

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΣΜΑΝ ΣΕΔΕΦ

ΓΚΙΟΡΓΚΙΕΒΑ ΕΛΙΤΣΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Κουκουρίκος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Εφαρμογών (Επιβλέπων)

Καζάκος Κυριάκος, Καθηγητής

Μηνασίδου Ευγενία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Ευχαριστίες

Στο τελείωμα των σπουδών μας καθώς καταθέτουμε την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής, για την υποστήριξη που μας παρείχαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας, για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές τους.

Επιπρόσθετα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε, η καθεμία μας ξεχωριστά, και τις οικογένειές μας για όλα αυτά που έχουν κάνει για εμάς. Για τη συμπαράσταση και τη στήριξή τους σε κάθε επίπεδο προκειμένου να ανταπεξέλθουμε στις υποχρεώσεις μας στα χρόνια αυτά της φοιτητικής μας ζωής στο Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος.....	9
Εισαγωγή.....	10
Μεθοδολογία.....	12
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	13
1.1. Οι έννοιες υγεία και ασθένεια ανά πολιτισμό και άτομο.....	13
1.1.1. Ιερατικές - μαγικές αντιλήψεις.....	14
1.1.2. Θρησκευτικές αντιλήψεις.....	15
1.1.3. Επιστημονικές αντιλήψεις.....	15
1.2. Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και υγεία.....	16
1.2.1. Ελληνική πραγματικότητα.....	16
1.2.2. Ο τομέας της Νοσηλευτικής.....	17
1.3. Ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής.....	17
1.4. Διαπολιτισμική εκπαίδευση νοσηλευτών.....	18
1.5. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και διαπολιτισμική ικανότητα νοσηλευτών.....	19
1.6. Madeleine Leininger.....	20
1.6.1. Πολιτισμική επίγνωση και πολιτισμική ευαισθησία.....	21
1.6.2. Θεωρία της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.....	21
1.7. Άλλα θεωρητικά μέσα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής.....	23
1.7.1. Η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere.....	23
1.7.2. Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha - Bacote.....	23
1.7.3. Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden.....	24
1.7.4. Το μοντέλο της αφομοίωσης και της ενσωμάτωσης.....	24
1.7.5. Το πολυπολιτισμικό και διαπολιτισμικό μοντέλο.....	24

Συνοψίζοντας	25
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ	26
2.1. Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού.....	26
2.2. Ενδεχόμενες δυσκολίες στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας.....	27
2.3. Προσεγγίζοντας διαφορετικούς πολιτισμούς.....	29
2.3.1. Επικοινωνία.....	29
2.3.1.1. Επικοινωνία με άτομα διαφορετικού πολιτιστικού υπόβαθρου.....	30
2.3.2. Μη λεκτική επικοινωνία.....	30
2.3.2.1. Η Σωματική επαφή.....	31
2.3.2.2. Γειτνίαση.....	32
2.3.2.3. Τρόπος καθίσματος.....	33
2.4. Θρησκευτική πίστη στον χώρο του νοσοκομείου.....	34
2.4.1. Θρησκεία και θάνατος.....	35
2.4.1.1. Βουδισμός.....	36
2.4.1.2. Ιουδαϊσμός.....	37
2.4.1.3. Ισλάμ.....	37
2.4.1.4. Ινδουισμός.....	38
2.4.1.5. Η στιγμή του θανάτου.....	38
2.5. Θρήνος και πολιτισμός.....	39
2.6. Ειδικοί κανόνες διαχείρισης ασθενών.....	41
2.6.1. Μουσουλμάνοι ασθενείς.....	41
2.6.1.1. Βασικά ζητήματα στον χώρο του Νοσοκομείου.....	42
2.6.1.2. Επιπλέον ζητήματα.....	43
2.6.2. Ινδουιστές ασθενείς.....	46
2.6.3. Χριστιανοί ασθενείς.....	47
2.6.4. Μάρτυρες Ιεχωβά.....	48
Συνοψίζοντας	48

ΕΝΔΗΜΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ – ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Μετανάστευση και προσφυγιά: Συνέπειες στη δημόσια υγεία.....	49
3.1.1. Μετανάστευση.....	50
3.1.2. Προσφυγιά.....	50
3.1.3. Ελληνική πραγματικότητα.....	52
3.2. Τροπικά νοσήματα.....	52
3.2.1. Νοσηλευτική πρακτική.....	53
3.2.2. Κατηγορίες τροπικών νοσημάτων.....	53
3.2.2.1. Ελονοσία.....	54
3.2.2.2. Τυφοειδής πυρετός/ Παρατυφοειδής πυρετός.....	55
3.2.2.3. Κίτρινος πυρετός.....	57
3.2.2.4. Δάγκειος πυρετός και νόσος Chikungunya.....	57
3.2.2.5. Χολέρα.....	59
3.2.2.6. Ιός του Δυτικού Νείλου.....	60
3.2.2.7. Φυματίωση.....	61
3.2.2.8. Ηπατίτιδα.....	62
3.3. Αιμοσφαιρινοπάθειες.....	63
3.3.1. Α- Μεσογειακή αναιμία και Β – Μεσογειακή αναιμία.....	63
3.3.2. Αιμοσφαιρινοπάθειες.....	64
Συνοψίζοντας	64
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	66
Περίληψη.....	70
Λέξεις – Κλειδιά:.....	70
Βιβλιογραφία.....	71

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Το άγγιγμα χεριών ως τρόπος επικοινωνίας.....	31
Εικόνα 2: Αποστάσεις των τεσσάρων ζωνών της γειτνίασης.....	32
Εικόνα3: Θέση πρόσωπο με πρόσωπο.....	33
Εικόνα 4: Ινδουιστής ασθενής.....	35
Εικόνα 5: Ιερό σύμβολο - φυλαχτό των μουσουλμάνων, ως περιδέραιο.....	35
Εικόνα 6: Παράνομη μεταφορά προσφύγων.....	51
Εικόνα 7: Τόπος διαμονής προσφύγων - Ελλάδα.....	51
Εικόνα 8: Ελονοσία – Παγκόσμια κατανομή της νόσου.....	54
Εικόνα 9: Πίνακας με τα κρούσματα ελονοσίας ανά επιδημιολογική κατάταξη, ιδιότητα και είδος πλασμοδίου – Ελλάδα έτος 2017.....	55
Εικόνα 10: Πίνακας με τον αριθμό δηλωθέντων κρουσμάτων τυφοειδούς πυρετού/παράτυφου ανά έτος για το διάστημα 2004-2017 - Ελλάδα.....	56
Εικόνα 11: Γεωγραφική κατανομή κίτρινου πυρετού παγκοσμίως.....	57
Εικόνα 12: Περιοχές με αναφορά εγχώριων κρουσμάτων Chikungunya – έτος 2015.....	58
Εικόνα 13: Πίνακας με τα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου – Ελλάδα, έτη 2010 - 2017.....	61

Πρόλογος

Στην εποχή μας, η ολοένα και αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών και το φαινόμενο της πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης έχουν συμβάλλει στη δημιουργία πολυφυλετικών και συγχρόνως πολυπολιτισμικών κοινωνιών. Βασικό γνώρισμα μιας σύγχρονης κοινωνίας αποτελεί η ποικιλομορφία των πολιτιστικών της χαρακτηριστικών η οποία, μεταξύ άλλων, αντανακλάται και στον χώρο της υγείας. Έτσι, η παροχή φροντίδας υγείας με πολιτιστικά ορθό τρόπο αποτελεί μια επιτακτική ανάγκη για τον 21^ο αιώνα. Ειδικότερα, για τη Νοσηλευτική, ως η επιστήμη η οποία ασχολείται με τον άνθρωπο και την υγεία του, αποτελεί μια νομική αλλά και κυρίως ηθική υποχρέωση.

Για να ανταπεξέλθει το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτήν την απαίτηση βασική προϋπόθεση είναι να γνωρίζει τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες κάθε ασθενή είτε είναι ημεδαπός είτε αλλοδαπός. Προς την κατεύθυνση αυτή η *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική*, με τις αρχές από τις οποίες διέπεται, δύναται να συμβάλλει ουσιαστικά. Βάσει της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, οι εν λόγω αρχές, εν ολίγοις, είναι: η κατάργηση των διακρίσεων, η ισονομία, η αλληλοαποδοχή και η αλληλεγγύη.

Η παρούσα εργασία εμβαθύνει σε ορισμένα ζητήματα μείζονος σημασίας κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Διότι, ο ασθενής στην εποχή μας απαιτείται να αντιμετωπίζεται όχι αποκλειστικά υπό το πρίσμα της αρρώστιας και της θεραπείας αλλά και υπό το πρίσμα της διατήρησης και της προαγωγής της υγείας του. Πάντοτε, όμως, βάσει του δικού του τρόπου ερμηνείας των οικείων ζητημάτων.

Εισαγωγή

Ο άνθρωπος στην προσπάθειά του να ανακουφιστεί ο ίδιος από τον πόνο αλλά και να φροντίσει τον πάσχοντα συνάνθρωπό του κατέφυγε, ή καλύτερα, επινόησε τις επιστήμες της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής. Οι εν λόγω επιστήμες πρωτοεμφανίζονται, ήδη, κατά την προχριστιανική εποχή. Έκτοτε γνώρισαν μία διαχρονική εξέλιξη με βασικό τους χαρακτηριστικό τις διαφορετικές προσεγγίσεις των εννοιών *υγεία* και *ασθένεια* από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο. Παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτό είναι ιδίως πολιτισμικοί. Καθώς, ο πολιτισμός διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων ενός πληθυσμού απέναντι στις οικείες έννοιες.

Στην εποχή μας, η ανάγκη αναγνώρισης, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, των διαφορετικών αυτών αντιλήψεων ανά πολιτισμό και άτομο, αναφορικά με τις έννοιες υγεία και ασθένεια, καθίσταται επιτακτική. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι επειδή στον χώρο της υγείας, μέσω κυρίαρχων σύγχρονων φαινομένων όπως της μετανάστευσης και της προσφυγιάς, έχουν εισέρθει, αλλά και επικρατήσει, νέα δεδομένα. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής σήμερα συνιστά μία από τις κορυφαίες περιπτώσεις στις οποίες οι ενασχολούμενοι με αυτόν καλούνται να αντιμετωπίσουν και να υπερβούν διάφορους φραγμούς ώστε να επιτελέσουν το έργο τους. Ειδικότερα, το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να παρέχει φροντίδα υγείας σε ανομοιογενείς, ως προς τη γλώσσα, τη θρησκεία ή την εθνότητα, πληθυσμούς.

