



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΝΑΤΣΗ ΙΡΙΣΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΡΙΔΙΚΗ



Περίληψη

Εισαγωγή Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ατόμων με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα. Μεριμνούν για την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας των ατόμων, καθώς και για την αποκατάστασή τους. Επιπλέον, προσφέρουν υποστήριξη στις οικογένειες και το περιβάλλον τους. Απαιτείται να ενημερώνονται για τις κοινωνικές ομάδες που αναλαμβάνουν ώστε να μεσολαβούν για την σωστή επικοινωνία και κατ' επέκταση την ομαλή συνεργασία τους.

Σκοπός Η παρούσα έρευνα έχει διεξαχθεί με σκοπό να διερευνήσει τη σημαντικότητα των κοινοτικών νοσηλευτών στην ζωή των ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, καθώς και για να εντοπίσει ποια προβλήματα έρχεται να αντιμετωπίσει ο/η νοσηλευτής/α στην επικοινωνία και συνεργασία του/της με τον ασθενή.

Υλικό και Μεθοδολογία Για την συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά έγκυρες και τεκμηριωμένες πηγές μέσω αξιόπιστων μηχανών αναζήτησης, καθώς και συγγράμματα. Χρησιμοποιήθηκαν αρκετά άρθρα από το ίντερνετ, τα οποία θεωρήθηκαν τα πιο σχετικά με το θέμα της πτυχιακής μου εργασίας καθώς και ηλεκτρονικά συγγράμματα. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν έντυπα βιβλία νοσηλευτικής, κοινωνιολογίας και ψυχολογίας τα οποία δανείστηκα από την βιβλιοθήκη της σχολής μου αλλά και από άλλα τμήματα όπως είναι το πανεπιστήμιο της Κρήτης, το τμήμα της κοινωνιολογίας.

Συμπεράσματα Οι διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, η εκπαίδευση του προσωπικού και η προώθηση της πολιτιστικής ικανότητας αποδεικνύεται ότι αποτελούν λύσεις για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζονται κατά τη φροντίδα πολιτισμικά διαφορετικών πελατών. Στην πολιτισμική ικανότητα, είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να προσαρμόσουν το σωστό είδος στάσης ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ικανή φροντίδα στον πελάτη. Για να ενισχυθεί η πολιτισμική ικανότητα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να κάνουν αξιολόγηση για να συλλέξουν τις απαραίτητες πληροφορίες που σχετίζονται με την κουλτούρα του πελάτη.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: *κοινοτική νοσηλευτική, πολιτισμικό υπόβαθρο, διάφοροι πολιτισμοί.*

ABSTRACT

Introduction The community nurse has an important role in the lives of people with different cultural identities. It shall ensure the promotion, prevention and rehabilitation of people's health. In addition, it offers support to families and their environment. It is required to be informed about the social groups it undertakes in order to mediate for proper communication and consequently their smooth cooperation.

Purpose This research has been conducted in order to explore the importance of a community nurse in the lives of people with different cultural backgrounds, as well as to identify what problems the nurse faces in communicating and working with the patient.

Material and Methodology For the collection of the necessary information, only valid and documented sources were used through reliable search engines, as well as academic books. Several articles from the internet were used, which were considered the most relevant to the topic of my dissertation, as well as electronic books. In addition, printed books on nursing, sociology and psychology were used, which I borrowed from the library of my university but also from other departments such as the University of Crete, the department of sociology. Finally, I used material from my university's books, from relevant courses of the department.

Conclusions Diverse nursing interventions, staff training, and the promotion of cultural competence are proving to be solutions to address the challenges faced in caring for culturally diverse clients. In terms of cultural competence, it is important for nurses to adapt the right kind of attitude to be able to provide competent care to the client. To enhance cultural competence, nurses should conduct an assessment to gather necessary information relevant to the client's culture.

KEY WORDS community nursing, cultural background, various cultures.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετακίνηση των ανθρώπων και η αύξηση της ποικιλομορφίας διεθνώς, έχουν επιφέρει τη συνειδητοποίηση ότι τα τρέχοντα μοντέλα της υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης για την υγεία, δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πληθυσμών σε όλο τον κόσμο (Andrews, 2010). Το ολοένα και πιο πολυπολιτισμικό προφίλ του παγκόσμιου πληθυσμού, απαιτεί οι νοσηλευτές να παρέχουν μια πολιτισμικά ικανή νοσηλευτική φροντίδα (Deborah, 2004) όπου η φροντίδα γίνεται επιτακτική ανάγκη του εικοστού πρώτου αιώνα για όσους είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες (Papadopoulos, 2006).

Επομένως, τα μεταβαλλόμενα δημογραφικά και οικονομικά στοιχεία του αναπτυσσόμενου πολυπολιτισμικού κόσμου καθώς και οι μακροχρόνιες ανισότητες στην κατάσταση της υγείας ανθρώπων από διαφορετικά εθνοτικά και πολιτισμικά υπόβαθρα, έχουν προκαλέσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εξετάσουν την πολιτισμική ικανότητα ως προτεραιότητα (Campinha-Bacote, 2008). Η ικανότητα αυτή περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας με σεβασμό που συνάδει με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις για την υγεία των πελατών και των μελών της οικογένειας (Andrews, 2010).

Η διαδικασία της πολιτισμικής ικανότητας στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, είναι ένα μοντέλο που βλέπει την πολιτισμική ικανότητα ως τη συνεχή διαδικασία κατά την οποία ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης προσπαθεί συνεχώς να επιτύχει την ικανότητα να εργάζεται αποτελεσματικά στο πολιτισμικό πλαίσιο του πελάτη. (άτομο, οικογένεια, κοινότητα) (Campinha-Bacote 2008). Οι ασθενείς έχουν ένα ευρύ φάσμα εθνοτικών ταυτοτήτων, θρησκειών, «υλικών πραγματικοτήτων» (ένας όρος που περιλαμβάνει την κοινωνικοοικονομική κατάσταση), πεποιθήσεις και συμπεριφορές που οδηγούν σε πλούσια ποικιλομορφία και πολιτισμική πολυπλοκότητα (Ronnie, 2015).

Στη σύγχρονη κοινωνία συναντάμε διάφορες ομάδες ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Έχει αποδειχθεί ανά τους καιρούς ότι η κουλτούρα ενός λαού παίζει καθοριστικό ρόλο στο πώς αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια και κατ' επέκταση στο πώς χρήζει μια/ένας νοσηλεύτρια/ης να συμπεριφερθεί. Γι' αυτόν τον λόγο υπάρχει η ανάγκη οι νοσηλευτές να έχουν γνώση των διαφορετικών συνηθειών και ιδεών κάθε λαού. Βασικός σκοπός μιας/ενός

κοινοτικής/ου νοσηλεύτριας/η είναι να σέβεται τις διαφορετικές πεποιθήσεις, τον τρόπο ζωής και τις αντιλήψεις του κάθε ατόμου. Ένα καίριο ωστόσο πρόβλημα για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η έλλειψη αυτών των γνώσεων, η οποία δημιουργεί προβλήματα στην επικοινωνία και κατ' επέκταση στην αποτελεσματική συνεργασία ασθενή-νοσηλευτή.

Στην ακόλουθη εργασία λοιπόν, ορίζονται έννοιες όπως *πολιτισμός, κουλτούρα, υγεία, κοινωνική νοσηλευτική* και ύστερα αναλύονται οι δυσκολίες που συναντά ένας/μία νοσηλευτής/α στην επικοινωνία του με έναν ασθενή με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο καθώς και οι λύσεις για την αντιμετώπιση τους.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει τόσο την συνεργατική όσο και την αυτόνομη φροντίδα των ατόμων όλων των ηλικιών, χωρών και καταστάσεων υγείας. Ο ρόλος του/της νοσηλευτή/ας είναι ζωτικής σημασίας στην περίθαλψη. Συχνά είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή και περνούν τον περισσότερο χρόνο μαζί τους (WHO). Ο/Η νοσηλευτής/α κοινοτικής υγείας επικεντρώνεται στη φροντίδα υγείας, η οποία έχει ως βάση την κατανόηση των γενικών αναγκών μιας κοινότητας.

Έδη από τα παλαιότερα χρόνια ο όρος της/του κοινοτικής/ου νοσηλεύτριας/η χρησιμοποιούταν σε όποια/ον νοσηλεύτρια/η εργαζόταν εντός της κοινότητας, ανεξαρτήτως εάν είχε σπουδάσει νοσηλευτική δημόσιας υγείας. Έτσι όσοι νοσηλευτές εργάζονταν κατ'οίκον, σε σχολεία, κλινικές ή εντός κοινωνικών ιδρυμάτων θεωρούνταν κοινοτικοί νοσηλευτές (Stanhope). Όπως αναφέρει το ANA «η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως η άνθηση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας, που έχει επίκεντρο τα άτομα, τις οικογένειες ή της ομάδες και συμβάλει στην καλή υγεία του πληθυσμού στο σύνολο του.

Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση της ασθένειας, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας πραγματώνονται μέσω ολιστικής προσέγγισης» (ANA,1980). Μερικά παραδείγματα δομών της κοινότητας είναι: τα ιατρεία, τα κινητά ιατρεία, οι κλινικές για εξωτερικούς ασθενείς, οι κλινικές που προσφέρουν προηγμένη νοσηλευτική φροντίδα, οι χώροι εργασίας, τα σχολεία, τα προσχολικά προγράμματα, τα στεγαστικά προγράμματα και οι καταυλισμοί μεταναστών (Stanhope).

Αποτελεί γεγονός πως η αλλαγή των δημογραφικών στοιχείων, η αλλαγή των προτύπων ασθενειών, η αύξηση των χρόνιων ασθενειών που οδηγούν σε δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, η μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας και η εστίαση στην προαγωγή της υγείας, δημιουργούν νέες ευκαιρίες για παροχή κοινοτικής φροντίδας σε κοινοτικούς χώρους (Wolf et al., 2015).

Η υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο της κοινότητας, αντιπροσωπεύει έναν εναλλακτικό τρόπο παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Έμφαση δίνεται στην προώθηση της υγείας και της πρόσβασης στην περίθαλψη, με την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ανθρώπων όπου ζουν και εργάζονται. Επιπλέον, οι ανάγκες της τοπικής κοινότητας, οι πόροι και οι προτιμήσεις των ανθρώπων οδηγούν τις υπηρεσίες υγείας της κοινότητας. Σε οποιαδήποτε χώρα, οι υπηρεσίες υγείας / οικογενειακής υγείας / πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας που παρέχονται στην κοινότητα παρέχονται μέσω του διαθέσιμου κοινοτικού

Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε πως η Κοινοτική Νοσηλευτική ορίζεται ως σύνθεση της πρακτικής νοσηλευτικής και δημόσιας υγείας που εφαρμόζεται στην προαγωγή και προστασία της υγείας του πληθυσμού. Είναι ένας εξειδικευμένος τομέας νοσηλευτικής που επικεντρώνεται στις ανάγκες υγείας των κοινοτήτων, των αδρανών και ιδιαίτερα των ευάλωτων πληθυσμών. Είναι μια πρακτική που είναι συνεχής και ολοκληρωμένη απευθυνόμενη σε όλες τις ομάδες κοινοτικών μελών (Barret, Terry, Hoang, 2016).

Αρχές και Στοιχεία της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η έννοια της κοινότητας, ορίζεται ως *"μια ομάδα ανθρώπων που μοιράζονται ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της ζωής τους και χρησιμοποιούν κάποιες κοινές υπηρεσίες και θεσμούς"*. Η έννοια της υγείας ορίζεται ως *"μια ισορροπημένη κατάσταση ευημερίας που προκύπτει από αρμονικές αλληλεπιδράσεις του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος"*. Ο όρος κοινοτική υγεία ορίζεται από την ικανοποίηση των αναγκών μιας κοινότητας, εντοπίζοντας προβλήματα και διαχειρίζονται τις αλληλεπιδράσεις μέσα στην κοινότητα (Wasi, 2006). Τα έξι βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής πρακτικής που ενσωματώνονται στα κοινοτικά προγράμματα και υπηρεσίες υγείας, είναι τα εξής (Wolf et al., 2015):

- (1) προώθηση της υγιεινής διαβίωσης
- (2) πρόληψη προβλημάτων υγείας

- (3) θεραπεία διαταραχών
- (4) αποκατάσταση
- (5) αξιολόγηση και
- (6) έρευνα.

Ωστόσο, το επίκεντρο της νοσηλείας, περιλαμβάνει όχι μόνο το άτομο, αλλά και την οικογένεια και την κοινότητα, η κάλυψη αυτών των πολλαπλών αναγκών απαιτεί πολλαπλούς ρόλους. Οι επτά κύριοι ρόλοι μιας νοσηλευτικής κοινότητας είναι (Hunt, 2005):

- (1) πάροχος φροντίδας
- (2) παιδαγωγός
- (3) δικηγόρος
- (4) διαχειριστής
- (5) συνεργάτης
- (6) ηγέτης, και
- (7) ερευνητής.

Αντίστοιχα, οι ρυθμίσεις για τη νοσηλευτική φροντίδα της κοινότητας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι κατηγορίες (Nuntaboot et al., 2002):

- (1) οικίες
- (2) ρυθμίσεις περιπατητικής φροντίδας
- (3) σχολεία
- (4) ρυθμίσεις επαγγελματικής υγείας
- (5) ιδρύματα αστικής κατοικίας, και
- (6) την κοινότητα γενικότερα.

Η κοινοτική νοσηλευτική πρακτική υγείας δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο τομέα, αλλά μπορεί να εφαρμοστεί οπουδήποτε (Barret, Terry, Hoang, 2016).

Θεωρίες και Μοντέλα για Νοσηλευτική Περίθαλψη στην Κοινότητα

Οι κοινώς χρησιμοποιούμενες θεωρίες στην Κοινοτική Νοσηλευτική, είναι οι εξής (Wasi, 2006):

- ✓ Το μοντέλο αυτοεξυπηρέτησης της Orem
- ✓ Το μοντέλο του συστήματος υγείας του Neuman
- ✓ Το μοντέλο της επιστήμης και ο μοναδικός άνθρωπος του Roger
- ✓ Το μοντέλο προώθησης της υγείας του Pender
- ✓ Το μοντέλο προσαρμογής της Roy
- ✓ Πλαίσιο πρόληψης του Milio
- ✓ Δημιουργία Salmon White για τη Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας

Βασικοί Συντελεστές του Κοινοτικού Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Αποτελεί γεγονός πως η *δυναμική ατμόσφαιρα* της μεταρρύθμισης της κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης, προτρέπει τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους κοινοτικούς συμμάχους να συμμετάσχουν ενεργά στην ανάπτυξη ενός κατάλληλου και ολοκληρωμένου συστήματος παροχής κοινωνικής φροντίδας υγείας. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, το κοινοτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσωπεύει τουλάχιστον πέντε επίπεδα φροντίδας που ανταποκρίνονται στις συνολικές απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών του. Τα πέντε στρώματα περιλαμβάνουν (Kim, Yeom, 2016):

- (1) ατομική αυτό-φροντίδα,
- (2) οικογενειακή φροντίδα,
- (3) φροντίδα και υποστήριξη μεταξύ γειτόνων και ομάδων στην κοινότητα,
- (4) φροντίδα και υποστήριξη που παρέχεται από παρόχους και θεραπευτές υγείας, και
- (5) ευημερία και υποστήριξη από κοινοτικούς συμμάχους, όπως κοινοτικές οργανώσεις, κοινοτικά ταμεία υγείας, κοινοτικά ταμεία και ταμείο καύσης, γραφείο κοινωνικής πρόνοιας και λοιπά στοιχεία

Μέσω της αξιολόγησης όλων των επιπέδων φροντίδας, μπορούν να εντοπιστούν οι βασικοί παράγοντες της κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι βασικοί συντελεστές εργάζονται για την ικανότητά τους σε μια κοινοτική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, ανάλογα με τους ρόλους και τις λειτουργίες τους. Ο βασικός ηθοποιός θα μπορούσε να είναι ικανός να; συνεισφέρει στη μάθηση των μαθητών (Sawyer, Frost, Bowering, 2013).

Κοινοτική Υγειονομική Περίθαλψη και Πρακτικές Συνέπειες

Όλες οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας που εκτελούνται ανταποκρίνονται στις ανάγκες, τα προβλήματα υγείας και τους κινδύνους για την υγεία, τον πολιτιστικό τρόπο ζωής, τους πόρους και τις προτιμήσεις της κοινότητας. Σε ένα σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μεταβατικό στάδιο, όπου επισημαίνεται σήμερα η ποιότητα της υπηρεσίας, η νοσηλευτική κοινότητα υγείας αντιπροσωπεύει ένα επάγγελμα που ανταποκρίνεται σε όλες τις κατηγορίες αιτημάτων του λαού (Hunt, 2005).

Οι ρόλοι και οι ευθύνες της νοσηλευτικής κοινότητας ποικίλλουν και διαφέρουν ανάλογα με το πλαίσιο του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Το δυναμικό, σύνθετο και αναδυόμενο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει περίπλοκες απαιτήσεις υγείας της κοινότητας που απαιτούν διαφορετικές δυνατότητες στους σύγχρονους νοσηλευτές της κοινότητας και τους επαγγελματίες της υγείας (Nuntaboot et al., 2004). Η κοινοτική νοσηλευτική στον τομέα της υγείας, είναι μια προσέγγιση προσανατολισμένη στον πληθυσμό, η οποία στοχεύει στην προαγωγή της υγείας ενός ολόκληρου πληθυσμού και την πρόληψη ασθενειών, αναπηρίας και πρόωρου θανάτου σε πληθυσμό (Nuntaboot et al., 2002). Μοναδική για την κοινοτική νοσηλευτική στον τομέα της υγείας, είναι η ευκαιρία για τους νοσηλευτές να μάθουν και να αναπτύξουν δεξιότητες συνεργασίας με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και βασικούς παράγοντες στις κοινότητές τους (Sawyer, Frost, Bowering, 2013).

Η εμπειρία των κοινοτικών νοσηλευτών υγείας, βελτιώνει τις επικοινωνιακές και ηγετικές ικανότητες και επιτρέπει τη δημιουργικότητα στην επίλυση προβλημάτων υγείας της κοινότητας. Σε συνεργασία με άλλους κλάδους, οι κοινοτικοί νοσηλευτές αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία για να παρέχουν υπηρεσίες δεοντολογικής και νομικής νοσηλευτικής φροντίδας σε διαφορετικούς κοινοτικούς χώρους, όπως σχολεία, σπίτια και κέντρα υγείας. Αν και ο αριθμός των ρόλων και ευθυνών των κοινοτικών νοσηλευτών υγείας είναι πολλοί, αυτά είναι πολύ λιγότερα από αυτά που η κοινότητα αναμένει να εκπληρώσουν. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί έξι στοιχεία της εφαρμογής κοινοτικής νοσηλευτικής για την καθοδήγηση της επιτυχημένης προσφοράς της στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ως εξής (Wasi, 2006).

- Η κοινοτική νοσηλευτική πρακτική στον τομέα της υγείας ενσωματώνει το κοινωνικό κεφάλαιο και τους πόρους στην κοινότητα και συνεργάζεται για την εξεύρεση λύσεων για τις συνθήκες υγείας, τους κινδύνους και τα προβλήματα.
- Η υγεία των ανθρώπων προωθείται και προστατεύεται αποτελεσματικότερα μέσω της

συνεργασίας με μέλη άλλων επαγγελμάτων και οργανισμών. Οι συνεργάτες από κοινοτικές οργανώσεις, οργανισμούς και ομάδες, όπως τα ενδιαφερόμενα μέρη και βασικοί παράγοντες στην υγεία της κοινότητας, συνεργάζονται αλληλεπιδραστικά για το καλύτερο καλό του πληθυσμού στο σύνολό του. Η συμμετοχή τέτοιων ενδιαφερομένων και σημαντικών φορέων στη συνεργατική εργασία συμβαίνει σε διαφορετικό βαθμό. Τα ενδιαφερόμενα μέρη αναλαμβάνουν εκ περιτροπής τη διεξαγωγή συγκεκριμένης συλλογικής δράσης, η οποία βασίζεται στις κύριες λειτουργίες των αντίστοιχων οργανώσεών τους.

