСТ

Цел на темата

Да синтезира знанията и разбиранията, придобити от предишните теми за самоосъзнаването, познанието и съпричастността и да обсъди как те могат по най-добър начин да се прилагат по време на диагностицирането на клиентите и предоставянето на грижи в една антирасистка, антидискриминационна и антирепресивна среда.

4.1 Промяна и справяне с расизма, дискриминацията и неравенството

Културната компетентност е способността да се предостави ефективна грижа за клиентите, които идват от различни култури. Най-важният компонент на културната компетентност е "способността за разпознаване и оспорване на расизма и другите форми на дискриминация и репресивни практики" (Papadopoulos 2006)

Расизмът и расовата дискриминация са комплексни и тревожни. Има различни форми на расизъм: антисемитизъм, против цветнокожите, против циганите и др.

Общественото мнение продължава да бъде открито враждебно настроено към ромите и пътуващите в много европейски страни. Мигрантите, бежанците и търсещите убежище са обект на особено отрицателно мнение.

Медицинските сестри са задължени да имат познания и опит в областта на расизма, ксенофобията, антисемитизма. Въпросите, свързани с расизма, дискриминацията, неравенство и социално-политическите аспекти трябва да се разглежда в образованието на медицинските сестри.

Библиография

Balcazar, Fabricio E.- Yolanda Suarez-Balcazar, Tina Taylor-Ritzler, Cultural competence: Development of a conceptual framework, 2009

Hussein, Rassool G.- [Dual diagnosis nursing, 2006](#)

Leininger, Madeleine _transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices, 2002

Papadopoulos, Irena - Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners, 2006

Srivastava, Rani - The healthcare professional's guide to clinical cultural competence

Wrench, John - Diversity Management, Discrimination and Ethnic Minorities in Europe, Norrköping 2002

Уебсайт

Council of Europe- European Commission Against Racism and Intolerance:

www.coe.int/ecri

4.2 Културно компетентни здравни грижи за деца и техните семейства

Нарастващото многообразие на обществото се забелязва особено сред нашата младеж. Разнообразието в областта на културата и убежденията не се ограничава само в езика, но също и в областта на културата, вярата, знанието, расово/етнически, социално-икономически статус, и т.н. ... Предизвикателството е как да се създаде системата на здравеопазването, в която всички деца и техните семейства да получават медицински грижи, които са безопасни, ефективни, ефикасни, навременни и съсредоточени в семейството, независимо от средата или културни различия.

Културната компетентност включва възможност за разпознаване и адекватно реагиране на вярвания и културни ценности, свързани със здравето, появата и разпространението на болестта, както и ефикасност на лечението. Примери за културно компетентни грижи: осигуряване на среда, в която майка/дете от различни културни среди се чувстват комфортно да обсъждат и техните културни вярвания здраве и практики в контекста на договаряне на възможности за лечение.

Има много специализирани здравни организации, които имат за цел да осигурят културна компетентност в детското и семейното здравеопазване.

В NICHQ например е разработен "модел за културна компетентност шанс", за да помогне за подобряване на качеството на грижи, предоставяни на деца и техните семейства от различни среди.

Почти всички организации са убедени, че организациите за здравеопазване трябва да прилагат стратегии за наемане, задържане и насърчаване на всички нива на организацията на разнообразен персонал и ръководство, които са представители на демографските характеристики на обслужваната зона. Разнообразието на персонала на организацията е необходимо, но не достатъчно условие за осигуряване на културно компетентни здравни услуги. Образованието и обучението на персонала са също от решаващо значение.

Всички организации (например: National Centre for cultural competence; National Initiative for Children's healthcare Quality, Cultural competency resources, и др. ...) предоставят образователни програми за повишаване на капацитета на доставчиците на здравни услуги и грижи за майката и детето.

Някои стратегии са:

- Ефективна промоция на здравето се проектира, доставя и оценява в партньорство с местните общности за справяне с културнобазираните здравни вярвания, практики, надеждни източници на информация, а организационната

политика, подкрепяща културни и езикови познания, не само помага на практикуващите да доставят по-качествени грижи, но може действително да въздейства на резултатите на пациента, включително използване на службите за спешна помощ, придържане към лечението и удовлетворение от грижите. (Lieu ea., 2004; Robinson ea., 2008; Colson ea., 2006)

- Най-добри практики в предоставянето на услуги за семействата на децата, които са с увреждания или с риск за увреждания се придържат все повече към семейно фокусиран или семейно центриран подход.
- Семейната подкрепа и самостоятелното справяне се фокусират върху необходимостта здравната система да подкрепи и даде възможност на децата и семействата да полагат грижи за собственото им здраве. Това включва подчертаване на ролята на семейството в управлението на доброто здравословно състояние и заболявания на децата им и осигуряване на подкрепа на детето, така че то да е в състояние да се грижи за собственото си здраве по подходящ на умственото му развитие начин.

Прочетете повече за да разберете различните начини за успех при предоставяне на културно компетентни здравни грижи за деца и техните семейства.

1. National Initiative for Children's healthcare Quality, Cultural competency resources
http://www.nichq.org/cultural_competency_resources.html
2. Improving cultural competence in children's health care: Expanding Perspectives, 2005
http://www.nichq.org/pdf/NICHQ_CulturalCompetencyFINAL.pdf
3. National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and human development.
<http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/>
4. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, 2001
<http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
5. Developing cross-cultural competence: A guide for working with young children and their families. Lynch E. ea. (1992 – 2009)
6. Rationale for Cultural and Linguistic Competence in Maternal and Child Health Bureau–Funded: Training Programs
http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/Final%20NCCC_RationaleTrainingPrograms-1.pdf
7. National Sudden and Unexpected Infant/Child Death & Pregnancy Loss Project at the National Center for Cultural Competence Infusing Cultural and Linguistic Competence into Health Promotion Training – Video
http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/projects/sids/dvd/view_online/index.html

4.3 Културно компетентни здравни грижи за възрастни хора

4.4 Културно компетентни здравни грижи за хора с психични проблеми

Културната целесъобразност на психично-здравните услуги може да бъде най-важният фактор за достъпност до услугите на хора от различни етнически и културни групи.

- Развитието на културно чувствителни практики може да помогне за намаляване на пречките пред използването на ефективното лечение.
- Постигането на разбирателство е критичен компонент за развитието на компетентност.
- Знанието, кой клиентът възприема като "естествен помощник" и кои разглежда като традиционен помощници (като по-възрастните, църквата) може да улесни развитието на доверие и подобряване на личното инвестиране и продължаващо участие в лечението.
- Промените в етническото многообразие не са просто в броя, но също и във въздействието на културните различия. Нови подходи са необходими в предоставянето на услуги за преодоляване на културните различия между потребителите.

Изменено от:

Cultural Competency. A Practical Guide For Mental Health Service Providers.
By Delia Saldaña, Ph.D. Hogg Foundation for Mental Health

Прочетете повече:

http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/transcultural/mentalhealth

<http://www.hogg.utexas.edu/PDF/Saldana.pdf>