Αυτό, βεβαίως, δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση ένα εύκολο εγχείρημα. Μάλιστα, αρκετές φορές οδηγεί σε συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, των ασθενών και των οικογενειών τους. Η μη αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων ή ακόμη η προσπάθεια επιβολής μιας συγκεκριμένης κουλτούρας σε βάρος κάποιας άλλης είναι αυτή η οποία προκαλεί συχνά τις συγκρούσεις μεταξύ των εμπλεκομένων. Έτσι, θεωρείται αναγκαίο στον χώρο της υγείας να διαφοροποιούνται τόσο οι ανάγκες για την παροχή φροντίδας υγείας όσο και οι τρόποι προσέγγισης και επικοινωνίας. Για την άμβλυνση των παραπάνω οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας τις τυχόν ιδιαιτερότητες των ασθενών τους. Επακόλουθα, να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους παρέχοντας πολιτισμικά ορθή φροντίδα υγείας.

Παράλληλα με τα παραπάνω, μία συνήθης εικόνα των ελληνικών νοσοκομείων της σύγχρονης εποχής είναι να βρίσκεται το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμέτωπο με επείγοντα περιστατικά τα οποία δε γνωρίζει, όπως περιστατικά με τροπικά νοσήματα. Ακόμη, πολλές φορές

να υπολείπεται σε γνώσεις αναφορικά με την ορθή διάγνωση και τη νοσηλευτική περίθαλψη αυτών. Δε θα πρέπει κανείς να αγνοεί το γεγονός πως τα όποια μεταδοτικά νοσήματα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα για το Ιατρό-Νοσηλευτικό προσωπικό. Ακόμη, πως το Ιατρό-Νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που θα ενεργοποιηθεί πρώτο σε μία ενδεχόμενη επιδημία. Συνεπώς, η συνεχής κατάρτισή του σε οικεία ζητήματα κρίνεται αναγκαία.

Έχοντας ως βάση τα παραπάνω, στο *πρώτο κεφάλαιο* της παρούσας εργασίας επιχειρείται μία θεωρητική προσέγγιση της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Ειδικότερα, ο λόγος επικεντρώνεται στις έννοιες υγεία και ασθένεια και στις διαφορετικές προσεγγίσεις αυτών ανά πολιτισμό και άτομο, όπως και στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, ως γνώρισμα αρκετών κοινωνιών παγκοσμίως και στον τρόπο με τον οποίον αυτές συνδέονται με τον τομέα της υγείας. Ενώ, αναλύεται και το ζήτημα των ηθικών αξιών της Νοσηλευτικής στην προσπάθεια εφαρμογής της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* της παρούσας εργασίας ο λόγος επικεντρώνεται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Για τον σκοπό, μελετώνται ορισμένα πρακτικά ζητήματα τα οποία απασχολούν τη σύγχρονη Νοσηλευτική ενώ, αναφέρονται και ορισμένες προτάσεις για την άμβλυνση των εν λόγω ζητημάτων.

Στο *τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο* της παρούσας εργασίας ο λόγος επικεντρώνεται σε νοσήματα τα οποία ενδημούν σε ορισμένες περιοχές της Γης και επιχειρείται η γεωγραφική κατανομή τους σε παγκόσμια κλίμακα με παράλληλη αναφορά και στα ελληνικά δεδομένα. Διότι, τα εν λόγω νοσήματα, τα τελευταία χρόνια, κυρίως μέσω των μεταναστών και των προσφύγων, ελλοχεύουν κινδύνους μετάδοσής τους και στην Ελλάδα. Γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη της εκπαίδευσης και της οργάνωσης των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν έγκαιρα περιστατικά μεταναστών - φορέων κάποιας νόσου που θεωρείται εκριζωμένη στις Δυτικές χώρες - και να αποτραπεί ενδεχόμενη εξάπλωσή τους.

Μεθοδολογία

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας εργασίας βασίστηκε αποκλειστικά σε έγκυρες και επιστημονικά τεκμηριωμένες πηγές, έντυπες αλλά και ηλεκτρονικές.

Από το πλήθος των πηγών που υπήρχαν διαθέσιμα αξιοποιήθηκαν αυτές οι οποίες ήταν περισσότερο σχετικές με το θέμα της εργασίας και παρουσίαζαν μία πληρότητα αναφορικά με τη βιβλιογραφία καθιστώντας τες περισσότερο αξιόπιστες.

Η πρόσβαση στις πηγές πραγματοποιήθηκε με δύο τρόπους.

Ο πρώτος ήταν αυτός της πρόσβασης μέσω διαδικτύου. Αναζητήθηκαν πηγές, κυρίως άρθρα, οι οποίες να είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο. Ο δεύτερος τρόπος ήταν αυτός της πρόσβασης σε έντυπες πηγές. Αυτός έλαβε χώρα είτε στη βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης είτε μέσω του δανεισμού βιβλίων από φίλους – συναδέλφους οι οποίοι φοιτούν σε αντίστοιχα τμήματα της χώρας έχοντας με τη σειρά τους τη δυνατότητα πρόσβασης στις αντίστοιχες βιβλιοθήκες των τμημάτων τους.

Τέλος, η παράθεση της βιβλιογραφίας στο τέλος της εργασίας έγινε με βάση το σύστημα Vancouver το οποίο και ενδείκνυται για τις επιστημονικές μελέτες.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται μία θεωρητική προσέγγιση της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Αρχικά, ο λόγος επικεντρώνεται σε δύο κυρίαρχες έννοιες στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, στις έννοιες *υγεία* και *ασθένεια* και στις διαφορετικές προσεγγίσεις αυτών ανά πολιτισμό και άτομο. Στη συνέχεια, λαμβάνοντας υπόψη δύο κυρίαρχα σύγχρονα φαινόμενα, το φαινόμενο της μετακίνησης πληθυσμών και της πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης, ο λόγος επικεντρώνεται στις *πολιτισμικές ιδιαιτερότητες* ως γνώρισμα αρκετών κοινωνιών παγκοσμίως. Ειδικότερα, στον τρόπο με τον οποίον αυτές συνδέονται με τον τομέα της υγείας και με τον τομέα της Νοσηλευτικής, αλλά και ποιες οι υποχρεώσεις της επιστήμης της Νοσηλευτικής έναντι αυτών. Έπειτα, αναλύεται το ζήτημα των ηθικών αξιών της Νοσηλευτικής, της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης και της διαπολιτισμικής ικανότητας των νοσηλευτών στην προσπάθεια εφαρμογής της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Ενώ, τέλος, αναφέρονται τα θεωρητικά μέσα της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής με ιδιαίτερη αναφορά στη Madeleine Leininger, θεμελιώτρια της θεωρίας της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.

1.1. Οι έννοιες υγεία και ασθένεια ανά πολιτισμό και άτομο

Η Νοσηλευτική, μαζί με την Ιατρική, ξεκινά να αναπτύσσεται από τη στιγμή που ο άνθρωπος ξεκίνησε να αναζητά τρόπους και μέσα, προκειμένου να ανακουφιστεί από τον πόνο αλλά και να φροντίσει τον ασθενή. Ειδικότερα, δηλώνει την παρουσία της ήδη κατά την προχριστιανική εποχή, όποτε οι ανάγκες παροχής φροντίδας σε ασθενείς ήταν ιδιαίτερα αυξημένες εξαιτίας των πολλών τραυματισμών που υπήρχαν, κυρίως από τους συνεχείς πολέμους στους οποίους συμμετείχαν οι λαοί αρκετών κοινωνιών.¹

Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της θεραπείας διαδραμάτισαν οι θρησκευτικές αντιλήψεις σε οικεία ζητήματα. Με άλλα λόγια, για τους περισσότερους λαούς η υγεία και η ασθένεια

σχετίζονταν άμεσα με την πίστη στον Θεό. Ως αποτέλεσμα αυτής της πεποίθησης αρκετοί ναοί αποτέλεσαν κέντρα υγείας και αρκετοί ιερείς ασκούσαν το επάγγελμα του ιατρού ή του νοσηλευτή από την άποψη πως οι ασθενείς επισκέπτονταν τα εν λόγω ιερά. Σκοπός της επίσκεψης ήταν να ζητήσουν εξιλέωση ή τη βοήθεια του θείου, ώστε να θεραπευτούν, αφού η ασθένεια εκλαμβανόταν, όπως θα δούμε παρακάτω, ως τιμωρία από τον θεό για την διάπραξη κάποιου αμαρτήματος.¹

Έκτοτε η Ιατρική και συνάμα η Νοσηλευτική γνώρισαν μία διαχρονική εξέλιξη με κύριο χαρακτηριστικό τις διαφορετικές προσεγγίσεις της υγείας και της ασθένειας από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο.² Παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτό είναι κυρίως πολιτισμικοί. Αφού, ο πολιτισμός διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων ενός πληθυσμού απέναντι στις έννοιες *ασθένεια* και *καυγία*.³ Επιπρόσθετα, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις απέναντι στις έννοιες υγεία και ασθένεια, έχουν την αφετηρία τους και σε ιερατικές - μαγικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ορισμένων κοινωνιών ή ακόμη και σε άλλες αντιλήψεις οι οποίες βασίζονται στην επιστημονικά θεμελιωμένη γνώση.⁴

1.1.1. Ιερατικές - μαγικές αντιλήψεις

Η έννοια της *ασθένειας* υπήρξε έννοια ανεξήγητη για τον άνθρωπο στα πρώτα χρόνια της ζωής του, με αποτέλεσμα να αποδοθεί σε μία πνευματική δύναμη η οποία, σύμφωνα με την παράδοση, εισέρχεται στο άτομο προερχόμενη από άλλο άτομο ή κάποιον δαίμονα. Υπό τον φόβο του θανάτου, η θεραπεία της αρρώστιας εστίαζε στην προσπάθεια της εξουδετέρωσης των πνευμάτων αυτών. Το έργο αυτό αναλάμβαναν οι μάγοι, οι οποίοι εξιλέωναν τα πνεύματα χρησιμοποιώντας μαγικές μεθόδους ή συγκρούονταν με τα πνεύματα εκείνα τα οποία προκαλούσαν την αρρώστια.⁴

Αυτές οι ιερατικές-μαγικές δοξασίες δεν απαντούν μόνο στον πρωτόγονο άνθρωπο ή τις περιόδους που ακολουθούν την πρωτόγονη εποχή. Ακόμη και στη σημερινή εποχή αυτές οι αντιλήψεις δεν έχουν εξαλειφθεί. Διατηρούνται με διάφορες μορφές σε αρκετά μέρη του κόσμου. Για παράδειγμα συχνές είναι οι αναφορές στο *μάτιασμα*, ιδιαίτερα στη λεκάνη της Ανατολικής Μεσογείου. Επίσης, αρκετά συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ο ασθενής να ζητά επίμονα από τον ιατρό του μια συνταγή από την οποία περιμένει τη θεραπεία, δηλαδή να του χορηγήσει ο ιατρός ένα *μαγικό φάρμακο*. Τέλος, τη μαγική σκέψη των ασθενών μπορούμε να την αντιληφθούμε και στις περιπτώσεις στις οποίες οι ασθενείς κατηγορούν τον ιατρό τους ότι δεν τους θεράπευσε. Ο ιατρός