➤ Η κοινοτική νοσηλευτική πρακτική για την προαγωγή και την προστασία της υγείας ολόκληρης της κοινότητας χρησιμοποιεί τις γνώσεις από δύο τομείς: (1) τον ακαδημαϊκό τομέα, ο οποίος βασίζεται στις νοσηλευτικές, κοινωνικές και δημόσιες επιστήμες της υγείας, και (2) τη βιωματική γνώση της κοινότητας για λύσεις για την υγεία τους. Οι κοινοτικές παρεμβάσεις και προγράμματα νοσηλευτικής υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις συνθήκες υγείας, τους κινδύνους, τα προβλήματα και τους πόρους της κοινότητας. Οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα πρέπει να είναι ευαίσθητα στην κοινοτική κουλτούρα και να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή από τον λαό.

Η κυριότερη ανησυχία και υποχρέωση των νοσηλευτών, είναι η καλύτερη χρήση των πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία της κοινότητας, που συλλέγονται από κοινοτικές οργανώσεις, οργανισμούς, ομάδες και αρχές, οι οποίες πρέπει να μοιραστούν μεταξύ όλων. Δεδομένου ότι η νοσηλευτική φροντίδα της κοινότητας είναι προσανατολισμένη στα αποτελέσματα, τα αποτελέσματα και οι δείκτες για την υγεία του πληθυσμού πρέπει να προσδιοριστούν με την ανάπτυξη συναίνεσης μεταξύ όλων των ενδιαφερομένων.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές υγείας πρέπει να είναι άρτια εξοπλισμένοι με σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες νοσηλευτικής υγείας της κοινότητας, ιδίως στην ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων με εκπροσώπους του λαού, μέλη διαφόρων επαγγελμάτων, οργανώσεις και ομάδες στην κοινότητα που είναι φορείς της υγείας της κοινότητας (Kim, Yeom, 2016).).

Ο Ρόλος των Κοινοτικών Νοσηλευτών στις Μέρες μας

Ο ρόλος των Κοινοτικών Νοσηλευτών, έχει αναπτυχθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια, αν και η αρχική ιδέα είναι πάνω από 100 ετών (Trevatt και Leary, 2010). Η εμφάνιση τους μπορεί να εντοπιστεί στη Βόρεια Αμερική κατά τη δεκαετία του 1940. Στη δεκαετία του 1940, ο Peplau (1965) χαρακτήρισε την έννοια του ειδικού στην κλινική νοσηλευτική, με την εξέλιξη του/της Κοινοτικού/ης Νοσηλευτή/ας στην ψυχιατρική.

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι εκπαιδευτές νοσηλευτών ανέπτυξαν την έννοια αυτή, ως μηχανισμό για τη μεταρρύθμιση του αποπροσωποποιημένου συστήματος φροντίδας ασθενών (Austin, Luker, Martin, 2006). Αυτοί οι εκπαιδευτές νοσηλευτών είχαν ένα όραμα ότι οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές θα έφερναν τεχνογνωσία στον ρόλο τους δίπλα στο κρεβάτι του ασθενή, καθώς και ότι θα παρείχε μια ευκαιρία προόδου για νοσηλευτές που επιθυμούσαν να παραμείνουν σε άμεση φροντίδα ασθενών (Stajduhar, et al., 2010).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, ο τίτλος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, έφτασε πολύ αργότερα στις αρχές της δεκαετίας του 1970 (Mitchell, 2010). Η αύξηση των ειδικευμένων νοσηλευτών στο Ηνωμένο Βασίλειο αποδόθηκε από τον Castledine (1994) στις αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών, με φιλοδοξία για μια πιο διαφοροποιημένη δομή σταδιοδρομίας. Μέχρι το 1983, η ενθάρρυνση από το Βασιλικό Κολλέγιο Νοσηλευτικής (RCN) οδήγησε σε ορισμένα κέντρα αριστείας, όπως το Royal Marsden Hospital που χρησιμοποιεί CNS (Raja-Jones, 2002). Την επόμενη δεκαετία, οι θέσεις νοσηλευτών και ιδιαίτερα των κοινοτικών, συνέχισαν να πολλαπλασιάζονται. Αυτή η ανάπτυξη ενθαρρύνθηκε περαιτέρω από την απόφαση για μείωση του ωραρίου των κατώτερων ιατρών και από την εισαγωγή του Πλαισίου UKCC - Framework on the Scope of Professional Practice (1992).

Πολλές δεκαετίες μετά την ανάπτυξη του Κοινοτικής Νοσηλευτικής στη Βόρεια Αμερική, η Έκθεση της Επιτροπής για τη Νοσηλευτική στην Ιρλανδία (Κυβέρνηση της Ιρλανδίας, 1998) συνέστησε την ανάπτυξη μιας διαδρομής κλινικής σταδιοδρομίας για την ειδικότητα των κλινικών νοσηλευτών. Για να υποστηρίξει τη δημιουργία εξειδικευμένων θέσεων με σαφή πλαίσια έγκρισης, ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή, ιδρύθηκε το 1999 (NCNM, 2008). Σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί διεξοδικά η ανάπτυξη του ρόλου αυτού, θα επανεξεταστούν τα στοιχεία του ρόλου, οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις και η έννοια της κλινικής εμπειρογνωμοσύνης.

Οι Εκπαιδευτικές Απαιτήσεις του Ρόλου των Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Εργασία

Τη συζήτηση για τον ρόλο των Κοινοτικών Νοσηλευτών, ακολούθησε η συζήτηση για τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις, λόγω της αντιληπτής ανάγκης και συναίνεσης για την εκπαιδευτική προετοιμασία (Synder, 1989). Στις ΗΠΑ το 1965, το έγγραφο θέσης ANA ανέφερε ότι ο τίτλος της/του Κοινοτικής/ου Νοσηλεύτριας/η, μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μόνο από νοσηλευτές με μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική (ANA, 1976).

Μέχρι το 1997, το RCN στο Ηνωμένο Βασίλειο, προσπάθησε να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα και θεώρησε ότι μια/ένας εξειδικευμένη/ος νοσηλεύτρια/ης θα έπρεπε να εκπαιδεύεται σε επίπεδο πρώτου βαθμού, έχοντας μελετήσει μια σειρά από βασικές ενότητες (Raja-Jones, 2002). Στην Ιρλανδία, το Πλαίσιο NCNM (2008) αναγνώρισε τη σημασία της εκπαίδευσης υποδεικνύοντας ότι οι νοσηλευτές θα έπρεπε να είχαν πραγματοποιήσει εκπαίδευση μετά την εγγραφή στον τομέα της εξειδικευμένης πρακτικής στο επίπεδο 8 ή ανώτερο στο Εθνικό Πλαίσιο Προσόντων στην Ιρλανδία. Όταν ο ρόλος εισήχθη αρχικά στην Ιρλανδία το 2001, ήταν προσβάσιμος μέσω μιας άμεσης διαδρομής όπου ο υποψήφιος έπρεπε να προσκομίσει αποδεικτικά στοιχεία ότι εργαζόταν στον ειδικό τομέα για μια περίοδο πέντε ετών.

Η Έννοια της Κλινικής Πραγματογνωμοσύνης των Κοινοτικών Νοσηλευτών

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές αναγνωρίζονται παγκοσμίως ότι διαθέτουν τεχνογνωσία σε έναν δεδομένο τομέα, τον οποίο χρησιμοποιούν για να αναπτύξουν την πρακτική άλλων (Austin et al, 2006). Οι Hurlimann et al (2001) υποστήριξαν ότι το να είναι κανείς ειδικός σημαίνει να έχει ένα ευρύ πεδίο κλινικής ικανότητας και θεωρητικής γνώσης. Οι ειδικοί θεωρούνται από τους Graham et al (2006) ότι εργάζονται σε υψηλότερο επίπεδο πρακτικής και σε πολύπλοκα περιβάλλοντα. Ο Martin (1999) πρότεινε ότι οι προσωπικές ιδιότητες όπως το να είσαι υποστηρικτικός, πειστικός, αποδεκτός, ανεκτικός και αμφισβητούμενος και να εμπνέεις εμπιστοσύνη αντικατοπτρίζουν έναν ειδικό.

Αυτά τα χαρακτηριστικά μαζί με το υψηλότερο επίπεδο πρακτικής που προσδιορίζεται από τους Graham et al (2006) διαφοροποιούν τη Κοινοτική Νοσηλευτική από τον Εγγεγραμμένο Γενικό Νοσοκόμο (RGN). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαχώριζαν τη Κοινοτική Νοσηλευτική από τον Εγγεγραμμένο Γενικό Νοσοκόμο που εντοπίστηκαν στη μελέτη των Glen και Waddington (1998) σχετικά με τη μετάβαση του ρόλου από τον/την νοσηλεύτη/α προσωπικού στο Κοινοτικό/η Νοσηλεύτη/α, ήταν η ικανότητα αυτόνομης άσκησης και η διακριτική ευχέρεια εργασίας.

Μολονότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε περίοδο μακράς διάρκειας ενός έτους σε αυτήν τη μελέτη περίπτωσης, μέσω ορισμένων μεθόδων συλλογής δεδομένων, μόνο δύο Κοινοτικοί Νοσηλευτές συμμετείχαν σε αυτήν τη μελέτη. Και οι δύο Κοινοτικοί Νοσηλευτές ήταν στη θέση τους μόνο για ένα χρόνο. Αν και δεν ήταν σαφές πώς επιλέχθηκαν αυτοί οι συγκεκριμένοι Κοινοτικοί Νοσηλευτές, αναπτύχθηκαν προσωπικά όσο και επαγγελματικά κατά τη διάρκεια της μελέτης του έτους και βρέθηκε ότι είχαν επιδείξει καινοτομία στον ρόλο του Κοινοτικού

Νοσηλευτή (Glen, Waddington, 1998). Αυτό το χρονικό διάστημα θα μπορούσε επίσης να αποδοθεί στην εξέλιξη από αρχάριο σε ειδικό, όπως προσδιορίστηκε από τον Benner (1984).

Οι Benner et al (1996) και Decker (2006) πρότειναν ότι η τεχνογνωσία αποκτάται στην πράξη όπου υπάρχει άφθονη εμπειρία στο κλινικό περιβάλλον. Αυτό αποδίδεται στη μετατόπιση του/της νοσηλευτή/ας από την εξάρτηση από αφηρημένες αρχές στην εφαρμογή συγκεκριμένης εμπειρίας όπου οι κλινικές καταστάσεις εξετάζονται εντός του πλαισίου και στο σύνολό τους. Ωστόσο, το έργο του Benner έχει δεχθεί κριτική καθώς ο Husband (2008) υποστήριξε ότι δεν είναι ρεαλιστικό να περιμένει κανείς από έναν/μία Κοινοτικό/η Νοσηλευτή/α να είναι ειδικός σε όλες τις διαστάσεις του ρόλου. Εκτός από το ότι είναι ειδικός, ο Benner (1984) πρότεινε ότι απαιτείται επίσης μια διαισθητική κρίση. Είναι αυτή η διαίσθηση που προτείνει ο Paley (1996) καθορίζει την ικανότητα των ειδικών και υποστηρίζεται από τα αγγλικά (1993).

Ωστόσο, ποικίλα οφέλη έχουν αποδοθεί στους Κοινοτικούς Νοσηλευτές, καθώς ο ρόλος αναπτύχθηκε με τη πορεία των χρόνων. Ο Οργανισμός Canadian Nurses Association (CNA) (2008) προσδιόρισε ότι η Κοινοτική Νοσηλευτική διαθέτει την εκπαίδευση, την κλινική τεχνογνωσία, τη λήψη αποφάσεων, τις ηγετικές δεξιότητες και την κατανόηση των οργανισμών.

Οι Jones (2005) και Por (2008) αναγνώρισαν ότι οι καθορισμένοι ρόλοι και ευθύνες επέτρεπαν την αποτελεσματική πρακτική που θα μπορούσε να μετρηθεί με τις δεξιότητες, τις γνώσεις και τα προσόντα. Αν και οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές διαθέτουν τις δεξιότητες, την τεχνογνωσία και την εκπαίδευση, η σύγχυση παρέμεινε σχετικά με την αποσαφήνιση ρόλων και τη ρύθμιση στη Νέα Ζηλανδία (Roberts et al, 2011), την Αυστραλία (Lowe et al, 2012), τον Καναδά (Donald et al, 2010) και το Ηνωμένο Βασίλειο (Jones, 2005, Brook, Rushforth, 2011).

ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ως πολιτισμό ορίζουμε μια πιο ολοκληρωμένη έννοια της κοινωνίας, η οποία αποτελείται από ανώτερα στοιχεία όπως είναι η επιστήμη, οι τέχνες, η φιλοσοφία, τα ήθη και τα έθιμα και καθορίζει κάθε συνήθεια που αποκτά το άτομο μέσα σε κάθε κοινωνία καθώς και τον χαρακτήρα κάθε χώρας (Douglas). Σύμφωνα με τον Raymond Williams «η κουλτούρα είναι μία από τις δυο ή τρεις πιο περίπλοκες λέξεις της αγγλικής γλώσσας... αφού έχει φτάσει πλέον σε σημείο να

χρησιμοποιείται για πολλές σημαντικές έννοιες σε αρκετά και ξεχωριστά μεταξύ τους επιστημονικά πεδία και συστήματα σκέψης».

Η κουλτούρα είναι υποσύνολο του πολιτισμού, προέρχεται από την λέξη ‘καλλιέργω’ και χαρακτηρίζεται από την παιδεία, τη θρησκεία, την μόδα (Taylor) και παίρνει ζωή όταν όλα αυτά τα πιστεύω μετατρέπονται σε τρόπο σκέψης και πράξη (Leininger). Ο ρόλος του πολιτισμού αποτελεί καίριο ρόλο στη στάση των ατόμων απέναντι στην υγεία, συνήθως περνάει από γενιά σε γενιά, ωστόσο τα άτομα διαμορφώνουν τις επιλογές τους συνειδητά και ορθολογικά. Στη σύγχρονη εποχή οι στάσεις των ανθρώπων διαχωρίζονται από δυο μεγάλες πεποιθήσεις, τις θρησκευτικές και τις επιστημονικές (Blum).

Η έννοια του πολιτισμού ωστόσο, αναπτύχθηκε με την πάροδο του χρόνου. Ο πολιτισμός θεωρείται μια διαμορφωμένη συμπεριφορά που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου, ως αποτέλεσμα της αποτύπωσης του νου μέσω κοινωνικών και θρησκευτικών δομών και πνευματικών και καλλιτεχνικών εκδηλώσεων. Ο πολιτισμός διαμορφώνεται από αξίες, πεποιθήσεις, κανόνες και πρακτικές που μοιράζονται τα μέλη της ίδιας πολιτιστικής ομάδας (Newman, 2013).

Η κουλτούρα καθοδηγεί τη σκέψη, την πράξη και την ύπαρξη των ανθρώπων και γίνεται οι διαμορφωμένες εκφράσεις αυτού που είναι οι άνθρωποι. Αυτές οι εκφράσεις με μοτίβο *περνούν* από τη μια γενιά στην άλλη. Ο πολιτισμός είναι οι αξίες, οι πεποιθήσεις, οι κανόνες και οι πρακτικές μιας συγκεκριμένης ομάδας που μαθαίνονται και μοιράζονται και που καθοδηγούν τη σκέψη, τις αποφάσεις και τη δράση με διαμορφωμένο τρόπο. Ο πολιτισμός είναι κάπως άυλος, ασαφής και άπιαστος και περιλαμβάνει σύμβολα, έθιμα και μορφές ενδυμασίας, ομιλίας και επαγγέλματα (Denham et al, 2014).

Ο όρος «πολιτισμός» αναφέρεται στη γλώσσα, τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τους κανόνες, τα έθιμα, το ντύσιμο, τη διατροφή, τους ρόλους, τις γνώσεις και τις δεξιότητες και όλα τα άλλα πράγματα που μαθαίνουν οι άνθρωποι και συνθέτουν τον «τρόπο ζωής» κάθε κοινωνίας. Ο πολιτισμός μεταβιβάζεται από τη μια γενιά στην άλλη μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης (Browne, 2008). Οι γονείς και η οικογένεια, οι πιο σημαντικές πηγές για τη μεταφορά των παραδόσεων, διδάσκουν, τόσο ρητά (όπως γλώσσα, διαπροσωπική απόσταση και φιλία δημόσια) όσο και σιωπηρά (συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία και την ασθένεια, τη γλώσσα του σώματος, τις διαφορές στις γλωσσικές εκφράσεις, και τη χρήση του τίτλου) συμπεριφορές πολιτισμών (Stanhope et al, 2000).

Κάθε κουλτούρα έχει μια οργανωτική δομή που τη διακρίνει από την άλλη και παρέχει τη δομή για το ποια μέλη της πολιτιστικής ομάδας ορίζουν ως κατάλληλη ή ακατάλληλη συμπεριφορά και είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να γνωρίζουν αυτά τα οργανωτικά στοιχεία για να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών. Η ικανή νοσηλευτική πρακτική πρέπει να περιλαμβάνει τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης περίθαλψης σε μια συνάντηση όπου τουλάχιστον μερικές από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις στάσεις και τις εμπειρίες νοσηλευτή και ασθενή διαφέρουν.

Αλλά πρέπει να αναγνωριστεί ότι επειδή οι εθνοτικές ομάδες δεν είναι ενοποιημένα πολιτισμικά σύνολα, η κουλτούρα είναι περίπλοκη και μεταβαλλόμενη, επειδή η ηθική ταυτότητα είναι σε κάποιο βαθμό περιστασιακή και δυναμική και επειδή ζούμε σε ρατσιστική κοινωνία, το έργο της παροχής καλής φροντίδας είναι από μόνο του πολύπλοκο και γεμάτο δυσκολίες. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μια ένταση μεταξύ της ανάγκης αναγνώρισης και ανταπόκρισης στην πολιτισμική διαφορά και της αναγκαιότητας να το κάνουν αυτό χωρίς να καταφεύγουν σε στερεότυπα (Παπαδόπουλος, 2006).

Οι Θρησκευτικές και Επιστημονικές Πεποιθήσεις των Ατόμων στο Πλαίσιο της Κουλτούρας

Από τα πρώτα χρόνια της ανθρωπότητας ο κόσμος προσπαθούσε να μεταφράσει ορισμένα γεγονότα ανεξήγητα για την τότε εποχή, όπως ήταν οι αρρώστιες, ο θάνατος, η γιαιτρεία και η υγεία. Αδυνατώντας όμως να το κάνουν κατέφευγαν σε πεποιθήσεις βασισμένες σε προκαταλήψεις, μεταφράζοντας έτσι τις ασθένειες ως τιμωρία από τους θεούς. Με την πάροδο του χρόνου οι θρησκείες έγιναν κομμάτι του κάθε πολιτισμού και η ασθένεια ερμηνεύτηκε ως προμελετημένη παρέμβαση του Θεού ενώ η θεραπεία σπάνιων ή δύσκολων περιπτώσεων μεταφράστηκε ως θαύμα (Blum). Επικρατώντας λοιπόν αυτή η πεποίθηση ορισμένες θρησκείες απαγορεύουν στους πιστούς τους να δέχονται οποιαδήποτε νοσηλευτική/ιατρική παρέμβαση, όπως είναι για παράδειγμα η μετάγγιση αίματος στους Ιεχωβάδες (Anyfantakis et al., 2013).