δέχεται τις κατηγορίες αυτές, αφού θεωρείται από τους ασθενείς ως ένας *μάγος* οποίος μπορεί να ελέγξει πλήρως την ασθένεια.⁴

1.1.2. Θρησκευτικές αντιλήψεις

Συνεχίζοντας, ως προϊόν της ανάπτυξης του μονοθεϊσμού και της θρησκευτικής ηθικής, σημαντικό μέρος των ανθρώπων θεωρούσε αλλά και θεωρεί τη νυγεία ως ένα δώρο από τον θεό. Από την άλλη, θεωρεί την *ασθένεια* ως ένα σημάδι της μομφής του θεού για τη διάπραξη κάποιου αδικήματος – αμαρτήματος, όπως προειπώθηκε. Μία άλλη αντίληψη, είναι αυτή η οποία εκλαμβάνει την ασθένεια ως μια δοκιμασία η οποία στέλνεται από τον θεό σε ένα άτομο, με σκοπό να δοκιμάσει την καρτεριά ή την αντοχή του.⁴

Αποτέλεσμα των παραπάνω αντιλήψεων είναι ο ασθενής να καταφεύγει στην προσευχή. Έτσι, προσεύχεται, δείχνοντας την πίστη του στον θεό και επιθυμώντας να αποσοβήσει κάποια ασθένεια. Ενώ, στις περιπτώσεις εκδήλωσης κάποιας ασθένειας προσεύχεται μετανοώντας για τις αμαρτίες που έκανε και τις οποίες θεωρεί υπεύθυνες. Με τον τρόπο αυτό ζητά τη συγχώρεση από τον θεό. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις, στις μέρες μας, είναι συχνά αναμειγμένες με ανάλογες μαγικές, όπως στην περίπτωση των *ταμάτων* και των *αφιερωμάτων* που προσφέρονται από τους ασθενείς προς τον θεό.⁴

1.1.3. Επιστημονικές αντιλήψεις

Με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της επιστήμης, η ανθρώπινη σκέψη γύρω από την υγεία και την ασθένεια γίνεται περισσότερο ορθολογική. Αρκετές κοινωνίες έχουν υιοθετήσει την επιστημονική προσέγγιση και τα επιστημονικά ευρήματα σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν μία νόσο καθώς και τα μέσα θεραπείας ή πρόληψης αυτής. Ωστόσο, η εν λόγω επιστημονική προσέγγιση έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με αυτές που βασίζονται σε ιερατικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Από την άλλη, όμως, σε αρκετές περιπτώσεις οι ιερατικές - μαγικές και οι θρησκευτικές αντιλήψεις δείχνουν να συνυπάρχουν με τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις, όχι μόνο στον ίδιο πληθυσμό αλλά και στο ίδιο το άτομο.⁴

1.2. Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και υγεία

Η ανάγκη της αναγνώρισης, εκ μέρους του επαγγελματία υγείας ή, για σκοπούς της παρούσας εργασίας, εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, των διαφορετικών αυτών αντιλήψεων ανά πολιτισμό και άτομο, αναφορικά με τις έννοιες *υγεία* και *ασθένεια*, καθίσταται επιτακτική στην εποχή μας. Η αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών και το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης έχουν συμβάλλει στη δημιουργία πολυφυλετικών και συγχρόνως πολυπολιτισμικών κοινωνιών. Έτσι, σε πολλά κράτη παγκοσμίως παρατηρείται η παραμονή εντός των συνόρων του ομάδων ανθρώπων οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικές κοινωνίες. Οι ομάδες αυτές στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες όσον αφορά την πολιτισμική τους ταυτότητα και την κουλτούρα τους. Η ποικιλομορφία των πολιτιστικών χαρακτηριστικών που συγκροτείται σε ένα κράτος, μεταξύ άλλων, αντανακλάται και στον χώρο της υγείας.⁵

1.2.1. Ελληνική πραγματικότητα

Ανάμεσα στα κράτη αυτά συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες μεγάλο κύμα μεταναστών έχει επισκεφθεί την Ελλάδα. Στόχος αυτών είτε το πέρασμα σε μία άλλη χώρα της κεντρικής Ευρώπης είτε η εγκατάστασή τους στην Ελλάδα. Παράγοντες που έχουν συμβάλλει προς την κατεύθυνση αυτή είναι η συμμετοχή της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), αλλά και στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) και η υπογραφή διεθνών Συνθηκών για τη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στοιχεία που της προσδίδουν το χαρακτηρισμό της φιλελεύθερης χώρας. Αμελητέος δεν είναι και ο παράγοντας της γεωγραφικής της θέσης, αφού ως χώρα γειτονική με χώρες των οποίων τα πολιτικά συστήματα κατέρρευσαν είναι ο πρώτος ευρωπαϊκός και άρα *πολιτισμένος* σταθμός που συναντά ο ερχόμενος από τον νότο ή από την Άπω Ανατολή μετανάστης.⁶

Ως προς την προέλευση των μεταναστών, η πλειοψηφία αυτών προέρχεται από χώρες με τις οποίες η πολιτισμική απόσταση της Ελλάδος είναι αισθητή, όπως οι χώρες της Αφρικής, της Νοτίου Αμερικής και της Μέσης και Άπω Ανατολής, με αποτέλεσμα η σύνθεση του πληθυσμού της χώρας να είναι περισσότερο από ποτέ ανομοιογενής. Η αλήθεια, ωστόσο, είναι πως η ανομοιογένεια αυτή δε συνιστά μία πρωτόγνωρη κατάσταση για την Ελλάδα. Με άλλα λόγια, το μεταναστευτικό ρεύμα των τελευταίων δεκαετιών και κυρίως οι διαφορές κουλτούρας, αξιών, πεποιθήσεων, ηθών και εθίμων που έφερε ήρθαν απλώς να προστεθούν στις ήδη υπάρχουσες. Ο

λόγος περί των ρομά στο σύνολο της χώρας αλλά και της μουσουλμανικής μειονότητας στη Θράκη.⁷ Ακόμη, το 98% των κατοίκων της Ελλάδος είναι μεν Χριστιανοί δε διαφόρων δογμάτων (Ορθόδοξοι, Καθολικοί, Προτεστάντες, Μάρτυρες του Ιεχωβά κ.λπ.), ενώ υπάρχει και η εβραϊκή κοινότητα.⁸

1.2.2. Ο τομέας της Νοσηλευτικής

Αν, λοιπόν, αναλογιστεί κανείς πως στη σύγχρονη εποχή μια κοινωνία απαρτίζεται από πολίτες που διαφέρουν μεταξύ τους σε πολιτισμικό επίπεδο, διαπιστώνει το ακόλουθο στον τομέα της Νοσηλευτικής. Για να ανταπεξέλθει το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτήν την κατάσταση απαιτείται να γνωρίζει τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες κάθε ασθενή είτε είναι ημεδαπός είτε αλλοδαπός, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του όταν ο τελευταίος εισάγεται στο νοσοκομείο. Διότι, κάθε πολιτισμός διαθέτει έναν ορισμένο τύπο αξιών, κανόνων και γνώσεων στην προσπάθειά του να ερμηνεύσει και να θεραπεύσει την αρρώστια αλλά και να προάγει την υγεία.^{3,7} Έτσι, αυτό το οποίο θεωρείται *υγεία και αρρώστια* να διαφέρει ανάλογα με τις κοινωνίες και τα επίπεδα ανάπτυξής τους και η στάση απέναντι στην αρρώστια και στην υγεία να εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον προέλευσης του ασθενή, όπως είδαμε και παραπάνω.⁹

Η εν λόγω απαίτηση ενισχύεται ακόμη περισσότερο με τα *Ανθρώπινα Δικαιώματα* που προωθούνται, επιβάλλονται και ελέγχονται από παγκόσμιους οργανισμούς. Βάσει αυτών οι μειονότητες και οι διαφορετικές εθνικές ομάδες προστατεύονται. Έτσι, τους παρέχεται το δικαίωμα να διατηρούν την πολιτιστική τους ταυτότητα, τη θρησκεία τους, τη γλώσσα τους και τις όποιες θρησκευτικές τους πρακτικές, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να αφομοιώνουν τα στοιχεία της κοινωνίας στην οποία εγκαθίστανται.¹⁰

1.3. Ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής

Ο κλάδος της Νοσηλευτικής συνιστά, επομένως, μία από τις κορυφαίες περιπτώσεις στις οποίες οι ενασχολούμενοι με αυτόν καλούνται να αντιμετωπίσουν και να υπερβούν διάφορους φραγμούς ώστε να επιτελέσουν το έργο – λειτούργημά τους.⁷ Βεβαίως, το ερώτημα το οποίο γεννάται, είναι εάν υπάρχουν προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό και εάν αυτές είναι σύμφωνες ή είναι αντιφατικές μεταξύ τους.¹

Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη η οποία ασχολείται με τον άνθρωπο και την υγεία του, έχει ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια. Δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Ειδικότερα, με τις αξίες της αγάπης για φροντίδα και ενδιαφέρον στον νοσηλεύόμενο άνθρωπο, του δέους για το δώρο που ονομάζεται ζωή, του σεβασμού στην αξία, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπου, του σεβασμού στην προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή, της ευθύνης για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας και της συμβολής των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.¹

Οι προαναφερθείσες αξίες συμβαδίζουν με το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και στη σύγχρονη εποχή. Επιπρόσθετα, αυτές θεμελιώνονται και με θεσμικό πλαίσιο. Αφού ο *κώδικας Ηθικής* της American Nursing Association (AMA) αναφέρει, μεταξύ άλλων, πως ο/η νοσηλευτής/τρια) παρέχει υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ανεξάρτητες από σκέψεις για κοινωνική ή οικονομική κατάσταση ή τη φύση των προβλημάτων υγείας, β) προστατεύει τον ασθενή όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου, γ) αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για νοσηλευτικές κρίσεις και πράξεις, δ) συμμετέχει σε δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των γνώσεων του επαγγέλματός του και ε) συμμετέχει στις προσπάθειες να δημιουργήσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.⁹