Ως προς τις επιστημονικές πεποιθήσεις, τον τελευταίο αιώνα, μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού άρχισε να κατακτάει έναν πιο ορθό τρόπο σκέψης, κατά τον οποίο ο επιστημονικός λόγος έχει περισσότερη βαρύτητα, καθώς η ιατρική επιστήμη βασίζεται σε μελέτες και τεκμηριωμένα

στοιχεία (Blum). Υπάρχει όμως ακόμα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού το οποίο δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αντιληφθεί πως λειτουργεί η ιατρική επιστήμη αλλά και ο ίδιος ο ανθρώπινος οργανισμός, ανατομικά και φυσιολογικά και έτσι καταλήγει να έχει διαφορετική αντίληψη και ιδέες για την εκάστοτε ασθένεια και την θεραπεία της.

Παρόλα αυτά οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να σέβονται και να δέχονται τις απόψεις των ατόμων αυτών, βοηθώντας τους παράλληλα να κατανοήσουν την ιατρική επιστήμη με έναν πιο απλό τρόπο ώστε να καταφέρουν να τους βοηθήσουν στον μέγιστο δυνατό βαθμό, αφού τα άτομα πλέον έχουν μια πιο ανάμεικτη αντίληψη της υγείας, η οποία έχει στοιχεία της βιοϊατρικής τεχνολογίας αλλά και θρησκευτικής πίστης. (Anyfantakis et al., 2013). Αυτό συμβαίνει πολλές φορές γιατί οι άνθρωποι νιώθουν αδύναμοι και αβοήθητοι μπροστά στην ασθένεια τους, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για χρόνια, και καταφεύγουν στην πίστη τους για να αντλήσουν δύναμη και ελπίδα και καταφέρνουν με αυτόν τον τρόπο να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν καλύτερα την αρρώστια τους (Büssing & Koenig, 2010).

Η Έννοια της Πολιτισμικής Διαφορετικότητας

Η πολιτισμική ποικιλομορφία είναι ένας όρος, ο οποίος χρησιμοποιείται για να αναδείξει τη διαφορά μεταξύ των ανθρώπων ως προς τις προσωπικές τους συνήθειες, απόψεις, πεποιθήσεις, παραδόσεις και την γενικότερη πολιτισμική τους ταυτότητα. Κάθε πολιτισμική ομάδα έχει μια διαφορετική προσέγγιση τόσο σε ζητήματα που αφορούν την καθημερινή τους ζωή όσο και σε ζητήματα που αφορούν την υγεία τους και την προαγωγή αυτής. Το προσωπικό υγείας και πιο συγκεκριμένα οι κοινοτικοί νοσηλευτές, οι οποίοι έρχονται σε επαφή όχι μόνο με τον ασθενή ατομικά αλλά και με οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, οφείλει να σέβεται και συμπεριφέρεται σε κάθε κοινοτική ομάδα με τον αρμόδιο τρόπο, ακολουθώντας τους ‘κανόνες’ κάθε πολιτισμού και δείχνοντας κατανόηση για τη διαφορετικότητα στην οποία υπάρχει (Abele).

Πολιτισμική Ικανότητα Νοσηλευτών στην Υγειονομική Περίθαλψη

Η πολιτισμική ικανότητα έχει οριστεί ως μια διαδικασία, στην οποία ο/η νοσηλευτής/α προσπαθεί συνεχώς να εργάζεται αποτελεσματικά μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας από ένα διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Campinha-Bacote

2002). Η πολιτισμική ικανότητα είναι η συνεχής διαδικασία που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να εργαστούν αποτελεσματικά και αποδοτικά στον πολιτισμικά υπαγορευμένο κόσμο του ασθενούς.

Οι πολιτισμικά ικανοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι κάθε άτομο και οικογένεια αξίζει μια δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση και ευκαιρίες στην υγειονομική περίθαλψη. Ρωτώντας και απαντώντας, *από πού προέρχονται οι ασθενείς (ή οι οικογένειές); Ποιες είναι οι ιδέες τους για την ευεξία και την ασθένεια; Ποιες είναι οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους για υγειονομική περίθαλψη;* είναι βασικά, όπως και η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, η ενσυναίσθηση, η υπεράσπιση και, πολύ σημαντικό, ο σεβασμός. Οι νοσηλευτές κατανοούν ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό και σέβονται τον ασθενή καθώς και τον ρόλο που παίζει η κουλτούρα στον καθορισμό της υγείας και της ασθένειας (Linda, 2012).

Σύμφωνα με τους Stanhope et al, (2000) η πολιτισμικά ικανή νοσηλευτική φροντίδα καθοδηγείται από τέσσερις αρχές. Η φροντίδα σχεδιάζεται για τον συγκεκριμένο πελάτη, βασίζεται στη μοναδικότητα της κουλτούρας του ατόμου και περιλαμβάνει πολιτισμικούς κανόνες και αξίες. Η φροντίδα περιλαμβάνει αυτοστρατηγικές ενδυνάμωσης για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων του πελάτη στη συμπεριφορά υγείας και παρέχεται με ευαισθησία που βασίζεται στην πολιτισμική μοναδικότητα των πελατών.

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πολιτισμικά ικανή φροντίδα υγείας, έχει πολλά οφέλη, όπως η πιο επιτυχημένη εκπαίδευση ασθενών, οι αυξήσεις στη συμπεριφορά αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, ο καταλληλότερος έλεγχος και έλεγχος και τα λιγότερα διαγνωστικά σφάλματα, η αποφυγή επιπλοκών φαρμάκων, η μεγαλύτερη τήρηση των ιατρικών συμβουλών και διευρυμένες επιλογές και πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας κλινικούς γιατρούς (Lehman et al, 2005).

Σύμφωνα με την Campinha-Bacote (2001), η πολιτισμική ικανότητα είναι μια δια βίου διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής προσπαθεί συνεχώς να επιτύχει την ικανότητα και τη διαθεσιμότητα να εργάζεται αποτελεσματικά εντός του πολιτισμικού πλαισίου του πελάτη (άτομο, οικογένεια, κοινότητα). Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την ενσωμάτωση της πολιτισμικής επιθυμίας, της συνειδητοποίησης του πολιτισμού και της πολιτισμικής γνώσης (Berman et al, 2012). Ως εκ τούτου, αναφέρονται οι εξής έννοιες στο πλαίσιο της πολιτισμικής ικανότητας των νοσηλευτών:

Πολιτισμική επιθυμία: Το κίνητρο «να θελήσουμε να εμπλακούμε στη διαδικασία της πολιτισμικής επίγνωσης, γνώσης, ικανότητας και της αναζήτησης πολιτισμικών συναντήσεων (Berman et al, 2012). Οι νοσηλευτές δεν αποκτούν δεξιότητες αυτόματα, καταβάλλουν συνειδητές προσπάθειες και έχουν την επιθυμία να καταλάβουν τι χρειάζονται οι άνθρωποι (Denham et al, 2014). Η επιθυμία πολιτισμού *καλλιεργεί* την ανεκτικότητα στις διαφορές, τη συμπόνια, την αυθεντικότητα, την ταπεινοφροσύνη, τη διαφάνεια, τη διαθεσιμότητα και την ευελιξία. Είναι μια δέσμευση για ποιοτική φροντίδα.

Πολιτισμική επίγνωση: Σύμφωνα με τη Quarre (2005), η επίγνωση του πολιτισμού είναι το θεμέλιο της επικοινωνίας και περιλαμβάνει την ικανότητα να σταθούμε πίσω από τον εαυτό μας και να συνειδητοποιήσουμε τις πολιτιστικές αξίες, τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις. Γιατί κάνουμε τα πράγματα με αυτόν τον τρόπο; Πώς βλέπουμε τον κόσμο; Γιατί αντιδρούμε με αυτόν τον συγκεκριμένο τρόπο; Ο φροντιστής γίνεται ευαίσθητος στις αξίες, τις πεποιθήσεις, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές του ασθενούς/πελάτη και διερευνά τις δικές του αξίες, προκαταλήψεις και προκαταλήψεις. Εκτός εάν ο φροντιστής περάσει από αυτή τη διαδικασία με συνειδητό, σκόπιμο και στοχαστικό τρόπο, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να επιβάλει κάποιος τις δικές του πολιτιστικές αξίες κατά τη διάρκεια της συνάντησης (Campinha-Bacote 2008).

Πολιτισμική γνώση: Η πολιτισμική γνώση είναι η διαδικασία κατά την οποία ο φροντιστής ανακαλύπτει περισσότερα για άλλους πολιτισμούς και διαφορετικές κοσμοθεωρίες από ανθρώπους από άλλους πολιτισμούς. Η κατανόηση των αξιών, των πεποιθήσεων, των πρακτικών και των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων πολιτιστικά/εθνοτικά διαφορετικών ομάδων επιτρέπει σε κάποιον να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις συναντήσεις του/της μαζί τους. Είναι η διαδικασία που παρέχει την πρωταρχική και βιωματική έκθεση σε διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις με ανθρώπους που είναι πολιτισμικά/εθνικά διαφορετικοί από τον εαυτό μας (Campinha-Bacote, 2008).

Πολιτισμικές δεξιότητες: Η ικανότητα συλλογής πολιτισμικά σχετικών δεδομένων αναφορικά με την υγεία του πελάτη με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο (Campinha-Bacote, 2008). Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την εκμάθηση των δεξιοτήτων του τρόπου διεξαγωγής μιας πολιτισμικής αξιολόγησης, ένα ουσιαστικό έργο για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν πολιτισμικές δεξιότητες για να συλλέξουν και να χρησιμοποιήσουν πολιτισμικά σχετικές πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό υγείας ενός ατόμου και την

παρουσίαση του προβλήματος (Denham et al, 2014). Επιπλέον, όταν αλληλοεπιδρούν, οι πολιτισμικά επιδέξιοι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το κατάλληλο άγγιγμα κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, τροποποιούν τη φυσική απόσταση μεταξύ του εαυτού τους και των άλλων και χρησιμοποιούν στρατηγικές για την αποφυγή πολιτισμικών παρεξηγήσεων ενώ επιτυγχάνουν αμοιβαία συμφωνημένους στόχους (Stanhope et al, 2000).

Πολιτισμικές συναντήσεις: Η συνεχής διαδικασία αλληλεπίδρασης με ασθενείς από πολιτισμικά διαφορετικά υπόβαθρα προκειμένου να επικυρωθούν, να τελειοποιηθούν ή να τροποποιηθούν υπάρχουσες αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές σχετικά με μια πολιτιστική ομάδα και να αναπτυχθεί η πολιτιστική επιθυμία, η πολιτισμική επίγνωση, οι πολιτιστικές δεξιότητες και η πολιτιστική γνώση (Campinha -Bacote, 2008). Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναπτύξουν πολιτισμικές συναντήσεις με άτομα άλλων πολιτισμών που αναρρώνουν από παρόμοια ασθένεια. Σε αυτές τις εκπαιδευτικές ομάδες, οι ασθενείς μαθαίνουν ο ένας από τον άλλο στρατηγικές επιβίωσης και τρόπους για να ενσωματωθούν ξανά στην οικογένεια, την κοινότητα και τον χώρο εργασίας (Stanhope et al, 2000).

Διαστάσεις Πολιτισμικών Ικανοτήτων των Νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές ενσωματώνουν τις επαγγελματικές τους γνώσεις και την πρακτική του ασθενή στο νοσοκομείο, για να διαπραγματευτούν και να προωθήσουν την σχετική φροντίδα για εκείνον (Stanhope et al, 2000). Ο Leininger (1995) προτείνει τρεις τρόπους δράσης μεταξύ του ασθενή και του/της νοσηλευτή/ας που καθοδηγούν τον/την νοσηλευτή/α να παράσχει ικανή φροντίδα, όπως πολιτισμική διατήρηση, στέγαση και αναμόρφωση. Όταν αυτές οι αποφάσεις και οι ενέργειες χρησιμοποιούνται με πολιτισμική διαμεσολάβηση, οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εκπληρώσουν τους διάφορους ρόλους που είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή ολιστικής φροντίδας σε πολιτισμικά διαφορετικούς πελάτες.

Στο πλαίσιο αυτό, ο στόχος της πολιτισμικής διατήρησης είναι να υποστηρίξει τη χρήση από τους πελάτες εκείνων των πτυχών της κουλτούρας του πελάτη που προωθούν υγιεινές συμπεριφορές (Stanhope et al, 2000). Ένας/μία νοσηλευτής/α που χρησιμοποιεί την πολιτισμική διατήρηση υποστηρίζει τη χρήση επιστημονικά έγκυρων πολιτισμικών πρακτικών, όπως ο βελονισμός για τη διαχείριση του πόνου σε έναν Κινέζο ασθενή, και παρεμβάσεις από το βιοϊατρικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπως η χρήση χαμηλότερων δόσεων οπιοειδών αναλγητικών (Lauren, 2009).

Στα πολιτισμικά καταλύματα, οι νοσηλευτές διαπραγματεύονται με τους ασθενείς για να συμπεριλάβουν πτυχές των λαϊκών τους πρακτικών με το παραδοσιακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την εφαρμογή βασικών σχεδίων θεραπείας. Η έμφαση θα πρέπει να είναι σε θέση να διασφαλίσει ότι η πρακτική δεν είναι επιβλαβής, είναι ασφαλής και έχει οφέλη για την υγεία για τους πελάτες (Stanhope et al, 2000).

Σύμφωνα με τον Jason Burrow-Sanchez (2011), ο όρος πολιτισμική στέγαση χρησιμοποιείται και ορίζεται ως: *«Η διαδικασία προσαρμογής των συστατικών μιας παρέμβασης για να αυξηθεί η συμφωνία με τα πολιτισμικά πρότυπα μιας συγκεκριμένης ομάδας»*. Η πολιτισμική στέγαση στοχεύει στην ενίσχυση της πολιτισμικής συνάφειας μεταξύ μιας θεραπείας και μιας συγκεκριμένης εθνικής ομάδας μέσω της διαδικασίας του εντοπισμού και της ενσωμάτωσης σχετικής μεταβλητής σε μια εμπειρικά υποστηριζόμενη θεραπεία με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας για αυτόν τον πληθυσμό (Sanchez, 2011).

Σε σχέση με τον πολιτισμό, η/ο νοσηλεύτρια/ης συνεργάζεται με τους ασθενείς για να κάνει αλλαγές στις πρακτικές υγείας όταν αυτές οι συμπεριφορές είναι επιβλαβείς ή μειώνουν την ευημερία του ασθενή (Stanhope et al, 2000). Επιπλέον, μια/ένας νοσηλεύτρια/ης που χρησιμοποιεί πολιτισμική αναμόρφωση συνεργάζεται με τον ασθενή για να τον βοηθήσει να αλλάξει πολιτισμικές πρακτικές που είναι επιβλαβείς. Εάν, για παράδειγμα, ένας ασθενής προέρχεται από μια κουλτούρα που εκτιμά τη χρήση βοτάνων, μια/ένας νοσηλεύτρια/ης πρέπει να διαπραγματευτεί την αποχή από συγκεκριμένα βότανα που μπορεί να προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις (Lauren, 2009).

Η πολιτισμική διαμεσολάβηση είναι η δράση που χρησιμοποιείται από ικανούς νοσηλευτές για να διασφαλίσουν ότι οι πελάτες λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα (Stanhope et al, 2000). Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Πολιτιστικής Αρμοδιότητας (NCCC), 2004, η πολιτιστική διαμεσολάβηση ορίζεται ως η πράξη σύνδεσης ή διαμεσολάβησης μεταξύ ομάδων ή ατόμων διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου με σκοπό τη μείωση των συγκρούσεων ή την παραγωγή αλλαγής. Ένας πολιτιστικός διαμεσολαβητής ενεργεί ως διαμεσολαβητής, αυτός που υποστηρίζει για λογαριασμό άλλου ατόμου ή ομάδας. Μια παρέμβαση υγειονομικής περίθαλψης μέσω της οποίας ο επαγγελματίας χρησιμοποιεί όλο και περισσότερο τις γνώσεις και τις δεξιότητες της πολιτιστικής και της επιστήμης υγείας για να διαπραγματευτεί με τον πελάτη και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για ένα αποτελεσματικό, επωφελές σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης

Διαπολιτισμική Νοσηλευτική

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική θεωρείται ως ένας πολιτισμικά ικανός τομέας πρακτικής που επικεντρώνεται στον πελάτη και επικεντρώνεται στην έρευνα (Newman, 2013). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική επικεντρώνεται στην παροχή φροντίδας μέσα στις διαφορές και τις ομοιότητες των πεποιθήσεων, των αξιών και των προτύπων των πολιτισμών (Berman et al, 2012, 319). Σύμφωνα με τη Leininger (1995) η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας επίσημος τομέας μελέτης και πρακτικής που επικεντρώνεται στη συγκριτική ολιστική κουλτούρα, τη φροντίδα, την υγεία και τα πρότυπα ασθένειας των ανθρώπων, σε σχέση με τις διαφορές και τις ομοιότητες στις πολιτισμικές αξίες, πεποιθήσεις και πρακτική τους με τους. Στόχος είναι η παροχή πολιτισμικά συνεπούς, ευαίσθητης και ικανής νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους διαφορετικών πολιτισμών (Παπαδόπουλος, 2006).

Ο στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να αναπτύξει ένα επιστημονικό και ανθρωπιστικό σώμα γνώσεων προκειμένου να παρέχει εξειδικευμένες και πολιτισμικές καθολικές πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες από διαφορετικά υπόβαθρα (Andrews, 2012). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ασχολείται με τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αλληλοεπιδρούν με τους ασθενείς σε πολιτισμικό επίπεδο. Υπάρχουν πολλοί ασθενείς των οποίων η κουλτούρα και το υπόβαθρο αποτελούν σημαντικό μέρος του ποιοι είναι ως άτομα. Όταν αντιμετωπίζουν τραυματισμούς ή ασθένειες, η κουλτούρα τους παίζει ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τη συναισθηματική πάλη και μπορεί ακόμη και να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο επιλέγουν να αντιμετωπίζονται από μια ομάδα υγειονομικής περίθαλψης (Alice, 2015).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική απαιτεί εξελιγμένες δεξιότητες αξιολόγησης και ανάλυσης και ικανότητα προγραμματισμού, σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας για άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες που αντιπροσωπεύουν διάφορους πολιτισμούς (Andrews, 2012). Ο καλύτερος τρόπος για μια/έναν νοσηλεύτρια/η να συνεργαστεί καλά με τους διαπολιτισμικούς ασθενείς, είναι πως πρέπει να χαρακτηρίζεται ως προσεκτική στις ανάγκες των ασθενών.

Αυτός ή αυτή μπορεί να ρωτήσει τους ασθενείς εάν έχουν οποιεσδήποτε ανάγκες ειδικά για τον πολιτισμό ή το υπόβαθρό τους. Γνωρίζοντας ποιες πολιτιστικές ανάγκες ή επιθυμίες έχει ένας

ασθενής, ένας/μία νοσηλευτής/α μπορεί να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες και να τις εντάξει στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας του/της, όταν είναι δυνατόν (Alice, 2015). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική βοηθά έναν/μία νοσηλευτή/α να γνωρίσει έναν ασθενή σε πιο προσωπικό επίπεδο και τον βοηθά να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Σε τελική ανάλυση, μια/ένας νοσηλεύτρια/ης θεραπεύει ένα ολόκληρο άτομο και όχι μόνο μια ασθένεια ή τραυματισμό, και η κουλτούρα και το υπόβαθρο του ατόμου περιλαμβάνονται σε αυτό.