Εν συντομία, σεβόμενοι τις παραπάνω αξίες το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα. Χωρίς να επηρεάζεται από ήθη, έθιμα, θρησκευτικές ή άλλες πολιτιστικές πεποιθήσεις οι οποίες ενδεχομένως να διαφοροποιούνται από αυτές του ιδίου. Ο ασθενής απαιτείται να αντιμετωπίζεται όχι μόνο υπό το πρίσμα της αρρώστιας και της θεραπείας αλλά και υπό το πρίσμα της διατήρησης και της προαγωγής της υγείας του. Βάσει, όμως, του δικού του τρόπου ερμηνείας των οικείων ζητημάτων. Απαιτείται, με άλλα λόγια, η παροχή μίας ολιστικής φροντίδας στον ασθενή μέσα σε ένα πλαίσιο σεβασμού της διαφορετικής προσέγγισης της νόσου εκ μέρους του ασθενή και της ξεχωριστής προσωπικότητας του.⁹

1.4. Διαπολιτισμική εκπαίδευση νοσηλευτών

Για να επιτευχθεί αυτό κρίνεται αναγκαία η διαπολιτισμική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Καθώς, παρόλο που η πολυπολιτισμικότητα αποτελεί σχεδόν μία φυσιολογική κατάσταση των κοινωνιών της εποχής που διανύουμε σημαντικό μέρος των πολιτών που

προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα αντιμετωπίζουν, στον χώρο της υγείας, καταστάσεις οι οποίες εναντιώνονται στα δικαιώματά τους ως άνθρωποι. Ειδικότερα, αντιμετωπίζουν φαινόμενα ρατσισμού, προκαταλήψεων, διακρίσεων εις βάρος τους και καταπάτησης των δικαιωμάτων τους. Οι αρνητικές αυτές εμπειρίες που αποκομίζουν τους οδηγούν στη λήψη αποφάσεων οι οποίες λειτουργούν εις βάρος της ίδιας της υγείας τους. Λόγου χάριν, αρκετοί ασθενείς προβαίνουν στη διακοπή της θεραπείας τους ή στη διακοπή της παρακολούθησής τους από τον ιατρό.¹²

Η *διαπολιτισμική εκπαίδευση* συνιστά μία έννοια για την οποία δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της. Μία προσέγγιση ευσύννοπη την ορίζει ως την παιδαγωγική απάντηση στα προβλήματα διαπολιτισμικής φύσεως που εμφανίζονται σε μια πολυπολιτισμική και πολυεθνική κοινωνία. Ενώ τη χαρακτηρίζουν αρχές όπως η εκπαίδευση για την ενσυναίσθηση, για την αλληλεγγύη, για τον διαπολιτισμικό σεβασμό και εναντίον του εθνικιστικού τρόπου σκέψης. Ως βάσεις της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης θεωρούνται η αναγνώριση της ετερότητας, η κοινωνική συνοχή, η ισότητα και η δικαιοσύνη.¹²

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση, λοιπόν, προσπαθεί να προσφέρει λύσεις σε ζητήματα αναφορικά με την ομαλή λειτουργία του εκπαιδευτικού συστήματος και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Στο πλαίσιο αυτό έχει δημιουργηθεί και αναπτύσσεται ταχύτατα ο κλάδος της *διαπολιτισμικής νοσηλευτικής*, ο οποίος απευθύνεται κατά κύριο λόγο σε αλλοδαπούς ασθενείς.

1.5. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και διαπολιτισμική ικανότητα νοσηλευτών

Όσον αφορά τον ίδιο τον όρο *διαπολιτισμικότητα* είναι ένας από τους πολλούς τρόπους διαχείρισης της πολυπολιτισμικότητας. Δίνει έμφαση στη γνωριμία και στην αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών που συνθέτουν μία κοινωνία. Περιστρέφεται γύρω από τις έννοιες της *συμμετοχής* σε μία συλλογικότητα η οποία με τη σειρά της συνδέεται με τη συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι, αλλά και τη συμμετοχή στο παραγόμενο προϊόν της εθνικής ταυτότητας, της *πρόσβασης*, με την έννοια της ισότητας των ευκαιριών και της αξιοκρατίας και της *ευθύνης*, με την έννοια της συνείδησης των υποχρεώσεων που απορρέουν από το ανήκειν σε μία συλλογικότητα.¹¹

Συνεχίζοντας με την έννοια της *Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής*, το 1995 η Madeleine Leininger, για την οποία γίνεται εκτενής λόγος παρακάτω, μίλησε για την οικεία έννοια δίνοντας

τον ακόλουθο ορισμό: *Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας χώρος μελέτης των ανθρώπινων πολιτισμών σε σχέση με την ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες σχετίζονται με τα νοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας. Εστιάζει σε πολιτισμικές αξίες, σε πιστεύω και σε τρόπους ζωής ανθρώπων και οργανισμών και χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για να παράσχει φροντίδα σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες ή και παγκοσμίως.*³

Βασικό γνώρισμα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής αποτελεί ο σεβασμός απέναντι στις διαφορετικές πολιτισμικές αξίες, στον διαφορετικό τρόπο ζωής και στις διαφορετικές προσωπικές αντιλήψεις ανθρώπων οι οποίες ενδέχεται να διαφοροποιούνται από αυτές των επαγγελματιών υγείας. Σκοπός της είναι να παρέχει μία σταθερή και συμπονετική φροντίδα στον ασθενή. Ενώ, επιτυχημένη λογίζεται η διαπολιτισμική νοσηλευτική όταν παρέχει μία ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με πολυπολιτισμικά χαρακτηριστικά.^{1,14-17}

Ο όρος που χρησιμοποιείται από την επιστημονική κοινότητα για να περιγράψει αυτή την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η *διαπολιτισμική ικανότητα*. Με άλλα λόγια, η ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να λειτουργεί ορθά και αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κουλτούρας. Δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πολλά οφέλη από πολιτισμικά κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, η κουλτούρα και ιδίως η γνώση αυτής εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενή.¹⁸

1.6. Madeleine Leininger

Η Madeleine Leininger είναι ενδεχομένως η πρώτη ερευνήτρια η οποία συνειδητοποίησε την ανάγκη προσέγγισης των προβλημάτων στον χώρο της Νοσηλευτικής από διαφορετική οπτική γωνία. Σε αυτό συνέβαλε και η χρόνια ενασχόλησή της με διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες ασθενών. Ειδικότερα, κατά την διάρκεια της εργασίας της σε ένα τμήμα φροντίδας παιδιών διαπίστωσε ότι ο φραγμός για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα παιδιά αποτελούσε το γεγονός πως το προσωπικό δε γνώριζε την ιδιαίτερη κουλτούρα του κάθε παιδιού αλλά και της οικογενείας του. Έτσι, επικεντρώθηκε μέσα από τις έρευνές της να ανακαλύψει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μίας διαφορετικής κουλτούρας βιώνουν τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται. Παράλληλα, απέδωσε βαρύτητα και μελέτησε τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην προσπάθεια παροχής αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁸

Υποστήριξε ότι τα φαινόμενα τα οποία σχετίζονται με την επιστήμη της Νοσηλευτικής κατανοούνται αποτελεσματικότερα εντός του φυσικού, ιστορικού, κοινωνικού και πολιτισμικού

πλαίσιου στο οποίο ανήκει το άτομο και ενδεχομένως ο ασθενής. Ενώ, η στάση απέναντι στη ζωή καθώς και η προσωπική εμπειρία από τη νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι αμελητέοι παράμετροι προς την οικεία κατεύθυνση.³

1.6.1. Πολιτισμική επίγνωση και πολιτισμική ευαισθησία

Κατά την ίδια, για να προσφερθεί μία ποιοτική φροντίδα στον ασθενή το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αναπτύξει τόσο *πολιτισμική επίγνωση* όσο και *πολιτισμική ευαισθησία*. Η *πολιτισμική επίγνωση* περιλαμβάνει τη γνώση του ιστορικού του ασθενούς, τον σεβασμό στις εορτές και τις όποιες καλλιτεχνικές εκφράσεις του και την επίγνωση της προσωπικότητάς του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και των προκαταλήψεων του. Ενώ, η *πολιτισμική ευαισθησία* περιλαμβάνει τον σεβασμό σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, την αποφυγή προσβλητικής γλώσσας και την αποφυγή απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενή.³

1.6.2. Θεωρία της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής

Θέλοντας η Leininger να προετοιμάσει μια νέα γενιά νοσηλευτών οι οποίοι θα χαρακτηρίζονται από ευαισθησία, καταλληλότητα και ασφάλεια στην παροχή φροντίδας σε ανθρώπους με διαφορετικό τρόπο ζωής, με διαφορετικές αξίες και πιστεύω δημοσίευσε το 1985 τη θεωρία της. Θεωρείται θεμελιώτρια της θεωρίας της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής (Transcultural Nursing).

Η εν λόγω θεωρία της Leininger περιλαμβάνει τις ακόλουθες αρχές. Πρώτον, υποστηρίζει πως υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ φροντίδας, κουλτούρας και κοινωνικών δομών. Δεύτερον, θεωρεί πως η φροντίδα αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, όμως ο τρόπος και οι διαδικασίες με τις οποίες αυτή εκφράζεται διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Τρίτον, κάθε νοσηλευτική κατάσταση, περιλαμβάνει ανάγκες και συμπεριφορές φροντίδας οι οποίες είναι πολιτισμικά καθορισμένες. Τέλος, τέταρτον, υποστηρίζει πως οι πολιτισμικές διαφορές σε πεποιθήσεις, αξίες και δραστηριότητες φροντίδας, αντικατοπτρίζουν διαφορές στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι, η επαγγελματική φροντίδα και ιδιαίτερα η φροντίδα που προσανατολίζεται στην πλήρη και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών των ατόμων που την χρειάζονται πρέπει να συμπεριλαμβάνει και πολιτισμικές διαστάσεις.³

Το μοντέλο του ήλιου που ανατέλλει (The Sunrise Model)

Η θεωρία της Leininger βασίζεται σε ένα δικό της πρότυπο – μοντέλο που ανέπτυξε. Ειδικότερα, το μοντέλο του *Ήλιου που ανατέλλει* το οποίο αποτελείται από τρεις φάσεις και αφορά τη νοσηλευτική διεργασία. Κατά την πρώτη φάση, φάση εκτίμησης – διάγνωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό πριν έρθει σε επαφή με τον ασθενή συλλέγει πληροφορίες αναφορικά με την κουλτούρα του – την πολιτισμική του ταυτότητα. Στην παρούσα φάση αποκτά γνώσεις οι οποίες είναι σχετικές με την κουλτούρα του ασθενή και κυρίως αποκτά γνώσεις που θα του επιτρέψουν να σχεδιάσει την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση. Κατά τη δεύτερη φάση, φάση σχεδιασμού – εφαρμογής, σχεδιάζεται και εφαρμόζεται μία ευαίσθητη πολιτισμικά νοσηλευτική φροντίδα. Ενώ, κατά την τρίτη φάση, φάση αξιολόγησης, γίνεται μία συστηματική μελέτη και έρευνα των συμπεριφορών της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι κατά την εφαρμογή της εν λόγω νοσηλευτικής διεργασίας αποτελούν η παρουσία κάποιου πολιτισμικού σοκ αλλά και κάποιας πολιτισμικής επιβολής μεταξύ των εμπλεκόμενων, νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή.³

Υποθέσεις της θεωρίας

Οι υποθέσεις στις οποίες βασίζεται η συγκεκριμένη θεωρία της Madeleine Leininger είναι ακόλουθες. Πρώτον, η κουλτούρα αποτελεί το σχεδιάγραμμα για σκέψη και πράξη. Επίσης, αποτελεί την κύρια δύναμη προσδιορισμού των τρόπων φροντίδας της υγείας – ασθένειας και των συμπεριφορών. Δεύτερον, οι πολιτισμικές αξίες ποικίλλουν μεταξύ των ατόμων και των ομάδων. Τρίτον, η ανθρώπινη φροντίδα είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που εκφράζεται διαφορετικά σε όλες τις κουλτούρες. Τέλος, τέταρτον, η πολιτισμική φροντίδα ενώνει τις διανοητικές και πρακτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής.¹⁸

Δυνατά και αδύνατα σημεία της θεωρίας

Στα δυνατά σημεία της συγκεκριμένης θεωρίας εντάσσεται το γεγονός της αναγνώρισης της σημασίας καθώς και της επιρροής της κουλτούρας σε αυτούς που λαμβάνουν και σε αυτούς που ασκούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Ενώ, στους περιορισμούς της θεωρίας περιλαμβάνονται ο περιορισμένος αριθμός πτυχιούχων νοσηλευτών που μπορούν να διεξάγουν έρευνες σχετικές με

την διαπολιτισμική φροντίδα, ο κίνδυνος πολιτισμικών συστηματικών λαθών και επιβολών λόγω προσωπικών πολιτισμικών αξιών των νοσηλευτών καθώς και η πολυπλοκότητα του μοντέλου.¹⁸

1.7. Αλλα θεωρητικά μέσα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής

Τα θεωρητικά μέσα που χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να πετύχει τους στόχους της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι, πέραν της θεωρίας της Madeleine Leininger για την οποία έγινε λόγος παραπάνω, τα εξής: η θεωρία της *πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere*, η θεωρία της *πολιτισμικής ικανότητας της Campinha- Bacote*, η θεωρία της *πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden* και διάφορα διαπολιτισμικά μοντέλα δανεισμένα από άλλες επιστήμες όπως λόγου χάριν το *αφομοιωτικό μοντέλο*, το *μοντέλο της ενσωμάτωσης*, το *πολυπολιτισμικό μοντέλο*, και το *μοντέλο της διαπολιτισμικής ετοιμότητας* από τον τομέα της εκπαίδευσης.⁶

1.7.1. Η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere

Βάσει της συγκεκριμένης θεωρίας το έργο του επαγγελματία υγείας και ειδικότερα το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό απέναντι στον ασθενή αλλά και το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Για να επιτευχθεί, ωστόσο, αυτό η συλλογή πληροφοριών και η απόκτηση γνώσεων περί της κουλτούρας του ασθενή κρίνονται αναγκαίες. Η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει την προσαρμογή των όποιων παρεμβάσεων σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις αξίες του πολιτισμικού συστήματος του ασθενή.⁶

1.7.2. Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha - Bacote

Η θεωρία της *πολιτισμικής ικανότητας* επικεντρώνεται στην καλλιέργεια της διάθεσης του επαγγελματία υγείας για συνεχή εξέλιξη και επιμόρφωση. Με τον τρόπο αυτό δύναται να εξελιχθεί και να αντιμετωπίζει κάθε περίπτωση καλύτερα. Η συγκεκριμένη θεωρία αποδίδει μεγάλη βαρύτητα στην πολιτισμική ικανότητα και διακρίνει τις εξής ικανότητες: πολιτισμική συνειδητοποίηση, πολιτισμική γνώση και δεξιότητα, πολιτισμικές συναντήσεις και πολιτισμική επιθυμία.⁶

1.7.3. Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας της Ramsden

Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας επικεντρώνεται στη δύναμη της σχέσης μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Προτείνει την ενθάρρυνση του ασθενή και απαιτεί από τους νοσηλευτές: να κάνουν εσωτερική ανασκόπηση επανελέγχοντας προσωπικές αξίες και ιδέες, να έχουν ανοιχτούς ορίζοντες και να είναι ευέλικτοι.⁶

1.7.4. Το μοντέλο της αφομοίωσης και της ενσωμάτωσης

Ο όρος *αφομοίωση* αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία άτομα διαφορετικής εθνικής και φυλετικής προέλευσης απορροφώνται, αλληλεπιδρούν και συμμετέχουν στα δρώμενα μιας ευρύτερης κοινωνίας στην οποία εντάσσονται. Βασική θέση του αφομοιωτικού μοντέλου είναι ότι το έθνος αποτελεί ένα ενιαίο από πολιτισμική και πολιτική άποψη σύνολο. Ενώ, οι όποιοι μεταναστευτικοί πληθυσμοί πρέπει να απορροφηθούν από τον ντόπιο ομοιογενή πολιτισμό, για να μπορέσουν να συμμετέχουν ισοδύναμα στη διαμόρφωση και διατήρηση της κοινωνίας.¹⁹

Με το *μοντέλο της ενσωμάτωσης* αναγνωρίζεται πως κάθε μεταναστευτική ομάδα αποτελεί φορέα ενός πολιτισμού. Ο εν λόγω φορέας πολιτισμού δέχεται και ταυτόχρονα ασκεί επιδράσεις στην κοινωνία υποδοχής συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία μιας νέας πολιτισμικής έκφρασης. Υπό το σκεπτικό αυτό η ενσωμάτωση υπονοεί τη διαδικασία κατά την οποία η παράδοση της εθνικής ομάδας αποτελεί μέρος της νέας εθνικής ταυτότητας.¹⁹

Στο συγκεκριμένο μοντέλο υπάρχει σύνδεση των πολιτισμικών διαφορών και αναγνώριση της πολιτισμικής ετερότητας σε βαθμό όμως που να μην κινδυνεύουν οι πολιτισμικές παραδοχές της κυρίαρχης κοινωνίας. Η ανοχή της πολιτισμικής ετερότητας αφορά θρησκευτικές πεποιθήσεις, ήθη, έθιμα, γιορτές κ.λπ. που δεν αποτελούν το βασικό δομικό υπόβαθρο της κοινωνίας.¹⁹

1.7.5. Το πολυπολιτισμικό και διαπολιτισμικό μοντέλο

Τη δεκαετία του '70 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υποδοχής μεταναστών γίνεται αντιληπτό πως το αφομοιωτικό μοντέλο και το μοντέλο της ενσωμάτωσης δεν παρείχαν κάποια ουσιαστική λύση στα προβλήματα των μεταναστών. Αντιθέτως, υπήρξαν δύο μοντέλα που αναπαρήγαγαν τις

κοινωνικοπολιτισμικές ανισότητες. Έτσι, υποστηρίχθηκε η άποψη ότι η κοινωνική συνοχή προωθείται με την αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων του μεταναστευτικού πληθυσμού.

Το πολυπολιτισμικό μοντέλο αναγνώριζε τη γλώσσα και τον πολιτισμό των μεταναστών και υπογράμμισε την ανάγκη της ισότιμης συνύπαρξης αυτών με τη γλώσσα και τον πολιτισμό της χώρας υποδοχής. Ενώ, με το διαπολιτισμικό μοντέλο δόθηκε προτεραιότητα στην αλληλεπίδραση και αμοιβαία συνεργασία ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης με στόχο τη δημιουργία ανοιχτών κοινωνιών με βασικό χαρακτηριστικό την αλληλοκατανόηση και την αλληλοαποδοχή.¹⁸

Συνοψίζοντας...

Η πολυπολιτισμικότητα που χαρακτηρίζει, λοιπόν, τις σύγχρονες κοινωνίες υποδεικνύει έναν νέο τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Η εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής και η Διαπολιτισμική Εκπαίδευση του Νοσηλευτικού Προσωπικού κρίνονται αναγκαίες. Η αναγκαιότητα αυτή πηγάζει από τις πολιτισμικές, θρησκευτικές κ.ά. διαφορές που εμφανίζει ο πληθυσμός κάθε χώρας ως αποτέλεσμα του αυξημένου μεταναστευτικού ρεύματος και του φαινομένου της πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης των τελευταίων δεκαετιών.²⁰

Προς την κατεύθυνση αυτή, τις διαφορετικές προσεγγίσεις των εννοιών *υγεία* και *ασθένεια* ανά πολιτισμό και άτομο ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να τις αναγνωρίσει και να τις σεβαστεί, εάν επιθυμεί να αναπτύξει και να διατηρήσει μια ουσιαστική σχέση με τον ασθενή. Διότι, ασθενής και επαγγελματίας υγείας συχνά δεν έχουν τις ίδιες ιδέες, απόψεις και γνώσεις σχετικά με την προέλευση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας. Ενώ, αρκετές φορές, ο ασθενής αγνοεί τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, με αποτέλεσμα να προβαίνει στην αναζήτηση εναλλακτικών θεραπειών τις οποίες θεωρεί αποκλειστικές στην προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας του.²¹

Ενώ, η επιστήμη της ανθρωπολογίας υποστηρίζει ότι κάποιες εναλλακτικές θεραπείες έχουν ψυχοκοινωνιολογική επίδραση στους ασθενείς, δημιουργώντας την αίσθηση της σωματικής και πνευματικής θεραπείας. Πρόκειται για το φαινόμενο placebo, το οποίο αυτό καθαυτό δεν μπορεί να αποτελέσει μέθοδο θεραπείας, καθώς δεν αποδεικνύεται επιστημονικά. Δύναται, ωστόσο, να αξιοποιηθεί στο πλαίσιο της ενίσχυσης και της επιτάχυνσης θεραπευτικών μέσων μέσω μη φαρμακολογικών θεραπειών.²²

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας ο λόγος επικεντρώνεται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Συγκεκριμένα, μελετώνται ορισμένα πρακτικά ζητήματα τα οποία απασχολούν τη σύγχρονη Νοσηλευτική ενώ, αναφέρονται και ορισμένες προτάσεις για την άμβλυνση των εν λόγω ζητημάτων. Έτσι, αρχικά επιχειρείται μία αναφορά στα καθήκοντα του σύγχρονου νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και στις ενδεχόμενες δυσκολίες στην προσπάθεια παροχής διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι τρόποι προσέγγισης των διαφορετικών πολιτισμών με ιδιαίτερη έμφαση στην επικοινωνία, λεκτική και μη λεκτική. Συνεχίζοντας, μελετάται η θρησκευτική πίστη στο χώρο του νοσοκομείου και πως αυτή επηρεάζει τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, ποια η σχέση θρησκείας και θανάτου και κυρίως ποιος ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη σημαντική και αναπόφευκτη εκείνη στιγμή του κάθε ανθρώπου, δηλαδή τη στιγμή του θανάτου. Λαμβάνοντας υπόψη πως το έργο των νοσηλευτών δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά εκτείνεται και στο περιβάλλον του ασθενή, λόγω χάριν η ανακοίνωση του θανάτου και η συμπαράσταση (στις πρώτες στιγμές), αναφέρονται και ορισμένα στοιχεία για το πώς ο θρήνος εκδηλώνεται σε διάφορους πολιτισμούς. Τέλος, παρατίθενται ενδεικτικά ορισμένοι κανόνες διαχείρισης ασθενών με διαφορετική θρησκεία στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, ως παράδειγμα το οποίο πρέπει να προβληματίσει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης.