Πολιτιστική Ικανότητα των Νοσηλευτών

Σύμφωνα με αποτελέσματα προηγούμενων αναθεωρημένων ερευνητικών άρθρων, οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν προκλήσεις όταν φρόντιζαν άτομα που έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από το δικό τους, και οι περισσότεροι εξέφρασαν την ανάγκη για ευκαιρίες για να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους όταν είχαν να κάνουν με μια πιο ετερογενή ομάδα ασθενών (Jonas et al., 2014, Jane, 2005). Δεδομένου ότι η πολιτισμική ικανότητα είναι μια διαδικασία ανάπτυξης που βασίζεται στη συνεχή αύξηση της γνώσης και της ανάπτυξης δεξιοτήτων που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της πολιτισμικής επίγνωσης, κατανόησης, ευαισθησίας και αλληλεπίδρασης. Οι νοσηλευτές διαβεβαιώνουν ότι η φροντίδα πρέπει να είναι πολιτισμικά σχετική και να συμβιβάζεται με τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις πρακτικές των πελατών (Jacqueline, 2002, Alexander, 2006). Οι περισσότερες από τις νοσηλεύτριες σύμφωνα με τα ευρήματα της Jane, (2005), αναγνώρισαν ότι η εκπαίδευσή τους ήταν ανεπαρκής όσον αφορά τη γνώση και την κατανόηση που χρειάζονταν για να φροντίσουν διαφορετικούς ασθενείς.

Μόνο μερικοί νοσηλευτές είχαν πραγματικά λάβει αυτού του είδους τις πληροφορίες κατά τη διάρκεια επίσημων σπουδών. Όπως είπε μια νοσηλεύτρια, *«το μεγαλύτερο πρόβλημά μου, είναι με όλο το θέμα της εκπαίδευσης. Απλώς νιώθω ότι δεν είμαστε αρκετά μορφωμένοι. Πρέπει να μάθουμε πολλά περισσότερα για την πολιτιστική νοσηλευτική»*. Ένας άλλος νοσηλευτής είπε: *«έχω λάβει κάποια εκπαίδευση σχετικά με την πολιτιστική φροντίδα στο τομέα μου, αλλά δεν θα ένιωθα άνετα να ασχολούμαι με ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς»* (Jane, 2005, Ιούνιος, 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω αποτέλεσμα από προηγούμενες μελέτες, η/ο νοσηλεύτρια/ης θα πρέπει να εκτιμήσει ότι μερικές φορές νοιαζόμαστε για άτομα με διαφορετική κουλτούρα. Κατά συνέπεια, οι πολιτισμικά ικανοί νοσηλευτές σέβονται τις πεποιθήσεις των

ασθενών και ενσωματώνουν πολιτισμικές πρακτικές στη φροντίδα του ασθενή με την κατανόηση ότι υπάρχουν περιορισμοί που επιβάλλονται από τη νοσηλευτική γνώση που δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές να συμμετέχουν σε επιβλαβείς ή καταχρηστικές πρακτικές που παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων (Gerry et Al, 2009).

Μια άλλη μελέτη που έγινε από τον Serap et al, (2014) αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς από διαφορετικούς πολιτισμούς και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν πρόβλημα όταν παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς από διαφορετικούς πολιτισμούς και ανεπαρκή πολιτισμική ευαισθητοποίηση, δυσκολία στην επικοινωνία δημιουργούν εμπόδια στην κατανόηση μεταξύ των νοσηλευτών και ασθενείς διαφορετικών πολιτισμών (Serap et al, 2014). Οι προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι νοσηλευτές αφορούσαν τόσο τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους. Οι κύριες προκλήσεις που περιέγραψαν οι νοσηλευτές σχετίζονταν με την επικοινωνία, την αξιολόγηση, την παροχή ολιστικής φροντίδας και τους περιορισμούς της εργασίας με διερμηνείς.

Αυτό επιβεβαιώνει ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα όταν ασχολούνται με πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς (Jane, 2005). Επιπλέον, οι νοσηλευτές αντιλήφθηκαν τον φόβο των λαθών και την υπέρβαση των ορίων που σχετίζονται με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πρακτικές των ασθενών μειονοτήτων ως ιδιαίτερα αγχωτικό. Κάποια νοσηλεύτρια ανέφερε: Έχω δουλέψει με ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς και κάθε εμπειρία ήταν διαφορετική, νιώθω πολύ νευρικός όταν συμπεριφέρομαι σε ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς επειδή δεν έχω μάθει πολλά για αυτούς και τις διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις που έχουν (Jonas et. al, 2014, Alexander, 2006).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τον Alexander (2006), βρήκε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίσουν τις δικές τους πολιτισμικές αξίες στην αναζήτηση πολιτισμικής ικανότητας και, οι προσδοκίες, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των νοσηλευτών επηρεάζονται από την κουλτούρα τους εξίσου σίγουρα με τις προσδοκίες, τις στάσεις και τη συμπεριφορά των πελατών επηρεάζεται από την κουλτούρα τους. Επιπλέον, οι διαφορές μεταξύ των πολιτισμών θεωρούνται γενικά ως απειλητικές και περιγράφονται με αρνητικούς όρους. Στην ίδια μελέτη, ο Alexander αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές εξέφρασαν τα συναισθήματα ανησυχίας, μοναξιάς και έλλειψης αυτοπεποίθησης κατά τη διάρκεια της πολιτιστικής τους ικανότητας (Alexander, 2006).

Επικοινωνία Νοσηλευτών με Ασθενείς

Η αποτελεσματική επικοινωνία με ασθενείς και νοσηλευτές, αποτελεί βασική διαδικασία στην ασφαλή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Η αποτελεσματική επικοινωνία ορίζεται ως «μια αμφίδρομη διαδικασία – η αποστολή του σωστού μηνύματος που επίσης λαμβάνεται σωστά και κατανοητό από το άλλο άτομο» (Li Hui et al, 2012, Yvonne, 2012). Οι σχέσεις ασθενών και νοσηλευτών, βασίζονται στην καλή επικοινωνία, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, την τήρηση των ιατρικών συστάσεων και τα καλύτερα αποτελέσματα υγειονομικής περίθαλψης και οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές στις μελέτες ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα όταν έδιναν φροντίδα σε άτομα λόγω γλωσσικών διαφορών.

Διαπιστώθηκε ότι η ομάδα που αντιμετώπισε προβλήματα πιο συχνά λόγω γλωσσικών διαφορών ήταν οι νοσηλευτές που εργάζονταν με ασθενείς από διαφορετικούς πολιτισμούς (Khalid, 2015, Serap et al, 2014). Ορισμένοι νοσηλευτές παρατήρησαν ότι ο φόβος τους μπορεί να εμποδίσει την επικοινωνία, ιδιαίτερα όταν δεν είναι σε θέση να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ασθενών και οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν δυσκολίες στην επικοινωνία λόγω γλωσσικών διαφορών. Αυτό θεωρήθηκε σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης ασθενή-παρόχου (Li Hui, 2011, Khalid, 2015).

Οι μελέτες δείχνουν ότι η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και η πολυγλωσσία των ασθενών και το διαφορετικό υπόβαθρο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι οι προκλήσεις για τις τρέχουσες πρακτικές ασφάλειας των φαρμάκων και τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για τη γλώσσα τους συχνά δεν είναι εμφανή μέχρι να συναντήσουν μια άλλη γλώσσα. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ότι η δική τους γλώσσα είναι ανώτερη από άλλες γλώσσες στο να δίνουν οδηγίες και πληροφορίες μεταξύ των γονέων των ασθενών και των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση της υγείας, η επικοινωνία επηρεάζεται από τη γλωσσική διαφορά, καθώς οι περισσότεροι νοσηλευτές προέρχονται από διαφορετικές πολυπολιτισμικές ομάδες.

Το υπόβαθρο, η δυσκολία στην επικοινωνία λόγω γλωσσικών διαφορών θεωρήθηκε σημαντικό εμπόδιο για την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης ασθενή-παρόχου. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν τους ασθενείς τους ως πρόθυμους να μιλήσουν στη γλώσσα τους, αν και γνώριζαν ότι οι νοσηλευτές δεν τους καταλάβαιναν (Khalid, 2015, Alexander, 2006). Οποιαδήποτε προβλήματα επικοινωνίας που σχετίζονται με τις ελλείψεις στη χρήση της κοινής γλώσσας επηρεάζουν και αλλάζουν την προσέγγιση θεραπείας και φροντίδας. Ενώ προβλήματα κατανόησης

αντιμετωπίζονται ακόμη και μεταξύ εκείνων που μιλούν την ίδια γλώσσα, περισσότερα προβλήματα θα εμφανιστούν μεταξύ εκείνων με διαφορετική μητρική γλώσσα κατά την αξιολόγηση της διαδικασίας. Η ανεπαρκής πολιτισμική επίγνωση και η δυσκολία στην επικοινωνία δημιουργούν εμπόδια στην κατανόηση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών διαφορετικών πολιτισμών (Serap et al, 2014).

Πολλοί νοσηλευτές έδειξαν ότι ήταν ηθικά υπεύθυνοι για τη φροντίδα που παρείχαν και αναγνώρισαν ότι η φροντίδα των ασθενών τους διακυβεύτηκε από περιορισμένες επικοινωνίες που επηρέασαν την αξιολόγηση, την εκπαίδευση και τη συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών. Το εμπόδιο στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών συχνά προκαλεί περιττά λάθη, υπερβολικό πόνο, κακής ποιότητας φροντίδα, ακόμη και θάνατο. Η έλλειψη γνώσης της πολυπολιτισμικότητας, οι δυσκολίες στην απόκτηση πολιτιστικής ικανότητας και το πολιτισμικό σοκ τεκμηριώθηκαν ως παράγοντες πολιτισμικής διαφοράς στα εμπόδια της αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Η υγειονομική περίθαλψη μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μη ικανοποιητικές καταστάσεις για τον ασθενή ή ακόμη και σε σφάλματα, με πιθανές κλινικές συνέπειες. Υπάρχουν πολλά προβληματικά ζητήματα στη χρήση διερμηνέων, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση μη επαγγελματίες διερμηνείς όπως μέλη της οικογένειας ή σε ραντεβού χωρίς διερμηνέα. Ως διερμηνέας ορίζεται το άτομο που «μεταφράζει προφορικά από μια γλώσσα σε μια άλλη. Με τους πολλούς διεθνείς ασθενείς να προσέρχονται στην πολιτισμική ποικιλομορφία για θεραπεία, πολλοί συμμετέχοντες αντιμετώπισαν γλωσσικά εμπόδια, το ένα είναι το γλωσσικό εμπόδιο.

Στην έρευνα των Niina et al, 2014, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι η επαγγελματική γνώση του διερμηνέα ήταν μια θεμελιώδης απαίτηση κατά τη χρήση διερμηνέα και ο διερμηνέας θεωρήθηκε ως μια πολιτισμική γέφυρα που συνδέει δύο γλώσσες και πολιτισμούς ή ως μια μεταβατική μηχανή. Ωστόσο, οι νοσηλευτές στην ίδια έρευνα ανησύχησαν ότι ο διαχωρισμός των διαφορετικών τύπων μετανάστευσης και οι σχέσεις της με το κόστος του διερμηνέα, *«η χρήση διερμηνέα είναι δαπανηρή και είναι πρόκληση»*.

Πολιτισμός, Θρησκευτικές Πεποιθήσεις και Διατροφή

Η κουλτούρα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα πράγματα, τη γλώσσα τους, τον κώδικα ντυσίματος, πώς θα πίστευαν, πώς θα συμπεριφέρονταν στους

ασθενείς τους, τι θα έκαναν στον θανάοντά τους και στην επιλογή της τροφής τους (Serap et al, 2014). Κάθε χώρα έχει τη δική της μοναδική κουλτούρα που καθορίζει τις κανονιστικές αξίες ενός ατόμου ή της ομάδας και ο πολιτισμός καθορίζει τη συμπεριφορά που σκιαγραφεί όλες τις πτυχές της ζωής τους.

Οι νοσηλευτές αντιλήφθηκαν τον φόβο των λαθών και την υπέρβαση των ορίων που σχετίζονται με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πρακτικές ασθενών μειονοτήτων ως ιδιαίτερα αγχωτικό (Jonas et al, 2014, 2107). Κάθε θρησκευτική προσέγγιση έχει διαφορετικές πρακτικές και τέτοιες πρακτικές και πεποιθήσεις έχουν θετικές ή αρνητικές αντανακλάσεις στην υγεία αυτής της κοινότητας. Στη διάστασή της που σχετίζεται με την υγεία, η θρησκεία έχει επιπτώσεις σε πολλά πράγματα, από το φαγητό των ανθρώπων έως τις αποφάσεις τους για ασθένειες και θάνατους. Σε αυτό το πλαίσιο, η διαμόρφωση αποφάσεων σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία με βάση τις θρησκευτικές στάσεις μπορεί να είναι συντριπτική, διότι σε όλες τις θρησκείες, Οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας και τον τρόπο ζωής από τη γέννηση έως το θάνατο (Serap et al, 2014). Μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ της παροχής αποτελεσματικής φροντίδας και του σεβασμού των αναγκών των ασθενών. αυτές οι προκλήσεις επιδεινώνονται όταν οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να εξετάσουν άγνωστες πολιτιστικές και θρησκευτικές πρακτικές (Jonas et al, 2014, 2111).

Στη μελέτη των Jonas et al, (2014), απεικονίζουν τις αντιδράσεις των νοσοκόμων σε τέτοιες άγνωστες καταστάσεις. Οι νοσηλευτές ένιωθαν στεναχωρημένοι όταν εργάζονταν με αλλοδαπούς ασθενείς, λόγω της απώλειας ελέγχου και εξουσίας λήψης αποφάσεων και η δυσφορία των νοσηλευτών να εργάζονται με άτομα διαφορετικών πολιτισμών είναι προβληματική, η αυτογνωσία καθώς και η επίγνωση άλλων πολιτισμών θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν ανησυχία τους (Ιούνιος, 2004, Renee, 2009).

Οι αξίες των ασθενών σχετικά με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές ήταν ιδιαίτερα ζητήματα που προκάλεσαν ένα αίσθημα ανασφάλειας σε αρκετούς νοσηλευτές. Μία από τις νοσηλεύτριες εξέφρασε ένα αίσθημα ανασφάλειας όταν περιέγραψε μια κατάσταση όπου μια γυναίκα ασθενής καθόταν στο σπίτι της και προσευχόταν με έναν ιμάμη. Το καθήκον της νοσηλεύτριας ήταν να διασφαλίσει ότι η ασθενής λάμβανε τα φάρμακά της (Jonas et al, 2014).

Η διατροφή τέλος, είναι τα πιο κοινά αποδεκτά στοιχεία που έχουν πολιτισμικά αποτελέσματα. Όλοι οι νοσηλευτές στη μελέτη των Serap et al, εξέφρασαν το πρόβλημα που αντιμετώπισαν

στο να συμμορφωθούν οι ασθενείς με τη δίαιτα ως «επιμονή των ασθενών» στις παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες. Αυτή η κατάσταση δείχνει τη σημασία της εξέτασης προτύπων συμπεριφοράς που επηρεάζονται από την πολιτισμική ποικιλομορφία, όπως ο τρόπος ζωής και η διατροφή των ασθενών στη διαχείριση ασθενειών (Serap et al, 2014). Στην ίδια μελέτη από τους Serap et al (2014), μια νοσηλεύτρια δήλωσε ότι είχαν πρόβλημα κυρίως επειδή οι ασθενείς αναβάλλουν ή δεν μπορούσαν να ακολουθήσουν τη θεραπεία λόγω νηστείας όσον αφορά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία λόγω των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων (π.χ. η νηστεία στο Ραμαζάνι είναι υποχρεωτική για τους Μουσουλμάνους από θρησκευτική άποψη.)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η επικοινωνία είναι ο κύριος παράγοντας που προκαλεί περισσότερο τους νοσηλευτές, ενώ εργάζονται με πελάτες διαφορετικών πολιτισμών (Giger & Davidhizar 2002, Maier-Lorentz 2008). Στην επικοινωνία, πιο συγκεκριμένα, η γλώσσα θεωρείται ότι είναι η πιο σημαντική περίπτωση (Hicks 2012). Η επικοινωνία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες που είναι η λεκτική και η μη λεκτική. Και οι δύο τύποι επικοινωνίας καθορίζονται πολιτισμικά, καθώς οι άνθρωποι που μιλούν την ίδια γλώσσα μπορεί να έχουν διαφορετικά πρότυπα επικοινωνίας (DeRosa & Kochurka 2006).

Η οπτική επαφή είναι μια μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας που ποικίλλει μεταξύ των πολιτισμών. Σε ορισμένους πολιτισμούς, ενθαρρύνεται η διατήρηση της οπτικής επαφής όταν ακούτε, ενώ σε άλλους πολιτισμούς αποφεύγεται (Michigan Nurse 2015). Οι Άραβες και οι ιθαγενείς πελάτες της Βόρειας Αμερικής μπορεί να θεωρούν τη διατήρηση της οπτικής επαφής ως αγενής και επιθετική (Maier-Lorentz 2008) αυτό μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί από Ασιάτες, Αμερικανούς Ινδούς, Ινδο-Κινέζους ασθενείς.

Οι Αμερικανοί Ινδοί ασθενείς τείνουν να δείχνουν ότι δίνουν προσοχή και σέβονται τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, κοιτάζοντας το πάτωμα ενώ συζητούν (Nursingcenter 2005) το ίδιο μπορεί να παρατηρηθεί και με τους ιθαγενείς της Βόρειας Αμερικής (Maier-Lorentz 2008). Οι Ισπανόφωνοι ασθενείς μπορεί να κοιτάζουν κάτω, ανάλογα με την ηλικία,

το φύλο, την κοινωνική θέση, την οικονομική κατάσταση ή την εξουσία του άλλου (Nursingcenter 2005, Maier-Lorentz 2008) καθώς η άμεση οπτική επαφή συχνά θεωρείται ασέβεια (Hicks 2006).

Ωστόσο, οι ισπανόφωνοι πελάτες περιμένουν από τους νοσηλευτές να χρησιμοποιούν άμεση οπτική επαφή ενώ αλληλοεπιδρούν μαζί τους (Maier-Lorentz 2008, 39). Για τους μουσουλμάνους, η οπτική επαφή μεταξύ ανδρών και γυναικών θεωρείται ακατάλληλη εάν δεν είναι παντρεμένοι μεταξύ τους. Οι Μουσουλμάνοι τηρούν αυτή την αξία κοιτάζοντας μακριά από έναν άνδρα πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Mujallad & Johnston Taylor 2016).

Το άγγιγμα δεν ενθαρρύνεται σε κάθε πολιτισμό (Maier-Lorentz 2008, 39). Στην αφγανική κουλτούρα, το άγγιγμα απαγορεύεται μεταξύ ανδρών και γυναικών, ειδικά εάν δεν είναι παντρεμένοι μεταξύ τους (Giger & Davidhizar 2002). Το ίδιο ισχύει και με τους μουσουλμάνους, εκτός από περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητο να αγγίζετε ένα άτομο αντίθετου φύλου (Mujallad & Johnston Taylor 2016). Οι Ασιάτες Αμερικανοί πιστεύουν ότι το κεφάλι είναι το μέρος όπου κατοικεί το πνεύμα και η δύναμη ενός ατόμου και ως εκ τούτου θεωρείται αγενές να αγγίξει το κεφάλι του (Nursingcenter 2005, Maier-Lorentz 2008).

Ωστόσο, στους αραβικούς πολιτισμούς απαγορεύεται στους άνδρες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αγγίζουν ή να εξετάζουν ορισμένα μέρη του γυναικείου σώματος και η γυναίκα πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να απαγορεύεται να φροντίζει άντρες πελάτες. Οι γυναίκες αποθαρρύνονται επίσης από το χειραψία με τους άντρες (Mohammadi et al. 2007), το ίδιο συμβαίνει με τις μουσουλμάνες γυναίκες και τους άνδρες και αυτό μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσοκόμες σχετίζονται με τους πελάτες μουσουλμανικής καταγωγής (Mujallad & Johnston Taylor 2016).

Η σιωπή είναι μια άλλη μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας και για τους νοσηλευτές, μπορεί να θεωρηθεί ως μια αρνητική μορφή επικοινωνίας, κατάθλιψης ή απροθυμίας να ανταποκριθούν, καθώς χρησιμοποιείται διαφορετικά στους πολιτισμούς (Maier-Lorentz 2008, 39). Ανάλογα με την κουλτούρα, η σιωπή μπορεί να είναι ένδειξη σεβασμού ή αναγνώρισης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ευγενικός τρόπος για να πείτε «όχι» εάν η έκφραση της λέξης θεωρείται αγενής (DeRosa & Kochurka 2006).

Οι Κινέζοι και οι Ιάπωνες τείνουν να κάνουν παύση μετά την ερώτηση που έχει γίνει πριν απαντήσουν ως ένδειξη ότι προσέχουν. Συνολικά στους ασιατικούς πολιτισμούς, η σιωπή

είναι συνηθισμένη γιατί θεωρείται ένδειξη σεβασμού προς τους ηλικιωμένους. Οι ιθαγενείς της Βόρειας Αμερικής χρησιμοποιούν τη σιωπή όταν δείχνουν σεβασμό σε αυτόν που μιλάει. Για τους Άραβες, η σιωπή είναι ένας τρόπος σεβασμού της ιδιωτικής ζωής των άλλων. Οι Ρώσοι, οι Ισπανοί και οι Γάλλοι δείχνουν συμφωνία σιωπώντας (Maier-Lorentz 2008).

Ο χώρος αναφέρεται στην απόσταση μεταξύ των ατόμων όταν συναναστρέφονται μεταξύ τους (Giger & Davidhizar 2002). Ανάλογα με την κουλτούρα, ο πελάτης μπορεί να προτιμά να είναι κοντά ή μακριά από τη νοσοκόμα (Maier-Lorentz 2008). Το να είναι κανείς κοντά στο άλλο άτομο μπορεί να θεωρηθεί ως έκφραση ζεστασιάς και φροντίδας ενώ κάποιοι το θεωρούν εισβολή στον προσωπικό τους χώρο. Έχει ερευνηθεί ότι οι άνθρωποι από τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και τη Μεγάλη Βρετανία απαιτούν τον πιο προσωπικό χώρο, ενώ οι άνθρωποι από τη Λατινική Αμερική, την Ιαπωνία και τη Μέση Ανατολή χρειάζονται λιγότερο χώρο και νιώθουν άνετα όταν βρίσκεσαι κοντά σε άλλους (Nursingcenter 2005).

Οι πελάτες στο Αφγανιστάν μπορεί να προτιμούν την εγγύτητα με ανθρώπους, αλλά μόνο με άτομα του ίδιου φύλου. Για αυτούς, η εγγύτητα και η άνεση με τους άλλους χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία εμπιστοσύνης (Giger & Davidhizar 2002). Μια έρευνα που έγινε από τους Høye και Severinsson (2008) διαπίστωσε ότι ο άνδρας πελάτης αρνήθηκε να μιλήσει με γυναίκες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης λόγω του φύλου τους (Høye & Severinsson 2008). Αντίθετα, η σύζυγος χρησιμοποιήθηκε ως κανάλι επικοινωνίας μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και του πελάτη (Cioffi 2006, 322).

Στην αφγανική κουλτούρα, ο εκπρόσωπος του ασθενή είναι ο πατέρας, ο μεγαλύτερος γιος ή ο ηλικιωμένος θεός. Δεν είναι παραδοσιακό για τους πατέρες να συμμετέχουν στον τοκετό, αντίθετα οι γυναίκες συνήθως φροντίζουν άλλα τις γυναίκες. Επίσης, ενθαρρύνεται οι μητέρες, οι αδερφές ή άλλα στενά θηλυκά άτομα να είναι παρόντα κατά τον τοκετό για να παρέχουν υποστήριξη στην εργαζόμενη μητέρα (Giger & Davidhizar 2002).

Οι μουσουλμάνες γυναίκες μπορούν να ζητήσουν τη συγκατάθεσή τους για ορισμένες επεμβάσεις, όπως η υστερεκτομή, από τους συζύγους τους. Ορισμένα θέματα, όπως η αναπαραγωγή, προτιμάται να συζητούνται με άτομο του ίδιου φύλου με τον πελάτη (Mujallad & Johnston Taylor 2016). Εάν αυτές οι υποχρεώσεις δεν εκπληρωθούν, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα για τον πελάτη και τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και ταυτόχρονα μπορεί να επηρεάσει τη νοσηλευτική διαδικασία (Mohammadi et al. 2007).

Οι ασθενείς δικαιούνται πληροφορίες για την υγεία τους. Ωστόσο, τα θέματα που είναι κατάλληλα για συζήτηση διαφέρουν μεταξύ των πολιτισμών. Για παράδειγμα, η σεξουαλικότητα και ο θάνατος είναι αποδεκτά θέματα σε ορισμένους πολιτισμούς, αλλά σε άλλους θεωρούνται ταμπού (DeRosa & Kochurka 2006). Υπάρχουν κουλτούρες που ορισμένα θέματα θα πρέπει να συζητούνται μόνο με την οικογένεια του πελάτη λόγω της πεποίθησης ότι η οικογένεια έχει την ευθύνη να προστατεύει τον πελάτη από τη γνώση σχετικά με την υγεία του. Μπορεί επίσης να είναι αντίθετα όταν ο πελάτης αρνείται να μάθει για τη δική του κατάσταση περιμένοντας από την οικογένειά του να χειριστεί τις πληροφορίες και να λάβει τις απαραίτητες αποφάσεις (Nursingcenter 2005). Στην ισπανική κουλτούρα, οι πιο κρίσιμες και σημαντικές αποφάσεις λαμβάνονται με τη βοήθεια της οικογένειας (Hicks 2006).

Οι Κοινωνικές Πρακτικές στην Διαπολιτισμικότητα των Νοσηλευτών

Οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές για την υγεία είναι επίσης πολιτισμικά καθορισμένες έννοιες. Η έκφραση του πόνου ποικίλλει μεταξύ των πολιτισμών με το να εκφράζεται ανοιχτά ή ήρεμα (DeRosa & Kochurka 2006). Λόγω των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πόνο ή τη θεραπεία, ο πελάτης μπορεί να αρνηθεί να λάβει παυσίπονα ή θεραπείες (Nursingcenter 2005) για παράδειγμα, οι μουσουλμάνες γυναίκες μπορεί να αποφύγουν ιατρική περίθαλψη, όπως μαστογραφία, εάν δεν ταιριάζει με τις πεποιθήσεις τους (DeRosa & Kochurka 2006).

Ο χρόνος και η ακρίβεια ποικίλλουν μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών καθώς και η έννοια της αναμονής (Nursingcenter 2005). Οι πολιτισμοί μπορούν να ταξινομηθούν ως παρελθόν, παρόν ή προσανατολισμένοι στο μέλλον. Οι άνθρωποι που προσανατολίζονται στο παρελθόν, προσπαθούν να διατηρήσουν τις ήδη γνωστές παραδόσεις και δεν έχουν κίνητρα για να θέσουν στόχους. Όσοι είναι προσανατολισμένοι στο παρόν μπορεί να δώσουν προτεραιότητα στην παρούσα εργασία ως την πιο σημαντική και τείνουν να ξεχνούν το παρελθόν και το μέλλον.

Με γνώμονα το μέλλον σχεδιάζει και οργανώνει παρούσες δράσεις για την επίτευξη στόχων στο μέλλον. Οι περισσότεροι Αφγανοί τείνουν να είναι προσανατολισμένοι στο παρελθόν και στο παρόν (Giger & Davidhizar 2002). Ανάλογα με την κουλτούρα, ο χρόνος μπορεί να είναι σχετικό φαινόμενο όταν δίνεται ελάχιστη προσοχή στην ακριβή ώρα ή λεπτό. Για

παράδειγμα, οι Ισπανόφωνοι μπορούν να θεωρούν τον χρόνο στο επίπεδο της ημέρας και της νύχτας αντί να εστιάζουν στις ώρες (Nursingcenter 2005).

Οι μουσουλμάνοι αναμένεται να προσεύχονται πέντε φορές την ημέρα ενώ βλέπουν τη Μέκκα την αυγή, το μεσημέρι, αργά το μεσημέρι, μετά τη δύση του ηλίου και τη νύχτα. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση των απαιτήσεων των Μουσουλμάνων που προσεύχονται μπορεί να είναι προκλητική, ειδικά κατά τον καθορισμό της κατεύθυνσης της Μέκκας (Mohammadi et al. 2007). Επιπλέον, οι μουσουλμάνες αναμένεται να φορούν «χιτζάμπ» που καλύπτει τα μαλλιά και το λαιμό τους ή «μπούρκα» που καλύπτει τα πάντα εκτός από τα μάτια. Οι άνδρες και οι γυναίκες δεν πρέπει να εκθέτουν την περιοχή μεταξύ του αφαλού και των γονάτων. Επιπλέον, οι γυναίκες δεν πρέπει να εκθέτουν το στομάχι ή την πλάτη τους και θα πρέπει να έχουν όλο το σώμα καλυμμένο, εκτός από τα χέρια, όταν υπάρχει άνδρας στο ίδιο δωμάτιο.

Εκθέτοντας τις μουσουλμάνες, το σώμα μπορεί να τους κάνει να νιώθουν αμηχανία και έλλειψη σεβασμού. Η έκθεση εγκρίνεται μόνο σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Mujallad & Johnston Taylor, 2016). Οι ρόμπες του νοσοκομείου μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στις μουσουλμάνες γυναίκες, καθώς οι ρόμπες μπορεί να μην καλύπτουν αρκετά καλά το γυναικείο σώμα (DeRosa & Kochurka 2006).

Ο Cioffi (2006) ανακάλυψε ότι οι πολιτισμικά διαφορετικοί πελάτες τείνουν να έχουν πολλούς επισκέπτες, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ένταση μεταξύ των νοσηλευτών. Για τους μουσουλμάνους, είναι φυσιολογικό να έχουν πολλούς επισκέπτες και να έχουν τα μέλη της οικογένειάς τους δίπλα στο κρεβάτι τους όλη την ώρα (Cioffi 2006, 321, 323). Κατά τον ίδιο τρόπο, οι Ισπανόφωνοι τείνουν να έχουν περισσότερα από ένα άτομα που παρέχουν υποστήριξη στον πελάτη όλη την ώρα (Jones 2008). Όσο κι αν οι επισκέπτες θεωρούνταν πηγή για τη φροντίδα του πελάτη, καθώς βοηθούσαν στο πλύσιμο και εργάζονταν ως διερμηνείς εάν χρειαζόταν (Vydelingum 2005), προκαλούσαν επίσης άγχος στους νοσηλευτές και καθυστερήσεις στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Høye & Severinsson 2008).

Ο περιβαλλοντικός έλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να ελέγχει τη φύση, να κάνει σχέδια και να κατευθύνει παράγοντες στο περιβάλλον (Giger & Davidhizar 2002). Ορισμένοι πολιτισμοί πιστεύουν ότι η ισορροπία μεταξύ του σώματος, του νου, του πνεύματος, των ανθρώπων και του υπερφυσικού καθορίζει την υγεία (DeRosa & Kochurka

2006). Ένα άτομο που δεν έχει αρκετή πίστη στον αυτοέλεγχο έχει λιγότερη πίστη στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η έλλειψη πίστης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να κάνει τις υπηρεσίες να αισθάνονται άχρηστες. Στην αφγανική κουλτούρα, ορισμένοι πιστεύουν ότι οι ασθένειες προκαλούνται από κακό μάτι, κακή τύχη ή λόγω της ανισορροπίας του ζεστού, του ξηρού, του κρύου και της υγρασίας (Giger & Davidhizar 2002). Οι πελάτες που πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής και της υγείας τους είναι πιο πρόθυμοι να ακολουθήσουν τη θεραπεία και να αναπτύξουν θετικές συνήθειες υγειονομικής περίθαλψης. Η κουλτούρα των Ασιατο-αμερικανών συνήθως τείνει να πιστεύει ότι οι άνθρωποι έχουν κάποιο έλεγχο στη ζωή τους, κάτι που αντικατοπτρίζεται ως καλή συνεργασία προς τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Maier-Lorentz 2008) το ίδιο μπορεί να φανεί και με τους Ινδιάνους της Αμερικής.

Από την άλλη πλευρά, οι Ισπανόφωνοι πελάτες πιστεύουν ότι δεν έχουν κανέναν έλεγχο στη φύση, την υγεία ή το θάνατο και τείνουν να πιστεύουν ότι οι πράξεις τους δεν μπορούν να βελτιώσουν την υγεία τους (Nursingcenter 2005). Η διατροφή είναι σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής διαδικασίας όταν ο πελάτης πάσχει για παράδειγμα από διαβήτη, υπέρταση ή γαστρεντερική διαταραχή καθώς οι διατροφικές τροποποιήσεις *παίζουν* σημαντικό ρόλο στη θεραπεία. Ορισμένοι πολιτισμοί καθορίζουν ποια φαγητά σερβίρονται, πότε, τον αριθμό των γευμάτων την ημέρα, πώς παρασκευάζεται το φαγητό και πώς πρέπει να καταναλώνεται.

Οι θρησκευτικές πρακτικές του πελάτη μπορεί να απαιτούν από αυτούς να νηστεύουν, να αποκλείουν ορισμένα τρόφιμα και να αποφεύγουν ορισμένα φάρμακα όπως η ινσουλίνη που προέρχεται από χοιρινό (Nursingcenter 2005). Οι μουσουλμάνοι υποτίθεται ότι τρώνε μόνο τροφές «χαλάλ», τρόφιμα που έχουν σφαγεί στο όνομα του Θεού και το αίμα έχει στραγγιστεί και αποφεύγουν τα «χαράμ» τρόφιμα που σημαίνει οτιδήποτε παράνομο όπως αίμα, χοιρινό και αλκοόλ.

Το Ισλάμ απαγορεύει την κατανάλωση χοίρων, κροκοδείλων, αραχνών, σκύλων και γατών ενώ μπορούν να καταναλωθούν πρόβατα, βοοειδή, πουλερικά, καμήλες, κατσίκες και θαλασσινά. Η κάλυψη αυτών των διατροφικών αναγκών των Μουσουλμάνων μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στο νοσοκομείο και να επιδεινωθεί εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν εκτιμούν τη διατροφή των Μουσουλμάνων (Mohammadi et al. 2007).

Αντιμετώπιση Πολιτισμικών Προκλήσεων στη Νοσηλευτική

Με βάση τα δεδομένα που αναλύθηκαν, οι στρατηγικές αντιμετώπισης διαχωρίστηκαν σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες, πολιτισμικά ικανή φροντίδα, νοσηλευτικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση του προσωπικού. Η πολιτισμικά ικανή φροντίδα διαχωρίστηκε περαιτέρω σε πολιτισμική αξιολόγηση και στρατηγική διατήρησης-καταλυμάτων-αναδιάρθρωσης. Διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να ξεπεραστούν οι πολιτισμικές προκλήσεις χωρίστηκαν επίσης σε εξασθενημένη λεκτική επικοινωνία, αποτελεσματική διατήρηση της υγείας, γνώση, διατροφή, διακυβευμένη οικογενειακή αντιμετώπιση και διαφορετικές λίστες ελέγχου. Τέλος, η εκπαίδευση του προσωπικού χωρίστηκε σε προγράμματα βελτίωσης και γλώσσα.

Πολιτισμικά Ικανή Παρεχόμενη Φροντίδα για τους Νοσηλευτές

Η πολιτισμική ικανότητα μπορεί να οριστεί ως η διαδικασία παροχής της καταλληλότερης φροντίδας που βασίζεται στις πολιτισμικές πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές του πελάτη (Giger & Davidhizar 2002, Hicks 2012, Maier-Lorentz 2008, Walsh 2004). Πολιτισμικά ικανή φροντίδα σημαίνει παρεμβάσεις που είναι ισοδύναμες με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του πελάτη (Jones 2008, Michigan Nurse 2015, Maier-Lorentz 2007) συνδυάζοντας την επαγγελματική γνώση και την πολιτισμική γνώση (DeRosa & Kochurka 2006). Επιτυγχάνεται εάν κάθε πελάτης θεωρείται πολιτισμικά μοναδικός (Maier-Lorentz 2007) που διαμορφώνεται από προηγούμενες εμπειρίες, πεποιθήσεις και νόρμες (Giger & Davidhizar 2002). Η εφαρμογή πολιτισμικά ικανής φροντίδας οδηγεί σε καλύτερη χρήση του χρόνου με τον πελάτη, μειωμένα επίπεδα άγχους, αυξημένη εμπιστοσύνη, ικανοποίηση και συμμόρφωση του πελάτη (DeRosa & Kochurka 2006).

Η φροντίδα, η ενσυναίσθηση, η διαφάνεια και η ευελιξία σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την πολιτιστική ικανότητα, καθώς ενισχύουν την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα που είναι πολιτισμικά ικανή. Η φροντίδα περιλαμβάνει το σεβασμό, το ενδιαφέρον και την αναγνώριση της μοναδικότητας και των αναγκών του πελάτη. Η ενσυναίσθηση αγκαλιάζει την άποψη του πελάτη, ενώ η διαφάνεια απαιτεί από τους νοσηλευτές να δουν την αξία της κουλτούρας του πελάτη ενώ παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και έχουν την προθυμία να μάθουν για διαφορετικούς πολιτισμούς.

Η ευελιξία επιτρέπει στους νοσηλευτές να προσαρμόζουν τις παρεμβάσεις με βάση τις πολιτισμικές ανάγκες του πελάτη ενώ φτιάχνουν ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας (DeRosa & Kochurka 2006, Maier-Lorentz 2008). Για να είναι πολιτισμικά ικανοί, οι νοσηλευτές θα

πρέπει να αναπτύξουν επίγνωση για τη δική τους κουλτούρα, η οποία βοηθά στον εντοπισμό αξιών και προκαταλήψεων που μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που σχετίζονται με τους πελάτες. Η ανάπτυξη της συνείδησης της κουλτούρας βοηθά τους νοσηλευτές να γνωρίζουν τα διάφορα χαρακτηριστικά της κουλτούρας του πελάτη, να σέβονται τη μοναδικότητα και να είναι άνετοι. Αυτό βοηθά στην ανάπτυξη ευελιξίας, ανεκτικότητας και μη επικριτικής στάσης που προάγει την κατανόηση της άποψης του πελάτη και των πολιτισμικών πρακτικών (Michigan Nurse 2015).

Οι πολιτισμικές διαφορές μπορούν να ληφθούν, χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο πολιτισμικής αξιολόγησης που χρησιμοποιείται για τη συλλογή σχετικών πληροφοριών σχετικά με την κουλτούρα των πελατών και πώς η κουλτούρα επηρεάζει τη νοσηλευτική (Maier-Lorentz 2008). Περιλαμβάνει τον έλεγχο του ιατρικού ιστορικού, της φυσικής κατάστασης και του λειτουργικού επιπέδου του πελάτη. Με τις πληροφορίες που λαμβάνονται, το σχέδιο φροντίδας διαμορφώνεται με βάση το πώς βλέπει ο πελάτης προβλήματα υγείας.

Η καλή πολιτισμική αξιολόγηση βοηθά στη βελτίωση της ακρίβειας του σχεδίου φροντίδας και στην ενίσχυση του αποτελέσματος της φροντίδας (DeRosa & Kochurka 2006). Η πολιτισμική αξιολόγηση μπορεί να επιτευχθεί μέσω πολλών παραγόντων όπως οι διατροφικές πρακτικές του πελάτη σε σχέση με το φαγητό, τη νηστεία και τα απαράδεκτα τρόφιμα. Κατά τη διάρκεια της πολιτισμικής αξιολόγησης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ρωτούν τους πελάτες για τις προηγούμενες εμπειρίες τους σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένων των παρενεργειών και της πιθανής χρήσης βοτάνων.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει επίσης να αξιολογούν την εκδήλωση πόνου του πελάτη, τις εμπειρίες και τις μεθόδους αντιμετώπισης. Οι γλωσσικές δεξιότητες της επικρατούσας γλώσσας θα πρέπει να αξιολογηθούν για να αποκτηθούν πληροφορίες σχετικά με την κατανόηση, την ανάγνωση και την ομιλία που βοηθούν στην αξιολόγηση της ανάγκης για διερμηνέα (DeRosa & Kochurka 2006). Τέλος, οι νοσηλευτές αξιολογούν τη χώρα προέλευσης του πελάτη, πόσο καιρό έζησε ο πελάτης εκεί, την υποστηρικτική ομάδα ή τους ανθρώπους του πελάτη, τον ρόλο της θρησκείας και των πεποιθήσεων σε σχέση με τη γέννηση και τον θάνατο (Michigan Nurse 2015). Τα αποτελέσματα από την πολιτισμική αξιολόγηση και το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να τεκμηριώνονται έτσι ώστε και άλλα μέλη του προσωπικού να μπορούν επίσης να επωφεληθούν από αυτά (Nursingcenter 2005).