2.1. Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού

Στην εποχή μας οι συνεχείς μετακινήσεις πληθυσμών, όπως προειπώθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, έχουν επιφέρει νέα δεδομένα και νέες απαιτήσεις στον χώρο της υγείας. Το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να αντιμετωπίζει νέες καταστάσεις, συγκριτικά με το

παρελθόν, όσον αφορά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Ειδικότερα, καλείται να παρέχει φροντίδα υγείας σε ανομοιογενείς, ως προς τη γλώσσα, τη θρησκεία ή την εθνότητα, πληθυσμούς. Αυτό, βεβαίως, δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση ένα εύκολο εγχείρημα. Μάλιστα, αρκετές φορές οδηγεί σε συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, των ασθενών και των οικογενειών τους.²³

Η μη αναγνώριση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων ή ακόμη η προσπάθεια επιβολής μιας συγκεκριμένης κουλτούρας σε βάρος κάποιας άλλης είναι αυτή η οποία προκαλεί συχνά τις συγκρούσεις μεταξύ των εμπλεκομένων. Έτσι, θεωρείται αναγκαίο στον χώρο της υγείας να διαφοροποιούνται τόσο οι ανάγκες για την παροχή φροντίδας υγείας όσο και οι τρόποι προσέγγισης και επικοινωνίας. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς απαιτούν εξατομικευμένη και κυρίως πολιτισμικά ορθή φροντίδα υγείας η οποία για να επιτευχθεί απαιτείται η κατάλληλη παρέμβαση, τόσο σε επίπεδο προσέγγισης όσο και σε επίπεδο επικοινωνίας με τον ασθενή. Μελέτες έχουν δείξει ότι φροντίδα υγείας χωρίς σεβασμό στη διαφορετικότητα του ασθενή οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα αναφορικά με τον σκοπό της Νοσηλευτικής, δηλαδή την προώθηση της υγείας.²³

Προς την κατεύθυνση αυτή, στην Ελλάδα έχει ψηφιστεί ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2001 και είναι σε ισχύ έκτοτε. Μία από τις αρκετές υποχρεώσεις του νοσηλευτή προς τους ασθενείς, βάσει του εν λόγω κώδικα, είναι να *επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς, ανεξαιρέτως, την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, τις ιδεολογικές ή όποιες άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου* (άρθρο 6).²⁴

Συνεπώς, οι αρχές από τις οποίες θα πρέπει να διέπεται η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες είναι, εν ολίγοις, αυτή της κατάργησης των διακρίσεων, της ισονομίας, της αλληλοαποδοχής και της αλληλεγγύης. Η Νοσηλευτική θα πρέπει να αποτελεί και αποτελεί μία ανθρωπιστική επιστήμη η οποία απευθύνεται στον άνθρωπο, ανεξαρτήτου εθνικότητας, φυλής, θρησκεύματος, χρώματος, ηλικίας, φύλου, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων.²⁵

2.2. Ενδεχόμενες δυσκολίες στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο απασχολεί τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική είναι αυτό των δυσκολιών, εκ μέρους του ίδιου του νοσηλευτικού προσωπικού, κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς. Οι εν λόγω δυσκολίες είναι αρκετές και η αλήθεια είναι

πως η διεθνής βιβλιογραφία στερείται πληθώρας γνώσης αναφορικά με τη διαδικασία της διαπολιτισμικής φροντίδας των ασθενών με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Το γεγονός αυτό καθιστά το έργο των νοσηλευτών ακόμη πιο δύσκολο.²⁶

Οι δυσκολίες που συνήθως αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν ως εξής: α) δυσκολία στη γλώσσα και κατά επέκταση στην επικοινωνία, όταν η ομιλούμενη γλώσσα του ασθενή δεν είναι κατανοητή από το νοσηλευτικό προσωπικό ή η ομιλούμενη γλώσσα του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι κατανοητή από τον ασθενή, β) έλλειψη γνώσης εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών, μία δυσκολία η οποία έχει την αφετηρία της στα ίδια τα εκπαιδευτικά συστήματα, καθώς έρευνες δείχνουν πως ελάχιστες είναι οι γνώσεις που αποκομίζουν οι νοσηλευτές αναφορικά με τις πολιτισμικές διαφορές κατά τα χρόνια των σπουδών τους γ) δυσκολία στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων, δ) δυσκολία στην επεξήγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ε) έλλειψη εναλλακτικών τρόπων διατροφής οι οποίοι είναι σύμφωνοι με τις πολιτισμικές προτιμήσεις και συνήθειες του ασθενή.²⁵

Για την άμβλυνση των παραπάνω οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας τις τυχόν ιδιαιτερότητες των ασθενών τους. Με άλλα λόγια και ενδεικτικά, να προσέχουν τον τρόπο προσφώνησης καθώς δεν είναι κοινοί σε όλους τους πολιτισμούς και ενδέχεται να δημιουργήσουν παρεξηγήσεις, να γνωρίζουν τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες η οπτική επαφή θεωρείται αγένεια, να γνωρίζουν τις διαφορετικές ερμηνείες των χειρονομιών ανά πολιτισμό, να γνωρίζουν τις ορθές (άρα αποδεκτές) πρακτικές, όπως αυτές ενδέχεται να ορίζονται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών, αναφορικά με τη θεραπεία μίας ασθένειας κ.ά.²⁵

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα χρήσιμος μπορεί να αποδειχθεί ο θεσμός του διαπολιτισμικού μεσολαβητή. Συγκεκριμένα, η αξιοποίηση ενός ατόμου – μεσολαβητή - ο οποίος καλείται να λειτουργήσει ως διάυλος επικοινωνίας ανάμεσα στους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή και στις υπηρεσίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Σκοπός αυτού είναι να διασφαλίσει τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενή όπως είναι η κατανόηση της σοβαρότητας του προβλήματος υγείας που αυτός αντιμετωπίζει και ο ορθός τρόπος θεραπείας του.²⁷ Περισσότερα αναφορικά με τις πρακτικές παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς αναφέρονται παρακάτω.

2.3. Προσεγγίζοντας διαφορετικούς πολιτισμούς

Προτού γίνει, λοιπόν, μία βαθύτερη ανάλυση του τρόπου παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, κρίνεται σημαντικό να αναφερθούν οι τρόποι με τους οποίους δύναται το νοσηλευτικό προσωπικό να προσεγγίζει τους διαφορετικούς πολιτισμούς. Συγκεκριμένα και βάσει της βιβλιογραφίας υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις του πολιτισμού.

Η πρώτη προσέγγιση στην οποία επικεντρώνεται και το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας, εστιάζει στις *γνωστικές πτυχές* του πολιτισμού (δηλαδή στις αξίες, στις πεποιθήσεις και στις παραδόσεις). Αυτή η προσέγγιση, ωστόσο, εκλαμβάνει τον πολιτισμό ως κάτι στατικό και αμετάβλητο. Δε λαμβάνει υπόψη την ποικιλομορφία που δύναται να υπάρξει εντός των ομάδων. Συνιστά να μάθουμε για τον πολιτισμό συγκεκριμένων ομάδων ο οποίος κατά την εν λόγω προσέγγιση ισχύει για όλους τους ανθρώπους που ανήκουν στην οικεία ομάδα. Αυτή η προσέγγιση του πολιτισμού συνήθως οδηγεί σε στερεότυπα αλλά και σε αδυναμία να προσδιοριστούν οι ατομικές ανάγκες του ατόμου που λαμβάνει τη φροντίδα.²⁸ Συνεπώς, πρόκειται για μία προσέγγιση η οποία δε συνίσταται, τουλάχιστον στον τομέα της Νοσηλευτικής.

Η δεύτερη προσέγγιση ενσωματώνει τον πολιτισμό μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, εστιάζοντας στην κοινωνική θέση αυτού. Σκοπός της είναι να εξηγήσει την κατάσταση της υγείας και τα ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία του ασθενή παρά να εξηγήσει τις ατομικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις γενικότερα. Περιλαμβάνει προοπτικές σχετικά με τον αντίκτυπο της αποικιακής διαδικασίας στις συνεχιζόμενες σχέσεις των ιθαγενών και των μη ιθαγενών και πώς αυτό επηρεάζει την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.²⁸

2.3.1. Επικοινωνία

Για να υπάρξει, όμως, μία αποτελεσματική προσέγγιση και επακόλουθα αποτελεσματική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας βασική προϋπόθεση είναι να αναπτυχθεί μία ποιοτική επικοινωνία. Μία επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού ή γενικότερα των επαγγελματιών υγείας και ασθενή ή ακόμη και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, να αναπτυχθούν διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες να βασίζονται στην εμπιστοσύνη και στην αποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία αποτελεί μία διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο αλληλεπιδρά με ένα άλλο άτομο αξιοποιώντας τον λόγο, γραπτό ή προφορικό, τις χειρονομίες και

γενικότερα τη γλώσσα του σώματος. Μάλιστα, βάσει ερευνών που έχουν διεξαχθεί η ποιοτική επικοινωνία ορίζεται ως καίριας σημασίας, διότι έχει αποδειχθεί πως συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και σε βελτιωμένα αποτελέσματα. Συνεπώς, στην μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.²⁹