Μετά την ολοκλήρωση της πολιτισμικής αξιολόγησης, οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις πληροφορίες που αποκτήθηκαν για να διαμορφώσουν ένα πλάνο φροντίδας που είναι πολιτισμικά κατάλληλο χρησιμοποιώντας μια στρατηγική διατήρησης-διαμονής-αναδιάρθρωσης. Το σχέδιο φροντίδας μπορεί να βασίζεται σε τρεις στρατηγικές, πρακτικές που διευκολύνουν την υγεία και την ανάρρωση, πρακτικές που είναι αβλαβείς ή μη ωφέλιμες σύμφωνα με τη δυτική ιατρική προοπτική και επικίνδυνες ή επιβλαβείς πρακτικές για την υγεία του πελάτη. Η εφαρμογή ορισμένων από τις πολιτιστικές πρακτικές στο σχέδιο φροντίδας κάνει τους πελάτες να αισθάνονται σεβασμό και άνεση. Εάν υπάρχει ανάγκη αναδιάρθρωσης ορισμένων από τις πρακτικές, το μοντέλο LEARN μπορεί να εφαρμοστεί ως βοηθητικό εργαλείο. Με βάση το μοντέλο, η αναδιάρθρωση ξεκινά με την ακρόαση και την κατανόηση της άποψης του πελάτη. Αφού οι νοσηλευτές ακούσουν την άποψη του πελάτη, θα πρέπει να εξηγήσουν τη φύση του προβλήματος από ιατρική άποψη και να εκπαιδεύσουν τον πελάτη γιατί ο ιατρικός τρόπος επίλυσης του προβλήματος είναι καλύτερος από αυτόν που προτιμά ο πελάτης. Η αναγνώριση των διαφορών και των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο απόψεων βοηθά στη δημιουργία και τη σύσταση του σχεδίου φροντίδας που λαμβάνει υπόψη την υγεία και τις πολιτιστικές ανάγκες του πελάτη. Αφού παρουσιαστεί το προτεινόμενο σχέδιο φροντίδας, διαμορφώνεται το τελικό σχέδιο φροντίδας μέσω διαπραγμάτευσης και έγκρισης και από τα δύο μέρη. (DeRosa & Kochurka 2006)

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Ανάλογα με τη νοσηλευτική διάγνωση μπορούν να εφαρμοστούν διαφορετικά μοντέλα ως μέρος της νοσηλευτικής παρέμβασης για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση πιθανών προκλήσεων που αντιμετωπίζουμε. Αυτά τα μοντέλα είναι η εξασθενημένη λεκτική επικοινωνία, η αναποτελεσματική διατήρηση της υγείας, το έλλειμμα γνώσης, η μη ισορροπημένη διατροφή και η διακυβευμένη οικογενειακή αντιμετώπιση. (Walsh 2004, 22)

Η εξασθενημένη λεκτική επικοινωνία αξιολογεί την ικανότητα να μιλάει, να ακούει και να εκφράζει σκέψεις (Walsh 2004). Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σε αυτό το μοντέλο μπορεί να είναι η χρήση διερμηνέων (Walsh 2004, Cioffi 2006, Høye & Severinsson 2008), που έχουν πληροφορίες στη γλώσσα του πελάτη, αναγνώριση χώρου, μη λεκτική επικοινωνία και αφή. Για να ξεπεραστεί το εμπόδιο επικοινωνίας, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αποφεύγουν να μιλάνε δυνατά καθώς μπορεί να δώσει την εντύπωση ότι είναι θυμωμένος.

Αντίθετα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν χαμηλή φωνή και σύντομες προτάσεις με απλές λέξεις. Άλλες παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για να ξεπεραστούν οι επικοινωνιακές προκλήσεις μπορεί να είναι η χρήση άλλων μελών του προσωπικού που είναι εξοικειωμένοι με τη γλώσσα του πελάτη (Jones 2008, Cioffi 2003), η χρήση της γλώσσας του σώματος, οπτικοακουστικά βοηθήματα (Nursingcenter 2005) και έχοντας μεταφρασμένα φυλλάδια στις μειονοτικές γλώσσες (Vydelingum 2006). Η λήψη οδηγιών εξιτηρίου, τόσο στην κυρίαρχη γλώσσα του νοσοκομείου όσο και στη γλώσσα του ασθενή, ήταν επίσης ευεργετική (Jones 2008). Όταν χρησιμοποιούνται διερμηνείς, συνιστάται να προσπαθήσει να πάρει κανείς διερμηνέα του ίδιου φύλου με τον πελάτη (Hicks 2002). Εάν το μέλος της οικογένειας χρησιμοποιείται ως διερμηνέας, καλό είναι να υπάρχει μέλος της οικογένειας του ίδιου φύλου όταν συζητάμε για ευαίσθητα θέματα όπως θέματα που σχετίζονται με την αναπαραγωγή (Giger & Davidhizar 2002).

Όταν η μετάφραση πρόσωπο με πρόσωπο δεν είναι αδύνατη, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τηλεφωνικοί διερμηνείς σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (Cioffi 2003). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τις πολιτισμικές πρακτικές του πελάτη σχετικά με την οπτική επαφή, τον χώρο και τους γενικούς κανόνες σε μια συνομιλία, προκειμένου να παρακολουθούν πώς ο πελάτης συζητά και τροποποιεί την εμφάνιση με βάση την παρατήρηση (DeRosa & Kochurka 2006).

Η αναποτελεσματική συντήρηση της υγείας, περιλαμβάνει τα πρότυπα που μπορεί να μην υποστηρίζουν την ευημερία και ένα ιστορικό συμπεριφοράς αναζήτησης υγείας. Οι παρεμβάσεις μπορεί να παρέχουν υποστήριξη και λογική αιτιολογία για αλλαγή συμπεριφοράς (Walsh 2004). Πολιτιστικές ομάδες, για παράδειγμα Ισπανόφωνοι (Nursingcenter 2005), που πιστεύουν ότι έχουν λιγότερο έλεγχο στη ζωή τους μπορεί να χρειάζονται περισσότερη καθοδήγηση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η δίαιτα και η φαρμακευτική αγωγή μπορούν βελτιώνουν την υγεία τους (Maier-Lorentz 2008).

Η καθοδήγηση θα πρέπει να είναι μη επικριτική και σε σχέση με την άποψη του πελάτη (Nursingcenter 2005). Οι νοσηλευτές μπορεί να μην συμφωνούν με τις επιλογές των πελατών, για παράδειγμα εάν αρνούνται κάποια θεραπεία, αλλά οι ενήλικες έχουν το νόμιμο δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία ανεξάρτητα από τους λόγους τους. Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι σημαντικό να διατηρείται ανοιχτός διάλογος μεταξύ των νοσηλευτών, του πελάτη και της οικογένειας του πελάτη για την επίτευξη μιας πολιτισμικά κατάλληλης λύσης. Με ανοιχτό διάλογο, οι νοσηλευτές μπορούν να βρουν μια εναλλακτική,

πιο πολιτισμικά αποδεκτή, επιλογή για τον πελάτη που αρνήθηκε τη θεραπεία. Τα πιθανά προβλήματα του χρόνου και της ακρίβειας μπορούν να ξεπεραστούν με την ευελιξία στα χρονοδιαγράμματα και την προσπάθεια να προσαρμοστούν οι διαφορές (Nursingcenter 2005).

Η έλλειψη γνώσης σημαίνει έλλειψη εξοικείωσης με τους πληροφοριακούς πόρους και τα εμπόδια επικοινωνίας. Οι παρεμβάσεις που βοηθούν στην αντιμετώπιση του ελλείμματος γνώσης, επικεντρώνονται στην παροχή καθοδήγησης σε σχέση με τις ανάγκες του πελάτη χρησιμοποιώντας πρακτικές που ταιριάζουν στους πελάτες και τις οικογένειές τους (Walsh 2004). Σε μια μουσουλμανική κουλτούρα, αυτό μπορεί να εφαρμοστεί με την παρουσία ανδρών συγγενών μουσουλμάνων γυναικών κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα. Οι άρρενες συγγενείς θα πρέπει να περιλαμβάνονται κάθε φορά που λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με οποιαδήποτε ασθένεια ή θεραπεία (Mujallad & Johnston Taylor 2016).

Η μη ισορροπημένη διατροφή μπορεί να προκληθεί από περιορισμούς, πρότυπα και μη διαθέσιμότητα προτιμώμενης τροφής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Walsh 2004, 22). Για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες διαφορετικών πελατών, το νοσοκομείο μπορεί να επικοινωνήσει με έναν πολιτιστικό διατροφολόγο για να συμβουλευτεί θέματα σχετικά με τη διατροφή του πελάτη (Walsh 2004) και να προσφέρει μενού που σερβίρει φαγητό με βάση τις ανάγκες μιας συγκεκριμένης κουλτούρας, για παράδειγμα ασιατικού (Vydelingum 2006).

Η οικογενειακή αντιμετώπιση σχετίζεται με την έλλειψη οικείων πόρων στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και της ιδιωτικής ζωής. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ενσωμάτωση πεποιθήσεων και πολιτισμικών προτύπων. (Walsh 2004) Στις μονάδες εντατικής θεραπείας στη Νορβηγία, οι νοσηλευτές προσπάθησαν να χειριστούν τον αριθμό των επισκεπτών που έρχονταν να επισκεφτούν τον πελάτη θέτοντας περιορισμούς στο πόσοι επισκέπτες θα μπορούσαν να είναι παρόντες ταυτόχρονα (Høye & Severinsson 2008). Η άλλη δυνατότητα που βρέθηκε ήταν να υπάρχουν αυστηρές ώρες επίσκεψης στον θάλαμο (Cioffi 2006, 323).

Οι μουσουλμανικές ανάγκες σεμνότητας μπορούν να επιτευχθούν διασφαλίζοντας επαρκή ιδιωτικότητα όταν οι γυναίκες δεν είναι πλήρως ντυμένες. Οι νοσηλευτές πρέπει να μιλούν με τον πελάτη και τα μέλη της οικογένειας σχετικά με την έκθεση και το άγγιγμα του σώματος. Στο νοσοκομείο, οι μουσουλμάνοι θα πρέπει να επιτρέπεται να φορούν τα δικά τους ρούχα, συμπεριλαμβανομένου του «χιτζάμπ». Το χτύπημα της πόρτας πριν μπουν στο

δωμάτιο δίνει στις μουσουλμάνες γυναίκες χρόνο να φορέσουν «χιτζάμπ» εάν το επιθυμούν (Mujallad & Johnston Taylor 2016). Σε περίπτωση που υπάρχει ανάγκη έκθεσης του σώματος, θα πρέπει να δίνεται προσοχή ώστε να εκτίθεται όσο το δυνατόν λιγότερο. (Mujallad & Johnston Taylor 2016, Nursingcenter 2005).

Επίσης, μια δυνατότητα για να βοηθήσει κάποιος νοσηλευτής στην αντιμετώπιση της σεμνότητας, είναι να προσφέρει μακρύτερες νοσοκομειακές ρόμπες (DeRosa & Kochurka 2006, 18). Για να ξεπεραστούν οι προκλήσεις που σχετίζονται με την αφή, οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξηγήσουν στους πελάτες τον λόγο που τους αγγίζουν για να αποτρέψουν τους πελάτες από το να παρερμηνεύσουν το άγγιγμα τους (Maier-Lorentz 2008, 39).

Πριν εξετάσουν το ιστορικό ενός Αμερικανού ασθενή, οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξηγήσουν τι πρόκειται να συμβεί και για ποιο λόγο (Nursingcenter 2005). Σε περίπτωση που ένας άνδρας νοσηλευτής φροντίζει τη μουσουλμάνη ασθενή και χρειάζεται να αγγίξει τον πελάτη, καλό είναι να ζητήσει την άδεια να το κάνει, εξηγώντας γιατί είναι απαραίτητο και στη συνέχεια να φοράτε γάντια πριν αγγίξει τον πελάτη. Όταν είναι δυνατόν, ο άνδρας νοσηλευτής θα πρέπει να προσκαλεί μέλος της οικογένειας να είναι παρόν κατά τη διάρκεια μιας νοσηλευτικής παρέμβασης (Mujallad & Johnston Taylor 2016). Για να ικανοποιηθεί η πολιτιστική απαίτηση των Μουσουλμάνων να αντιμετωπίζουν τη Μέκκα ενώ προσεύχονται, ορισμένα δημόσια κτίρια θα πρέπει να έχουν πινακίδες που να λένε την ακριβή κατεύθυνση της Μέκκας (Mohammadi et al. 2007).

Η ύπαρξη μιας λίστας ελέγχου που περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τα πολιτισμικά πρότυπα και πρακτικές βοηθά την πρόσβαση στις πληροφορίες όσο το δυνατόν πιο εύκολη. Ακόμη και αν υπάρχουν διαθέσιμες τέτοιες λίστες ελέγχου, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι δεν παρέχουν την πλήρη κατανόηση των κανόνων και των πρακτικών. (Vydelingum 2006, Mohammadi et al. 2007) Εάν συμβεί ένα πολιτισμικό λάθος, ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ζητήσει συγγνώμη, να δείξει σεβασμό και προθυμία να μάθει για τις πολιτιστικές ανάγκες του πελάτη. Εάν ο πελάτης επιθυμεί κάποια νοσοκόμα να μην είναι πλέον υπεύθυνη για τη φροντίδα του πελάτη, είναι σεβασμό από τη νοσοκόμα να απομακρυνθεί και να αφήσει έναν άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης να συνεχίσει τη φροντίδα. (DeRosa & Kochurka 2006).

Εκπαίδευση Προσωπικού στη Διαπολιτισμική Εκπαίδευση

Μέσα από έρευνες, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών, προκλήθηκαν εν μέρει από την έλλειψη γνώσης για τον πολιτισμό (Høye & Severinsson 2008, Vydellingum 2006). Η παροχή πολιτισμικά ικανής φροντίδας είναι συνεχής σε όλη τη νοσηλευτική διαδικασία, επομένως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να βρουν τους καταλληλότερους τρόπους και στρατηγικές είναι για να συλλέξουν πολιτιστική γνώση (Giger & Davidhizar 2002). Οι νοσηλευτές εξέφρασαν την ανάγκη τους να λάβουν εκπαίδευση σχετικά με τους πολιτισμούς και την επικοινωνία, ώστε να μπορούν να παρέχουν πιο αποτελεσματική φροντίδα (Maier-Lorentz 2008).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν προγράμματα που τους βοηθούν να βελτιώσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους που απαιτούνται στη διαπολιτισμική νοσηλευτική. Τα προγράμματα θα πρέπει να εξοπλίσουν τους νοσηλευτές με μεθόδους και τρόπους για να κάνουν πολιτισμική αξιολόγηση, καθώς και πώς να αξιολογήσουν τον εαυτό τους σχετικά με την ικανότητα παροχής πολιτισμικά σύμφωνης φροντίδας. Αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να ξεκινούν με το να κάνουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να γνωρίζουν τον δικό τους πολιτισμό πριν αρχίσουν να εκπαιδεύουν για διαφορετικές πολιτιστικές πρακτικές. Ωστόσο, για να είναι επιτυχημένο και αποτελεσματικό το πρόγραμμα, θα πρέπει να είναι ανοιχτοί οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και θετικού πνεύματος με επιθυμία να μάθουν τους πολιτιστικούς τρόπους των άλλων. (Maier-Lorentz 2008)

Η ύπαρξη δίγλωσσων εργαζομένων στο νοσοκομείο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πηγή, καθώς το άλλο προσωπικό μπορεί να μάθει για τους πολιτισμούς και να επιλέξει μερικές λέξεις-κλειδιά που μπορούν να κάνουν την επικοινωνία τους με τους πελάτες πιο αποτελεσματική. Οι δίγλωσσοι εργαζόμενοι βοηθούσαν επίσης κατά τον σχεδιασμό της ατομικής διαδικασίας φροντίδας, έτσι ώστε η φροντίδα να μπορεί να είναι πιο πολιτισμικά σύμφωνη (Cioffi 2003).

Εάν δεν υπάρχουν δίγλωσσοι εργαζόμενοι, τότε ένας άλλος τρόπος εκμάθησης της γλώσσας είναι να αποκτήσει κανείς ένα βιβλίο φράσεων και να φτιάξει μια λίστα με τις πιο σημαντικές λέξεις και προτάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παροχή καλύτερης φροντίδας στον πελάτη (Nursingcenter 2005). Έρευνα που έγινε από την Jones ανακάλυψε ότι στο νοσοκομείο στο οποίο επικεντρώθηκε είχε κανονίσει μαθήματα ισπανικών για το προσωπικό για να βοηθήσει στην επικοινωνία με διαφορετικούς πελάτες (Jones 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παραπάνω έρευνα επικεντρώθηκε ουσιαστικά στην ανακάλυψη των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας φροντίδα σε πελάτες με διαφορετική κουλτούρα. Η βασική έμφαση αποδόθηκε στον εντοπισμό πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν τη νοσηλευτική.

Επιπλέον, έγινε αντιληπτό ότι υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που στην πραγματικότητα επηρεάζουν τη νοσηλευτική και τα δεδομένα παρείχαν στοιχεία για τις μεθόδους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας για την αντιμετώπιση διαφορετικών πελατών. Στο θεωρητικό πλαίσιο, το μοντέλο Leininger's Sunrise Model (Leininger 2002e) εισάγει ένα μοντέλο θεωρίας που περιέχει παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηλευτική.

Η επικοινωνία θεωρείται ότι είναι η κύρια πρόκληση για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ενώ εργάζονται με διαφορετικούς πελάτες. Ακόμη και όταν ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μιλά την ίδια γλώσσα με τον πελάτη, τα πρότυπα επικοινωνίας μπορεί να διαφέρουν. Αυτά τα μοτίβα μπορεί να είναι διαφορετικά όταν πρόκειται για οπτική επαφή, αφή, χρήση σιωπής και χώρου. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του πελάτη σε σχέση με αυτό που έχουν συνηθίσει οι νοσηλευτές.

Σε ορισμένους πολιτισμούς, τα διαφορετικά φύλα δεν επιτρέπεται να αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορεί να πραγματοποιηθεί επικοινωνία μεταξύ του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και του μέλους της οικογένειας του πελάτη, το οποίο στη συνέχεια διαβιβάζει τις πληροφορίες στον πελάτη. Το ίδιο φαινόμενο ισχύει εάν η κουλτούρα απαιτεί πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του πελάτη να διαβιβάζονται στην οικογένεια του πελάτη, η οποία σε αντάλλαγμα λαμβάνει τις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα με τη βοήθεια του πελάτη.

Οι πρακτικές υγείας και η πίστη στον έλεγχο της ζωής κάποιου μπορεί να επηρεάσουν το πόσο συνεργάσιμος είναι ο πελάτης προς τη νοσηλευτική φροντίδα και πόσο πιθανό είναι για τον πελάτη να αλλάξει τρόπο ζωής ή να ακολουθήσει θεραπεία. Οι πελάτες που πιστεύουν ότι έχουν λιγότερο έλεγχο στη ζωή τους έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και αντίστροφα.

Όσοι πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο μπορούν να είναι συνεργάσιμοι και να επιτύχουν καλά αποτελέσματα. Επιπλέον, ο έλεγχος της ζωής, του χρόνου και της ακρίβειας επηρεάζει επίσης τη νοσηλευτική, ανάλογα με το πόσο προσανατολισμένη είναι η κουλτούρα του πελάτη στο χρόνο. Η διατροφή επηρεάζει επίσης τη νοσηλευτική, καθώς ορισμένοι πολιτισμοί καθορίζουν το διατροφικό πρότυπο ενός πελάτη που οδηγεί σε δυσκολία στις τροποποιήσεις της διατροφής. Μία από τις προοπτικές που προέκυψαν επίσης, είναι η σεμνότητα του ντυσίματος μεταξύ των μουσουλμάνων γυναικών πελατών, η οποία θα πρέπει να τηρείται στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Οι διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, η εκπαίδευση του προσωπικού και η προώθηση της πολιτιστικής ικανότητας αποδεικνύεται ότι αποτελούν λύσεις για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζονται κατά τη φροντίδα διαφορετικών πελατών. Στην πολιτιστική ικανότητα, είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να προσαρμόσουν το σωστό είδος στάσης ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν πολιτισμικά ικανή φροντίδα στον πελάτη. Για να ενισχυθεί η πολιτιστική ικανότητα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να κάνουν πολιτιστική αξιολόγηση για να συλλέξουν τις απαραίτητες πληροφορίες που σχετίζονται με την κουλτούρα του πελάτη.

Το εκπαιδευτικό προσωπικό είναι ένα από τα κύρια στοιχεία που βοηθά στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκαλούνται από την πολιτιστική πολυμορφία. Σύμφωνα με τον Leininger (2002b), μπορεί να υπάρξει έλλειψη πολιτισμικής γνώσης εάν οι άνθρωποι δεν αλληλοεπιδρούν με ανθρώπους άλλων πολιτισμών. Από τα αποτελέσματα, προέκυψε ότι αυτή η έλλειψη γνώσης μπορεί να γεφυρωθεί με την ύπαρξη προγραμμάτων που εκπαιδεύουν τους νοσηλευτές για το πώς να είναι ικανοί και να εκτελούν πολιτισμική αξιολόγηση.

Για να αντιμετωπίσουν προβλήματα επικοινωνίας, οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να χρησιμοποιούν δίγλωσσους εργαζόμενους ως πόρο όταν πρόκειται για τη διδασκαλία νέων γλωσσών και για την επικοινωνία με διαφορετικούς πελάτες. Εάν υπάρχει έλλειψη δίγλωσσου εργατικού δυναμικού, τα βιβλία φράσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάκτηση σημαντικών λέξεων στη γλώσσα του πελάτη. Μπορούν επίσης να οργανωθούν μαθήματα γλώσσας στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας για να βοηθήσουν στην υπέρβαση του γλωσσικού φραγμού.

Παρόλο που διαφορετικές πολιτιστικές πρακτικές επηρεάζουν τη νοσηλευτική, επιτρέπεται εξαιρέσεις σε ορισμένες περιπτώσεις, ειδικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την κατάσταση, οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται όσο το δυνατόν περισσότερο τις πολιτιστικές πρακτικές των πελατών χωρίς να αλλάζουν την ποιότητα της περίθαλψης. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί πολιτισμικό σφάλμα κατά τη νοσηλευτική παρέμβαση, ο/η νοσηλευτής/α θα πρέπει να ζητήσει συγγνώμη και να δείξει προθυμία να μάθει για την κουλτούρα του πελάτη για να αποφευχθεί το σφάλμα καλλιέργειας στο μέλλον.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Addington-Hall, J. 2002. Research sensitivities to palliative care patients European Journal of Cancer Care 11 220-224.

Allen, D. 2004. Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings Nursing Inquiry 11(1) 14-24.

Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Panagiotakos, D.B., Tsetis, D., Castanas, E., Shea, S., Venihaki, M., Lionis, C. (2013). Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. HORMONES, 12(3):386-396.

Apker, J., Propp, K.M., Zabava Ford, W.E. and Hofmeister, N. 2006. Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions Journal of Professional Nursing 22(3) 180-189.

Aranda, S. 2004. Cost of Caring in Payne, S., Seymour, J. And Ingleton, C. (Eds.) Palliative Care Nursing Principles and Evidence for Practice Maidenhead, Open University Press.

Asif, M., 2013. Methodological Pluralism with Reference to Recent Literature International Journal of Academic Research and Reflection 1(2) 14-25.

Attride-Stirling, J. 2001. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research Qualitative Research 1(3) 385-405.

Austin, L., Luker, K. and Martin, R. 2006. Clinical nurse specialists and the practice of community nurses *Journal of Advanced Nursing* 54 (5) 542-552.

Bajwah, S. and Higginson, I.J. 2008. General practitioners' use and experience of palliative care services: a survey in south east England *BMC Palliative Care* [Online] 7(18) <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-684X-7-18.pdf> [Accessed 7 March 2015].

Bamford, O. & Gibson, F. 2000. The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practising CNSs of their role and development needs *Journal of Clinical Nursing* 9 282-292.

Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D. and Gariballa, S. 2006. Communication in heart failure: perspectives from patients and primary care professionals *Health Soc Care Community* 14 482-490.

Begley, C., Murphy, K., Higgins, A. and Cooney, A. 2014. Policy-makers' views on impact of specialist and advanced practitioner roles in Ireland: the SCAPE study *Journal of Nursing Management* 22(4) 410-422.

Bell, C.L., Somogyi-Zalud, E. and Masaki, K.H. 2009. Methodological review: measured and reported congruence between preferred and actual place of death *Palliative Medicine* 23(6)482-90.

Benzies, K.M. and Allen, M.N. 2001. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research *Journal of Advanced Nursing* 33(4) 541-547.

Bernal, D. 2002. Critical Race Theory Latino Critical Theory and Critical Raced-Gendered Epistemologies Recognizing Students of Color as Holders and Creators of Knowledge *Qualitative Inquiry* 8 105-126.

Bird, C. M. 2005. How I stopped dreading and learned to love transcription *Qualitative Inquiry* 11(2) 226-248.

Black, E. and Farmer, F. 2013. A review of strategies to support the professional practice of specialist cancer nurses. *The Australian Journal of Cancer Nursing* 14(2) 22-28.

Bliss, J., Cowley, S. and While, A. 2000. Interprofessional working in palliative care in the community: a review of the literature *Journal of Interprofessional Care* 14(3) 281-290.

- Bonner, A. and Tolhurst, G. 2002. Insider-outsider perspectives of participant observation
Nurse Researcher 9(4) 7-19.
- Booth, K., Luker, K.A., Costello, J. and Dows, K. 2003. Macmillan cancer and palliative care specialist perceptions of practising CNSs of their role and development needs International Journal of Palliative Nursing 9(2) 73-79.
- Braun, V. Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology Qualitative Research in Psychology 3 (2) 77-101.
- Brazil, K., Howell, D., Bedard, M., Kreuger, P. and Heidebrecht, C. 2005 Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill Palliative Medicine 19(6) 492-499.
- Breen, L.J. 2007. The researcher 'in the middle': Negotiating the insider/outsider dichotomy The Australian Community Psychologist 19(1) 163-174.
- Brinkmann, S. and Kvale, S. 2005. Confronting the ethics of qualitative research Journal of Constructive Psychology 18(2) 157-181.
- Brook, S. and Rushforth, H. 2011. Why is the regulation of advanced practice essential? British Journal of Nursing 20(16) 996 998–1000.
- Brooks, K., Daly, J., Davidson, P.M. and Halcomb, E.J. 2007. Role theory: a framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems Contemporary Nurse 24 146-155.
- Carter, S.M., and Little, M. 2007. Justifying Knowledge Justifying Method Taking Action Epistemologies Methodologies and Methods in Qualitative Research Qualitative Health Research 17 (10) 1316-1328.
- Chapman, M. 2001 Social anthropology and business studies: some considerations of method in Gellner, D. and Hirsch, E. (Eds.) Inside Organisations: Anthropologists at Work Oxford: Berg.
- Chapple, A. Ziebland, S. and McPherson, A. 2006. The specialist care nurse: a qualitative study of the patients' perspective International Journal of Nursing Studies 43(8) 1011–22.

Charmaz, K. 2010. *Constructing Grounded Theory A Practical Guide through Qualitative Analysis* London, Sage Publications Limited.

Clarke, D., Seymour, J., Douglas, H.R. Bath, P., Beech, N., Corner, J., Halliday, D., Hughes, P., Haviland, J., Normand, C., Marples, R., Skilbeck, J. and Webb, T. 2002. Clinical nurse specialists in palliative care Part 2 Explaining diversity in the organisation and costs of Macmillan nursing services *Palliative Medicine* 16 375-385.

Cohen, M.Z., Kahn, D.L. and Steeves, R.H. 2000. *Hermeneutic Phenomenological Research: a practical guide for nurse researchers* London, Sage.

Corbin, J. and Morse, J.M. 2003. The Unstructured Interactive Interview: Issues of Reciprocity and Risks when Dealing with Sensitive Topics *Qualitative Inquiry* 9 335-354.

Corbin Dwyer, S. and Buckle, J. 2009. The space between on being an insider-outsider in qualitative research *International Journal of Qualitative Methods* 8(1) 54-63.

Corden, A. and Sainsbury, R. 2004. *Verbatim Quotations in Applied Social Research Theory Practice and Impact* United Kingdom, The University of York.

Corner, J., Clark, D. and Normand, C. 2002. Evaluating the work of clinical nurse specialists in palliative care *Palliative Medicine* 16 275-277.

Corner, J., Halliday, D., Haviland, J., Douglas, H.R., Bath, P., Clark, D., Normand, C., Beech, N., Hughes, P., Marples, R., Seymour, J., Skilbeck, J. and Webb, T. 2003. Exploring nursing outcomes for patients with advanced cancer following intervention by Macmillan specialist palliative care nurses *Journal of Advanced Nursing* 41 (6) 561-574.

Coster, S., Redfern, S., Wilson-Barnett, J., Evans, A., Peccei, R. and Guest, D. 2006. Impact of the role of nurse, midwife and health visitor consultant *Journal of Advanced Nursing* 55 352–363.

Cox, K. and James, V. 2004. Professional boundaries in palliative care in Payne, S. Seymour, J. And Ingleton, C. (Eds.) *Palliative Care Nursing Principles and Evidence for Practice* Maidenhead, Open University Press.

Cranford, J.S. 2013. Bridging the Gap Clinical Practice Nursing and the Effect of Role Strain on Successful Role Transition and Intent to Stay in Academia International Journal of Nursing Education Scholarship 10(1) 99-105.

Creswell, J.W. and Miller, D.L. 2000. Determining validity in qualitative inquiry Theory into Practice 39(3) 124-131.

Crow, G., Wiles, R., Heath, S. and Charles, V. 2006. Research ethics and data quality the implication of informed consent International Journal of Social Research Methodology 9 83-95.

Daly, W. and Carnwell, R. 2003. Nursing Roles and Levels of Practice A Framework for Differentiating between Elementary Specialist and Advancing Nursing Practice Journal of Clinical Nursing 12 158-67.

Darawsheh, W. 2014. Reflexivity in research Promoting rigour reliability and validity in qualitative research International Journal of Therapy and Rehabilitation 21(12) 560-568.

Dark, D., Cardy, C. and Green, S. 2011. Prioritising care in a community palliative care setting using a dependency scoring tool BMJ Supportive & Palliative Care 1 218-9.

Darlaston-Jones, D. 2007. Making connections The relationship between epistemology and research methods The Australian Community Psychologist 19 (1) 19-27.

Dean, R.A. and McClement, S.E. 2002. Palliative care research: methodological and ethical challenges International Journal of Palliative Nursing 8(8) 376-380.

Decker, D. M. 2006. From novice to expert The process continues Oncology Nursing Society News 21(8) 15-15.

DeLyser, D. 2001. Do you really live here? Thoughts on insider research The Geographical Review 441-453.

Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. 2011. The SAGE handbook of qualitative research (4th Ed.) Thousand Oaks, CA, Sage.

DiCicco-Bloom, B. and Crabtree, B.F. 2006. The qualitative research interview Medical Education 40(4) 314-321.

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener R. Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., Harbman, P., Bougeault, I. and DiCenso, A. 2010. Clinical nurse specialists and nurse practitioners title confusion and lack of role clarity *Nursing Leadership* 23 189–201.

Durbin, S. and Tomlinson, J. 2014. Female Part-Time Managers Careers Mentors and Role Models *Gender Work and Organization* 21(4) 308-320.

Dyregrov, K. 2004. Bereaved parents' experience of research participation *Social Science and Medicine* 58(2) 391-400.

Elliott N., Higgins A., Begley C., Lalor J., Sheerin F., Coyne I. and Murphy K. 2012. The identification of clinical and professional leadership activities of advanced practitioners: findings from the Specialist Clinical and Advanced Practitioner Evaluation study in Ireland *Journal of Advanced Nursing* 69(5) 1037-1050.

Etherington, K. 2004. *Becoming a reflexive researcher Using our selves in research* London, Jessica Kingsley.

163

Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., McCabe, J., Martin, A. and Todd, C. 2004. Recruiting patients into a primary care based study of palliative care: why is it so difficult *Palliative Medicine* 18, 452–459.

Ezzy, D. 2002. *Qualitative Analysis: Practice and innovation* Crows Nest NSW, Allen and Unwin.

Fawcett, J. and Garity, J. 2009. *Evaluating Research for Evidence Based Nursing* Philadelphia, Davis.

Fisher, K. 2006. Specialist palliative care for patients with non-cancer diagnosis *Nursing Standard* 21(4) 44–7.

Fitzpatrick, R. and Boulton, M. 1994. Qualitative methods for assessing health care *Quality in Health Care* 3 107–113.

Fletcher, M. 2011. Assessing the value of specialist nurses *Nursing Times* 107 (30-31) 12- 14.

Fontana, J. 2004. A methodology for critical science in nursing *Advances in Nursing Science* 27(2) 93-101.

Freeman, M., Miller, C. and Ross, N. 2000. The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education *Journal of Interprofessional Care* 14 3 237-247.

Gaberson, K.B. and Oermann, M.O. 2010. *Clinical Teaching Strategies in Nursing* 3rd Edn. New York, Springer.

Gallagher J 2013. The development of a 7-day community specialist palliative care service *International Journal of Palliative Nursing* 19 (12) 612 – 618.

Garton, S. and Copland, F. 2010. I like this interview I get cakes and cats the effect of prior relationships on interview talk *Qualitative Research* 10(5) 533-551.

Gelling, L. 2014. Complexities of ethnography *Nurse Researcher* 22(1) 6-7.

Gott, M., Gardiner, C., Payne, S., Small, N., Seamark, D. and Halpin, D. 2009. Barriers to advance care planning in COPD *Palliative Medicine* 23, 642–648.

Gott, M., Seymour, J., Ingleton, C., Gardiner, C. & Bellamy, G. 2011. That's part of everybody's job the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care *Palliative Medicine* 26(3) 232-241.

Graham, I., Fielding, C., Rooke, C. and Keen, S. 2006. Practice development 'without walls' and the quandary of corporate practice *Journal of Clinical Nursing* 15 980-988.

Graneheim, U.H. and Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse Education Today* 24 (2) 105-112.

Gray, M.A. and Smith, L.N. 2000. The qualities of an effective mentor from the student nurse's perspective findings from a longitudinal qualitative study *Journal of Advanced Nursing* 32(6) 1542–9.

Grbich, C. 1999 *Qualitative Research in Health: an Introduction* Thousand Oaks, Sage.

Greenhalgh, T. and Taylor, R. 1997. How to read a paper *Papers that go beyond numbers*

(qualitative research) *British Medical Journal* 315(7110) 740-743.

Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., Martin, A., McCabe, J. and Todd, C. 2007. Supporting Cancer Patients Needs District Nurses' Role Perceptions *Cancer Nursing* 30(2) 156-162.

Grix, J. 2004. *The Foundation of Research* Boston, Macmillan.

Guba, E.G. and Lincoln, Y.S. 2005. Paradigmatic controversies contradictions and emerging confluences in Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.) *The Sage handbook of qualitative research* (3rd Ed.) Thousand Oaks, Sage.

Gunasekara, C. 2007. Pivoting the centre: reflections on undertaking qualitative interviewing in academia *Qualitative Research* 7(4) 461-475.

Hamilton, F. and McDowell, J. 2004. Identifying the palliative care role of the nurse working in community hospitals: an exploratory study *International Journal of Palliative Nursing* 10(9) 426-34.

Hanratty, B. Hibbert, D. and Mair, F 2002. Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study *British Medical Journal* 325(7364) 581-5.

Hardy, S., Titchen, A., Manley, K. and McCormack, B. 2006. Re-Defining Nursing Expertise in the United Kingdom *Nursing Science Quarterly* 19 (3) 260 – 264.

Hargie, O. and Dickson, D. 2004. *Skilled Interpersonal Communication: Research,*

Heitkemper, M.M. and Bond, E.F. 2004. Clinical Nurse Specialists State of the Profession and Challenges Ahead *Clinical Nurse Specialist* 8(4) 135-40.

Hesse-Biber, S. and Leavy, P. 2006. *The practice of qualitative research* Thousand Oaks, CA, Sage.

Hewitt, J. 2007. Ethical components of researcher-researched relationships in qualitative interviewing *Qualitative Health Research* 17 (8) 1149-1159.

Hewitt, M. 2007a. How to Search and Critically Evaluate Research Literature Nottingham, The NIHR Research Design Service for the East Midlands/ Yorkshire and the Humber.

Hewitt-Taylor, J. 2002. Insider knowledge Issues in insider research *Nursing Standard* 16(46) 33-35.

Higginbottom, G. 2004. Sampling issues in qualitative research *Nurse Researcher* 12(1) 7-19.

Higginson, I.J. and Sen-Gupta, G.J.A. 2000. Place of care in advanced cancer a qualitative systematic literature review of patient preferences *Journal of Palliative Medicine* 3(3) 287–300.

Hirsch, E. and Gellner, D.N. 2001. Introduction: Ethnography of Organizations and Organizations of Ethnography in Gellner, D.N. and Hirsch, E. (Eds.), *Inside Organizations: Anthropologists at Work* Oxford, Berg.

Howe, A. Crofts, D. and Billingham, K. 2000. Can nurses teach tomorrow's doctors? A nursing perspective on involvement in community based medical education *Medical Teacher* 22 (6) 576-581.

Howell, D., Hardy, B., Boyd, C., Ward, C., Roman, E. and Johnson, M. 2014. Community palliative care clinical nurse specialists a descriptive study of nurse-patient interactions *International Journal of Palliative Medicine* 20(5) 246-253.

Hudson, P., Aranda, S., Kristjanson, L. and Quinn, K. 2005. Minimising gate keeping in palliative care research *European Journal of Palliative Care* 12 165–169.

Hughes, J. 2001. Occupational therapy in community mental health teams A continuing dilemma? Role theory offers an explanation *British Journal of Occupational Therapy* 64(1) 34-40.

Hurlimann, B., Hofer, S. and Hirter, K. 2001. The role of the clinical nurse specialist *International Nursing Review* 48 58 – 64.

Husband, J. 2008. The evolving role of the community nurse specialist in palliative care *British Journal of Community Nursing* 13(1) 26 – 30.

Husband, J. and Kennedy, C. 2006. Exploring the role of community palliative care nurse specialists as educators *International Journal of Palliative Nursing* 12(6) 277 – 284.

Jack, B., Hendry, C. and Topping, A. 2004. Third year student nurses perceptions of the role and impact of Clinical Nurse Specialists a multi-centred descriptive study *Clinical Effectiveness in Nursing* 8 39-46.

Jack, B., Oldham, J. and Williams, A. 2003. A stakeholder evaluation of the impact of the palliative care clinical nurse specialist upon doctors and nurses, within an acute hospital setting *Palliative Medicine* 17 283 – 288.

Jeffreys, M.R. 2005. Clinical Nurse Specialists as Cultural Brokers Change Agents and Partners in Meeting the Needs of Culturally Diverse Populations *The Journal of Multicultural Nursing & Health* 11(2) 41-48.