2.3.1.1. Επικοινωνία με άτομα διαφορετικού πολιτιστικού υπόβαθρου

Αυτό το οποίο προέχει, λοιπόν, όταν το νοσηλευτικό προσωπικό βρεθεί αντιμέτωπο με ασθενή διαφορετικού πολιτιστικού υποβάθρου, είναι να διευκρινιστεί αν το άτομο μιλά και κατανοεί την ελληνική γλώσσα. Αν όχι κρίνεται αναγκαίο να αναζητηθεί ένας διερμηνέας. Οι περισσότεροι φορείς της υγειονομικής φροντίδας διαθέτουν κατάλογο με διερμηνείς οι οποίοι μπορούν να κληθούν για να βοηθήσουν. Ωστόσο, η επιλογή του διερμηνέα θα πρέπει να γίνει προσεκτικά αφού σε μερικούς πολιτισμούς δεν συνηθίζετε ένα ηλικιωμένο άτομο να δέχεται οδηγίες από ένα νεότερης ηλικίας άτομο (π.χ. στο Ισλάμ). Συνεπώς, στην εν λόγω περίπτωση θα πρέπει να αναζητηθεί ένας διερμηνέας μεγαλύτερης ηλικίας από τον ασθενή.³⁰

2.3.2. Μη λεκτική επικοινωνία

Πέραν της λεκτικής επικοινωνίας, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται και στη μη λεκτική επικοινωνία. Μάλιστα, η αποτυχία της μη λεκτικής επικοινωνίας έχει συνδεθεί στον χώρο της υγείας άμεσα με την δυσαρέσκεια και την στεναχώρια του ασθενή. Ενώ, εσφαλμένα κυριαρχεί η άποψη ότι οι δεξιότητες της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι περισσότερο προσόντα έμφυτα παρά δεξιότητες οι οποίες αποκτώνται μέσω της κατάλληλης μελέτης και εκμάθησης. Έρευνες δείχνουν πως η εκπαίδευση των δεξιοτήτων της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι σημαντική για την ανάπτυξη της επίγνωσης της επικοινωνιακής διαδικασίας, με αποτέλεσμα την βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή.³¹

Παρακάτω αναλύονται ορισμένοι τομείς της μη λεκτικής επικοινωνίας και το πώς αυτές πρέπει να αξιοποιούνται από το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό στο πλαίσιο της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

2.3.2.1. Η Σωματική επαφή

Το άγγιγμα γενικότερα μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε για να τραβήξει την προσοχή των άλλων είτε για να μεταφέρει κάποιο συναίσθημα. Τις περισσότερες φορές η εν λόγω κίνηση λαμβάνει χώρα για καλό σκοπό, δηλαδή δείχνεται κατά αυτόν τον τρόπο φιλικότητα, συμπαράσταση κ.λπ. απέναντι σε αυτόν που αποδέχεται την κίνηση αυτή. Ωστόσο, στον χώρο της υγείας το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει πρώτα να έχει την σύμφωνη γνώμη του ασθενή για να τον αγγίξει. Διότι, η σωματική επαφή είναι δυνατόν από τη μία να αποτελέσει ισχυρή ένδειξη φροντίδας, ενδιαφέροντος και συμπαράστασης από την άλλη, όμως, ενδέχεται να αποτελεί και ισχυρή ένδειξη ισχύος φέρνοντας σε δύσκολη θέση τους ασθενείς. Με άλλα λόγια, το άγγιγμα του ασθενή θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί διακριτικά λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη το πολιτιστικό υπόβαθρο και τα προσωπικά πιστεύω του ασθενή σε σχέση με το άγγιγμα ενός αγνώστου.³⁰



Εικόνα 1: Το άγγιγμα χεριών ως τρόπος επικοινωνίας

Το άγγιγμα το οποίο υποδηλώνει συμπαράσταση και βοήθεια εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα. Σε μια μελέτη αναλύθηκαν τριάντα τέσσερις (34) βιντεοσκοπημένες πρώτες συναντήσεις ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι όσο περισσότερο άγγιζε το νοσηλευτικό προσωπικό τους ασθενείς τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι έμεναν οι τελευταίοι. Το γεγονός αυτός εξηγήθηκε από τους ειδικούς ως παρερμηνεία της σωματικής επαφής. Δηλαδή οι ασθενείς πιθανόν να παρερμηνεύσαν την σωματική επαφή, εκλαμβάνοντας την όχι ως ένδειξη συμπαράστασης αλλά ως ένδειξη επιβολής και ισχύος. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό, κατά τους ίδιους, θα έπρεπε να είχε αναπτύξει μια

συναισθηματική σχέση με τους ασθενείς τους πριν τους αγγίξει. Ένα, ακόμη, εύρημα ήταν ότι οι ασθενείς που τους είχαν αγγίξει περισσότερο είχαν κατανοήσει λιγότερα από όσα τους είχαν πει οι νοσηλευτές. Πιθανώς αυτή η επαφή κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης τους αποσπούσε την προσοχή ή τους είχε φέρει σε δύσκολη θέση ή αμηχανία. Το νοσηλευτικό προσωπικό, λοιπόν, πρέπει να λάβει υπόψη του πως ο ασθενής θα ερμηνεύσει το άγγιγμα, προτού εκφράσει το ενδιαφέρον του κατά αυτόν τον τρόπο.³¹

2.3.2.2. Γειτνίαση

Όταν λαμβάνει χώρα μία επικοινωνία, μία άλλη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη είναι η σωματική απόσταση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή. Αυτή πρέπει να είναι η κατάλληλη (Εικόνα 2: Αποστάσεις των τεσσάρων ζωνών της γειτνίασης σύμφωνα με τον R.H. Ruhleder). Η μη επίτευξη της κατάλληλης απόστασης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αναταραχή της συζήτησης. Το φαινόμενο αυτό βασίζεται στη θεωρία ότι υπάρχουν αποστάσεις μεταξύ των ανθρώπων στις διάφορες επικοινωνιακές περιστάσεις τις οποίες μπορεί να αισθανθεί κανείς υποσυνείδητα. Αυτές οι αποστάσεις εξαρτώνται άμεσα από την κουλτούρα, την εθνικότητα, τη φυλή, το κοινωνικό επίπεδο, το φύλο και την ηλικία του κάθε ανθρώπου.³¹

Σχήμα 1. Αποστάσεις των τεσσάρων ζωνών της γειτνίασης (σύμφωνα με τον R.H Ruhleder)				
	Οικεία απόσταση	Προσωπική απόσταση	Κοινωνική/ επαγγελματική απόσταση	Απόσταση δημόσιας ομιλίας
Πιο εσωστρεφή άτομο	0,40μ- 1,50μ	1,50μ- 2,00μ	2,00μ- 4,00μ	Από 4,00μ
Πιο εξωστρεφή άτομο	0,30μ –0,50μ	0,40μ- 1,50μ	1,50μ- 3,00μ	Από 3,00μ
Άγνωστο άτομο	Σε θέση 0,50μ	0,50μ- 1,50μ	1,50μ –3,00μ	Από 3,00μ

Εικόνα 2: Αποστάσεις των τεσσάρων ζωνών της γειτνίασης

2.3.2.3. Τρόπος καθίσματος

Ένα επιπλέον αξιοσημείωτο στοιχείο προσέγγισης του ασθενή είναι ο τρόπος καθίσματος. Υπάρχουν δύο τρόποι καθίσματος που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις συζητήσεις μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο πρώτος είναι αυτός του πρόσωπο με πρόσωπο και ο δεύτερος αυτό από θέσεις με κάποια γωνία.³²

Η θέση πρόσωπο με πρόσωπο είναι αυτή που συνήθως δείχνει ότι ο ένας είναι συγκεντρωμένος στον άλλον. Άρα, πρόκειται για έναν τρόπο καθίσματος που φανερώνει ίσως και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή προς τον ασθενή. Ωστόσο, αυτό δεν είναι πάντα ευχάριστο για μερικούς ανθρώπους. Μερικοί άνθρωποι από διαφορετικούς πολιτισμούς αισθάνονται με τον τρόπο αυτό να έρχονται αντιμέτωποι με τον άλλον, να έρχονται σε μετωπική επίθεση.³²



Εικόνα 3: Θέση πρόσωπο με πρόσωπο

Η θέση με κάποια γωνία, από την άλλη, έχει αρκετά πλεονεκτήματα. Πρωτίστως, αποφεύγεται η αναπόφευκτη μετωπική επίθεση από κάποιον που κάθεται πρόσωπο με πρόσωπο. Ενώ, η διακύμανση της γωνίας δίνει χώρο και στους δύο συμμετέχοντες να κινούνται με συγκεκριμένη ελαστικότητα. Τέλος, η απόσταση μεταξύ των δύο μπορεί να κυμαίνεται ευκολότερα, παρόλο που δεν θα πρέπει να ξεπερνάει την ακτίνα των 90 έως 150 εκατοστών. Μεγαλύτερες αποστάσεις μπορεί να ερμηνευτούν ως έλλειψη ενδιαφέροντος, αλλά μικρότερες μπορεί να ερμηνευτούν ως εισβολή του προσωπικού χώρου και να απελευθερώσουν ανησυχία και επιθετικότητα.³²

2.4. Θρησκευτική πίστη στον χώρο του νοσοκομείου

Κλείνοντας με τον τομέα της επικοινωνίας στην προσπάθεια προσέγγισης ασθενών με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο, ο λόγος στη συνέχεια επικεντρώνεται στη θρησκευτικότητα. Εξάλλου το θρήσκευμα αποτελεί ένα από τα βασικότερα γνωρίσματα που διαφοροποιούν τους πολιτισμούς μεταξύ τους και η παρουσία του στον χώρο του νοσοκομείου δεν εκλείπει, ιδίως για τους μη Δυτικούς πολιτισμούς. Ειδικότερα, παρότι με το πέρασμα των χρόνων ορισμένες αντιλήψεις ξεπεράστηκαν ή καλύτερα εκλογικεύτηκαν, η θρησκευτική πίστη συνεχίζει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ιστορίας του ανθρώπου.³³

Το θρησκευτικό συναίσθημα των ανθρώπων είναι εκείνο το οποίο προκαλεί την επίδραση της θρησκευτικής πίστης η οποία ειδικά στον χώρο του Νοσοκομείου διαπλέκεται σε σημαντικό βαθμό με τις γνώσεις της επιστήμης της Ιατρικής. Συγκεκριμένα, η πεποίθηση ότι η ασθένεια οφείλεται στην παρέμβαση κάποιων υπερφυσικών δυνάμεων και ότι διάφορα τελετουργικά συντελούν στην αποτροπή της κακής επιρροής αυτών, συνδέει το θέμα της υγείας με τη θρησκεία στο χώρο του νοσοκομείου.³³