Jokiniemi, K., Pietila, A.M. and Haatainen, K. 2012. Advanced nursing roles A systematic review *Nursing and Health Sciences* 14 421-431.

Jones, M.L. 2005. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis *Journal of Advanced Nursing* 49 (2) 191-209.

Jootun, D., McGhee, G. and Marland, G.R. 2009 Reflexivity promoting rigour in qualitative research *Nursing Standard* 23(23) 42-46.

Josselson, R. 2007. The ethical attitude in narrative research principles and practicalities in Clandinin, D.J. (Ed) *Handbook of Narrative Inquiry* Thousand Oaks CA, Sage Publications.

Junger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. and Radbruch, L. 2007. Criteria for successful multi-professional cooperation in palliative care teams *Palliative Medicine* 21 347-354.

Kanuha, V.K. 2000. Being native versus going native Conducting social work research as an insider *Social Work* 45 439-447.

Karnieli-Miller, O., Strier, R. and Pessach, L. 2009. Power relations in qualitative research *Qualitative Health Research* 19(2) 279-289.

- Kelly, P. 2012. A new view of palliative care Irish Medical Times 10th September.
- Kerlinger, F. N. and Lee, H. B. 2000. Foundations of behavioral research (4th Ed.). Holt, New York, Harcourt College Publishers.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J.A., Lamothe, L. and Doran, D. 2011. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams Journal of Advanced Nursing 68(7) 1504–1515.
- Kincheloe, J.L., McLaren, P. and Steinberg, S.R. 2011 Critical pedagogy and Qualitative Research: Moving to the Bricolage in Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.) The Sage Handbook of Qualitative Research (4th Ed) Thousand Oaks, CA, Sage.
- Kincheloe, J.L. and McLaren, P. 2005. Rethinking critical theory and qualitative research in Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.) The SAGE handbook of qualitative research (3rd Ed) Thousand Oaks, CA, Sage.
- Kramer-Kile, M.L. 2012. Situating Methodology within Qualitative Research Canadian Journal of Cardiovascular Nursing 22 (4) 27-31.
- Lachman, V. D. 2009. Developing your moral compass New York, Springer Publishing.
- Lambert, V., Glacken, M. and McCarron, M. 2011. Employing an ethnographic approach key characteristics Nurse Researcher 19(1) 17-23.
- Leggard, R., Keegan, J. and Ward, K. 2003. In-depth interviews. in Ritchie, L. and Lewis, J. (Eds.) London, Sage Publications.
- Leininger, M. 2002. Essential transcultural nursing care concepts principles examples and policy statements in Leininger, M. and McFarland, M. (Ed.) Transcultural Nursing Concepts Theories Research and Practice (3rd Ed.) New York, McGraw-Hill.
- Lewandowski, W. and Adamle, K. 2009. Substantive areas of clinical nurse specialist practice A comprehensive review of the literature Clinical Nurse Specialist 23 73-92.

Lewis, D. and Anthony, D. 2007. A patient and carer survey in a community clinical nurse specialist service *International Journal of Palliative Nursing* 13 (5) 230 – 236.

Lincoln, Y.S., Lynham, S.A. and Guba, E.G. 2011 Paradigmatic controversies contradictions and emerging confluences revisited in Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.) *The SAGE handbook of qualitative research* (4th Ed) Thousand Oaks, CA, Sage.

Lindblad, E., Hallman, E.B., Gillsjo, C., Lindblad, U. and Fagerstrom, L. 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – a qualitative study *International Journal of Nursing Practice* 16(1) 69–74.

Lloyd-Jones, M. 2005. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings systematic review and meta-synthesis *Journal of Advanced Nursing* 49 191–209.

Long, A.F. and Godfrey, M. 2004. An evaluation tool to assess the quality of qualitative research studies *International Journal of Social Research Methodology* 7(2) 181-196.

Loscalzo, M.J. 2008. Palliative Care and psychosocial contributions in the ICU Haematology American Society Haematology Education Program 1 481-490.

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A.P. and Boyd, L. 2012. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care *Journal of Advanced Nursing* 68 (3) 677– 685.

Mahon, P. and McPherson, G. 2014. Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing a critical ethnography *Nurse Researcher* 22(1) 8-13.

Major, D.A. 2003. Utilising role theory to help employed parents cope with children's chronic illness *Health & Education Research* 18(1) 45-57.

Mason, J. 2002. *Qualitative Researching* (2nd Ed) Thousand Oaks California, Sage.

Mathers, N., Howe, A. and Hunn, A. 2002. *Ethical Considerations in Research* Sheffield Trent Focus Group.

Mayan, M. 2010 Commentary 3 The disciplinary divide *Qualitative Health Research* 20 1467-1468.

Mayo, A.M., Omery, A., Agocs-Scott, L.M., Khaghani, F., Meckes, P.G., Moti, N., Redeemer, J., Voorhees, M., Gravell, C. and Cuenca, E. 2010. Clinical nurse specialist practice patterns *Clinical Nurse Specialist* 24(2) 60–68.

Mays, N. and Pope, C. 2000. Qualitative research in health care Assessing quality in qualitative research *British Medical Journal* 320(7226) 50-52.

McConnell-Henry, T., James, A., Chapman, Y. and Francis, K. 2009/10. Researching with people you know issues in interviewing *Contemporary Nurse* 34(1) 2-9.

McDermid, F., Peters, K., Jackson, D. and Daly, J. 2014. Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships *Nurse Researcher* 21(5) 28- 33.

McIlfatrick, S., Sullivan, K. and McKenna, H. 2006. Exploring the ethical issues of the research interview in the cancer context *European Journal of Oncology Nursing* 10(1) 39- 47.

McKenna, H., Keeney, S. and Bradley, M. 2003. Generic and specialist nursing roles in the community An investigation of professional and lay views *Health and Social Care in the Community* 11(6) 537-545.

PcPhail, G. 2000. Presenting positive images of palliative care *International Journal of Palliative Nursing* 6(10) 468.

McPherson, C.J. and Addington-Hall, J.M. 2004. Evaluating palliative care bereaved family members' evaluations of patients' pain, anxiety and depression *Journal of Pain and Symptom Management* 28(2) 104-114.

Mercer, J. 2007. The challenges of insider research in educational institutions wielding a double-edged sword and resolving delicate dilemmas *Oxford Review of Education* 33(1) 1-17.

Milner, M., Estabrooks, C.A. and Myrick, F. 2006. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12 (6) 639-655.

Mitchell, K. 2010. Valued aspects of Palliative Care Community nurse specialist role *End of Life Care* 4 (1) 32 – 36.

Moore, L. and Savage, J. 2002. Participant observation informed consent and ethical approval *Nurse Researcher* 9(4) 58- 69.

Morgan D.L. and Kreuger R.A. 1993. When to use focus groups and why in Morgan, D.L. (Ed.) *Successful Focus Groups* London, Sage.

Mulvihill, C., Harrington, A. and Robertson, A. 2010. A literature review of the role of the specialist palliative care community nurse *International Journal of Palliative Nursing* 16(4) 163-169.

Murphy, E. and Dingwall, R. 2001. The ethics of ethnography in Atkinson, P., Coffey, A.J. and Delamont, S. (Eds.) *Handbook of Ethnography* London, Sage Publications.

Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D. and Parker, S. 1998. Qualitative research methods *Health Technology Assessment* 2 1-273.

Nieminen, A.L., Mannevaara, B. and Fagerstrom, L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25 661-670.

Norris, T. and Melby, V. 2006. The Acute Care Nurse Practitioner: Challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom *Journal of Clinical Nursing* 15(3) 253–263.

O'Brien, T. and Clark, D. 2005. A national plan for palliative care – the Irish experience in Ling, J. and O'Siorain, L (Eds.) *Palliative Care in Ireland*. Berkshire, Open University Press.

O'Connor, T. 2008 What's happening with nurse practitioners? *Nursing New Zealand* 14(3) 11–13.

Oishi, A. and Murtagh, F.E. 2014. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community a systematic review of views from patients carers and health-care professionals *Palliative Medicine* 28(9) 1081-1098.

Payne, S. and Seymour, J. 2004. Overview in Payne, S., Seymour, J. and Ingleton, C. (Eds.) *Palliative Care Nursing Principles and Evidence for Practice* Maidenhead, Open University Press, Maidehead.

Quinn, F.M. and Hughes, S.J. 2007. Principles and Practices of Nurse Education 5th Edn Cheltenham, Nelson Thornes.

Raja-Jones, H. 2002. Role boundaries – research nurse or clinical nurse specialist? A literature review *Journal of Clinical Nursing* 11 415-420.

Reeves, S., Kuper, A. and Hodges, B.D. 2008. Qualitative research methodologies: ethnography *British Medical Journal* 337 512-514.

Robinson, M. and Cottrell, D. 2005. Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams Changing professional practice *Journal of Interprofessional Care* 19(6) 547-560.

Roper, J.M. and Shapira, J. 2000. *Ethnography in Nursing Research*. London, Sage Publications.

Rose, J. and Glass, N. 2006. Nurses and palliation in the community the current discourse *International Journal of Palliative Nursing* 12(12) 588-94.

Rushton, C.H., Kaszniak, A.W. and Halifax, J.S. 2013. Addressing Moral Distress Application of a Framework to Palliative Care Practice *Journal of Palliative Medicine* 16(9) 1080-1088.

Ryan, K. 2013. Written submission to Public Hearings on End of Life Care Dublin, The

Sandelowski, M. 2000. Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health* 23 334- 340.

Savage, J. 2000. Ethnography and health care *BMJ* 321 1400-1402.

Savage, J. 2006. Ethnographic evidence: the value of applied ethnography in healthcare *Journal of Research in Nursing* 11(5) 383-393.

Schoenberg, N. F. 2002. Introduction Part IV. in Rowles, G.D. and Schoenberg, N.E. (Eds.) *Qualitative gerontology: A contemporary perspective* New York: Springer.

Schuler, R., Aldag, R. and Brief, A. 1977. Role conflict and ambiguity A scale analysis *Organisational Behaviour and Human Performance* 20 111-128.

Sepulveda, C., Martin, A., Yoshida, T. and Ullrich, A. 2002. Palliative Care the World Organizations global perspective *Journal of pain and symptom management* 24(2) 91-96.

Seymour, J., Clark, D., Hughes, P., Bath, P., Beech, N., Corner, J., Douglas, H.R., Halliday, D., Haviland, J., Marples, R., Normand, C., Skilbeck, J. and Webb, T. 2002. Clinical nurse specialists in palliative care Part 3 Issues for the Macmillan Nurse role *Palliative Medicine* 16 386-94.

Seymour, J., Payne, S., Reid, D., Sargeant, A., Skilbeck, J. and Smith, P. 2005. Ethical and methodological issues in palliative care studies *Journal of Research in Nursing* 10 169–188.

Smith, J.A. and Osborn, M. 2003. Interpretative phenomenological analysis. in Smith, J.A. (Ed.) *Qualitative Psychology A Practical Guide to Research Methods* London, Sage.

Stajduhar, K.I., Funk, L., Roberts, D., Mcleod, B., Cloutier-Fisher, D., Wilkinson, C. and Purkis, M.E. 2010 Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life *Journal of Advanced Nursing* 67 (2) 276-286.

Stilos, K. and Daines, P. 2013. Exploring the Leadership Role of the Clinical Nurse Specialist on an Inpatient Palliative Care Consulting Team *Nursing Leadership* 26 (1) 70- 78.

Stryker, S. 2006. Traditional Symbolic Interactionism Role Theory and Structural Symbolic Interactionism the Road to Identity Theory in Turner, J.H. (Ed.) *Handbook of Sociological Theory*, New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Tanner, C. 2006. Thinking like a nurse A research-based model of clinical judgment in nursing *Journal of Nursing Education* 45(6) 204-212.

Taylor, J. 2011. The intimate insider negotiating the ethics of friendship when doing insider research *Qualitative Research* 11(1) 3-22.

Tiernan, E., O'Connor, M., O'Siorain, L. and Kearney, M., 2002. A prospective study of preferred versus actual place of death among patients referred to a palliative home care service *Irish Medical Journal* 95(8) 232-5.

Trevatt, P. and Leary, A. 2010. A census of the advanced and specialist cancer nursing workforce in England, Northern Ireland and Wales *European Journal Oncological Nursing* 14(1) 68–73.

Teperoglou A, Kinia E, Papakosta M, Tzortzopoulou M. (2010) Evaluation of the contribution of the open care centers for the elderly, Athens.

Tsaousis D, Hatziyanni A, Astrinaki O, Papathanasopoulou-Gika D, Georgiadi A, Theodoropoulos, et al. (2012). Social and land-planning prerequisites for the operation of the KAPI as institutional links of the elderly with the community. Athens.

Tunnah, K., Jones, A. and Johnstone, R. 2012. Stress in hospice at home nurses a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing *International Journal of Palliative Nursing* 18 (6) 283-289.

Van Brummen, B. and Griffiths, L. 2013. Working in a medicalised world The experiences of palliative care nurse specialists and midwives *International Journal of Palliative Nursing* 19(2) 85-91.

Van Teijlingen, E.R.and Hundley, V. 2001. The importance of pilot studies *Social Research Update Issue* 35.

Vidall. C., Barlow, H., Crowe, M., Harrison, I. and Young, A. 2011. Clinical nurse specialists: essential resource for an effective NHS *British Journal of Nursing* 20 (17) s23- s27.

Zoucha, R. D. 2000. The keys to culturally sensitive care Understanding the significance of culture in nursing *American Journal of Nursing* 2 24-26

Zurcher, L.A. 1983. *Social Roles Conformity Conflict and Creativity* Beverly Hills, California, Sage.

Barret A, Terry D, Le Q, Hoang H. Factors influencing community nursing roles and health service provision in rural areas: a review of literature. *Contemp Nurse* 2016;52(1):119-135.

Hunt R. *Introduction to community-based nursing*, third ed. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 2005.

Nuntaboot K et al. [Models of primary care system: case studies in northeast Thailand]. Khon Kaen, Khon Kaen Printing, 2002

Kim E, Yeom H. Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. J Clin Nurs 2016; 25:1683-1692

Leffers J and Mitchell E. Conceptual model for partnership and sustainability in global health. Public Health Nursing 28, 2011, 91–102.

Nuntaboot K et al. A research and development on community-based nursing education to strengthen local authorities in managing community health care. Khon Kaen, Klang Na Na, 2004b.

Nuntaboot K et al. Community-based initiatives to develop and strengthen a system of capacity building for members of the community organizations and health personnel in HP/NCD surveillance at district level. Khon Kaen, Klang Na Na, 2006.

Sawyer M, Frost L, Bowering K, Lynch J. Effectiveness of nurse home-visiting for disadvantaged families: Results of a natural experiment. BMJ Open 2013;3(4): e002720

Wolf K, Breakey S, Corless IB, Meedzan N, Nicholas PK. The intersection of global health and community/public health nursing. In: Global Health Nursing in the 21st Century. New York, New York: Springer Publishing Company; 2015

Αγγλική Βιβλιογραφία

Berhanu, J. 2002. Ethnically appropriate decisions within culturally diverse health care settings - Ethiopian culture as an example. In Kankkunen, P. (et. al). (ed.) 2002. Kulttuurien hoitotiede ja tutkimus. Kopijyvä Oy, Kuopio, Finland.

Cioffi, J. 2003. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. International Journal of Nursing Studies, March 2003, Vol.40/No.3 p.299-306. Retrieved 20.3.2017. <http://ez.lapinamk.fi:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106839090&site=ehost-live>

Cioffi, J. 2006. Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. International Journal of Nursing Practice, December 2006, Vol 12, Issue 6, p.319-325. Retrieved 20.3.2017.

<http://ez.lapinamk.fi:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=22776551&site=ehost-live>

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. 2013. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. SAGE.

DeRosa, N. & Kochurka, K. 2006. Implement culturally competent healthcare in your workplace. *Nursing Management*, October 2006, Vol.37/No.10 p. 18-22. Retrieved 20.3.2017. <http://ez.lapinamk.fi:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106241834&site=ehost-live>

Flowers, D. L. 2004. Culturally Competent Nursing Care; a challenge for the 21st century. *Critical care nurse*, August 2004, Vol. 24 Issue 4, p48-52.

George, J. B. 2002. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*, 5th Edition. Pearson Education, New Jersey.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. April 2008, Vol. 62 Issue 1, p107–115.

Finnish Advisory Board on Research Integrity. 2012. Responsible conduct of research and procedures for handling allegations of misconduct in Finland.

Giger, J. N. & Davidhizar, R. 2002. Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, June 2002, Vol.49/No.2, p.79-86.

Halstead J, A. 1998. The academic performance of students: Legal and ethical issues. In D. M. Billings & I. A. Halstead. *Teaching in Nursing: A guide for faculty*, Philadelphia: Saunders.

Hicks, D. 2012. Cultural competence and Hispanic population. *MEDSURG Nursing* Sep/Oct 2012, Vol.21 Issue 5, p.314-315.

Høye, S. & Severinsson, E. 2008. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, December 2008, Vol. 24/No. 6 p.338-348.

Jones, S. 2008 Emergency nurses' caring experiences with Mexican American patients. *Journal of Emergency Nursing*, June 2008, Vol.15/No.3, p.199-204.

Leininger, M. 2002a. Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance of Focus and Historical Aspects. In Leininger, M. & McFarland, M.R. (ed.) 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Edition. R.R Donnelley & Sons, Crawfordsville.

Leininger M. 2002b. Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples and Policy Statements. In Leininger, M. & McFarland, M.R. (ed.) 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Edition. R.R Donnelley & Sons, Crawfordsville.

Leininger M. 2002c. Preface. In Leininger, M. & McFarland, M.R. (ed.) 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Edition. R.R Donnelley & Sons, Crawfordsville.

Leininger, M. 2002d. Culture Care Assessments for Congruent Competency Practices. In Leininger, M. & McFarland, M.R. (ed.) 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Edition. R.R Donnelley & Sons, Crawfordsville.

Leininger, M. 2002e. PART I. The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method. In Leininger, M. & McFarland, M.R. (ed.) 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Edition. R.R Donnelley & Sons, Crawfordsville.

Maier-Lorentz, M.M 2008. Transcultural Nursing, Its importance in the nursing field. *Journal of Cultural Diversity*. Spring 2008, Vol. 15 Issue 1, p37-43.

Michigan Nurse 2015. Culturally competent nursing care and promoting diversity in our nursing workforce. *Michigan Nurse*, Summer 2015, Vol.15/No.3, p.7-11.

Mohammadi, N., Evans, D. & Jones, T. 2007. Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*, October 2007, Vol.16/No.5 p.310- 315

Moule, P. & Goodman, M. 2009. *Nursing Research, An Introduction*, 1st edition. London: SAGE

Moule, P. & Goodman, M. 2014. Nursing Research, An Introduction, 2nd edition. London: SAGE

Mujallad, A & Johnston Taylor, E. 2016. Modesty among Muslim women: Implications for nursing care. MEDSURG Nursing, May-June 2016, Vol.25/No. 3, p.169-172.

Nursingcenter. 2005. Understanding transcultural nursing. Nursing 2005 Career Directory Supplement, Vol. 35, p14-24.

Silverman, D. 2013. Doing qualitative research, 4th edition. SAGE.

Spector E, R. 2000. Cultural diversity in health and illness, 5th edition. Prentice-Hall, Inc.

Vydelingum, V. 2006. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. Nursing Inquiry, March 2006, Vol.2/No.1 p.23-32.

Walsh, S. 2004. Formulation of a plan of care for culturally diverse patients. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, January-March 2004, Vol.15/No.1 p. 17-26.

Yilmaz, M., Toksoy, S., Denizci Direk, Z., Bezirgan, S. & Boylu, M. 2016. Cultural Sensitivity among clinical nurses: A descriptive study. Journal of Nursing Scholarship, March 2017, Vol.49, Issue 2, p.153–161.

Κοτζαμπασάκη Στ., 2010, Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και Άλλες Επιστήμες Υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