Μάλιστα, η θρησκεία μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου είναι συνυφασμένη σε μεγάλο βαθμό με την ίδια την κουλτούρα του Νοσοκομείου. Έτσι, φράσεις όπως: «Η επιστήμη έκανε ότι μπορούσε τώρα ας προσευχηθούμε...», «...τώρα ο Θεός ας βάλει το χέρι του...» ή «... η επιστήμη σηκώνει ψηλά τα χέρια ...» λαμβάνουν χώρα στην καθημερινή επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας. Ως εκ τούτου, η ιατρική επιστήμη κατά εξαίρεση από όλες τις άλλες επιστήμες, έχει πάντα δίπλα της έναν μεγάλο παραστάτη, τη θρησκεία, όπου ο ασθενής αλλά και επαγγελματίας υγείας στηρίζει τις ελπίδες του όταν πια δεν μπορεί να κάνει κάτι περισσότερο από αυτά που επιβάλλει η επιστήμη.³³

Η θρησκευτική πίστη δηλώνει παρούσα στα νοσοκομεία, όπως προειπώθηκε, και από τη μεριά των ασθενών. Έτσι, οι ασθενείς παράλληλα με τις πρακτικές της ιατρικής, αναζητούν ανακούφιση και από τον θείο. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες στρέφουν τις ικεσίες και τις προσευχές τους στους Άγιους, προκειμένου εκείνοι να μεσολαβήσουν για χάρη τους στο Θεό.³³



Εικόνα 4: Ινδουιστής ασθενής

Επιπρόσθετα, εικόνες ή άλλα ιερά σύμβολα άλλοτε προϋπάρχουν στους θαλάμους των ελληνικών νοσοκομείων ή μπορεί οι ίδιοι οι ασθενείς να φέρουν μαζί τους κάποιο ιερό σύμβολο, ως προσωπικό τους αντικείμενο.³³



Εικόνα 5: Ιερό σύμβολο - φυλαχτό των μουσουλμάνων, ως περιδέραιο

2.4.1. Θρησκεία και θάνατος

Συνεχίζοντας, μια από τις πιο περίπλοκες πλευρές του κλάδου της Νοσηλευτικής είναι αυτή της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τον ασθενή τη στιγμή που ο τελευταίος αποβιώνει. Την εν λόγω στιγμή το συναισθηματικό άγγιγμα του ενός προς τον άλλον είναι μια πολύτιμη θεραπευτική και πνευματική εμπειρία. Συνεπώς, το πώς ο κάθε ασθενής εκλαμβάνει τον θάνατο βάσει της θρησκευτικής του πεποίθησης αποτελούν πληροφορίες τις οποίες

το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να γνωρίζει στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής φροντίδας.³⁴ Για τον σκοπό αυτό ευθύς αμέσως παρατίθενται ορισμένες αντιλήψεις περί του θανάτου σε ορισμένες – ενδεικτικές - θρησκείες. Ειδικότερα, στον βουδισμό, στον Ιουδαϊσμό, στον Ισλάμ και στον Ινδουισμό.

2.4.1.1. Βουδισμός

Ο βουδισμός αποτελεί μια θρησκεία η οποία είναι βασισμένη στη διδασκαλία του Siddhartha Gautama, κοινώς, Βούδα. Γεννήθηκε και έζησε σε μία βασιλική οικογένεια στην περιοχή του Νεπάλ κατά το τέλος του 5^{ου} και αρχές του 6^{ου} αιώνα π.Χ.. Στη ηλικία των 29 ετών και επιθυμώντας να αναζητήσει το νόημα της οδύνης που αντίκριζε γύρω του, εγκατέλειψε τις ανέσεις του οίκου. Σήμερα, ο αριθμός των οπαδών του βουδισμού ξεπερνά τα τριακόσια πενήντα (350) εκατομμύρια βουδιστές παγκοσμίως. Στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός τους κυμαίνεται μεταξύ πέντε (5) και δέκα (10) χιλιάδων.⁴⁰

Στον βουδισμό κυριαρχεί η ιδέα των πολλών ζωών, όπου η μία ζωή διαδέχεται την άλλη. Έτσι, πολύ περισσότερο αντιλαμβάνεται τον θάνατο ως ένα ξύπνημα σε μία νέα ζωή. Στον βουδισμό, συνεπώς, υπάρχει η έννοια της *συνέχειας*. Τα πάντα αποτελούν μια συνεχή εναλλαγή και ο θάνατος απλώς αποτελεί μια ενδιάμεση κατάσταση, δηλαδή το πέρασμα από τη μία ζωή στην άλλη. Σύμφωνα με τη βουδιστική παράδοση, ο νεκρός πέφτει σε έναν βαθύ ύπνο ο οποίος διαρκεί τρεισήμισι ημέρες και κατά τη διάρκεια του οποίου μπορεί να βιώσει την απόλυτη αλήθεια, όλα αυτά που διαλογίστηκε στη ζωή του. Ύστερα, τον ξυπνά η συνείδησή του και τότε ο νεκρός αντιλαμβάνεται ότι έχει πεθάνει αφήνοντας το σώμα του. Η εν λόγω φάση την οποία ακολουθεί η έναρξη της επόμενης ζωής, εμπεριέχει αίσθηση οδύνης εξαιτίας της απώλειας των οικείων προσώπων.⁴⁰

Από την ημέρα που η συνείδηση του νεκρού ξυπνά και μέσα σε σαράντα εννέα (49) ημέρες γίνεται η επόμενη επαναγέννηση, κατά τον βουδισμό. Ωστόσο, για το ποια θα είναι η επόμενη ζωή ενός ανθρώπου αυτό καθορίζεται από τις πράξεις της προηγούμενης του ζωής. Συνεπώς, ότι μαζέψει κανείς στη διάρκεια της ζωής του, αυτό αποτελεί την προίκα της επόμενης του ζωής. Σύμφωνα με τη βουδιστική παράδοση δεν υπάρχει κάποιος Θεός-δημιουργός, αλλά την εξέλιξη τη φτιάχνει ο καθένας μόνος του. Η μοίρα, λοιπόν, του ανθρώπου δεν είναι τυχαία. Δομείται σύμφωνα με τις πράξεις, τις σκέψεις ή τον λόγο των ανθρώπων.⁴⁰

2.4.1.2. Ιουδαϊσμός

Η έννοια του θανάτου στον Ιουδαϊσμό είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την καθημερινότητα των ζωντανών ανθρώπων, αλλά η ίδια η φύση της οικείας έννοιας δεν είναι καθορισμένη. Μάλιστα, η όλη έννοια της ζωής που υπάρχει μετά το θάνατο δεν επέχει κάποια κεντρική θέση στην εβραϊκή θεολογία. Επίσης, ούτε υπάρχει κάποια συγκεκριμένη άποψη αναφορικά με τη μεταθανάτια ζωή. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει πως η εβραϊκή θρησκεία δεν πιστεύει σε κάποιου είδους μεταθανάτιας ζωής. Ωστόσο, δε διαθέτει τις έννοιες *παράδοση* και *κόλαση* όπως τις διαθέτει η χριστιανική θρησκεία. Ο Ιουδαϊσμός επικεντρώνεται, κυρίως, στο σήμερα.⁴⁰

Ο Ιουδαϊσμός εκλαμβάνει το δώρο της ζωής ως κάτι πολύτιμο. Για τον λόγο αυτό δεν επιτρέπονται οι ευθανασίες ή οποιαδήποτε προσπάθεια πρόκλησης βλάβης στον άνθρωπο είτε από τον ίδιο είτε από άλλους. Ακόμη, και όταν ο άνθρωπος βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, δηλαδή την ώρα που αποθνήσκει, δεν επιτρέπεται ούτε να κινήσει κανείς τα χέρια του, εάν με την κίνηση αυτή θα πεθάνει γρηγορότερα. Ο θάνατος όπως και η ζωή, στον Ιουδαϊσμό, αποτελούν μέρος του σωτηριώδους σχεδίου του Θεού για τον άνθρωπο. Ενώ, ο πόνος και τα δάκρυα αποτελούν σπουδαίας σημασίας στοιχεία για την πνευματική εξέλιξη του ανθρώπου και εκλαμβάνονται ως στοιχεία τα οποία εξαγνίζουν την ψυχή του.⁴⁰

Τέλος, ο νεκρός κατά τον Ιουδαϊσμό πρέπει να θάβεται το συντομότερο δυνατό, μετά το θάνατό του. Αποτελεί έθιμο το σώμα του νεκρού να είναι ντυμένο στα λευκά. Ενώ, η ταρίχευση και η αποτέφρωση των νεκρών απαγορεύονται αυστηρά.⁴⁰

2.4.1.3. Ισλάμ

Η νεώτερη από τις μεγάλες και ζωντανές σήμερα θρησκείες, παγκοσμίως, είναι το Ισλάμ. Πρωτοεμφανίστηκε περίπου το 610 μ.Χ. στη Μέκκα, τόπο που φυλασσόταν το ιερό του αραβικού κόσμου, η Κάαμπα (σύμβολο του Ισλάμ). Ενώ, σταθεροποιήθηκε το 622 στη Μεδίνα.⁴¹

Βάσει του Ισλάμ, η μέλλουσα ζωή του ανθρώπου δεν τελειώνει με τον θάνατό του. Επικρατεί η άποψη πως μετά τον θάνατο αρχίζει μία νέα ζωή, η οποία είναι, κατά πολύ, ανώτερη της παρούσας. Μάλιστα, στο Κοράνιο (ιερό βιβλίο του Ισλάμ), παρά τις εγκόσμιες περιγραφές περί αγαθών κ.ά. της παρούσας ζωής, ισχυρή είναι η προσδοκία της ύπαρξης ενός άλλου κόσμου. Ενός κόσμου ο οποίος θα είναι σαφώς καλύτερος του παρόντος. Το Ισλάμ δεν αρνείται σε ουδεμία

περίπτωση τον παρόντα κόσμο. Μάλιστα, θεωρεί τα αγαθά του ως δώρα Θεού. Ωστόσο, δέχεται πως ο παρών κόσμος βρίσκει την πληρότητά του στην άλλη ζωή. Συνεπώς, ο θάνατος στο Ισλάμ δε θα σημάνει το τέλος της ανθρώπινης ζωής, αλλά το πέρασμα σε μία άλλη ζωή καλύτερης της παρούσας.

Για το Ισλάμ, επίσης, η ζωή αποτελεί ύψιστη αξία. Το δικαίωμα για ζωή, μάλιστα, προστατεύεται από το Μουσουλμανικό δίκαιο. Έτσι, απαγορεύονται οι ευθανασίες, οι εκτρώσεις αλλά και οι θάνατοι οι οποίοι προέρχονται από αυτοχειρία. Τέλος, οι νεκροί κατά το Ισλάμ πρέπει τοποθετούνται με κατεύθυνση τη Μέκκα, τόπο γέννησης του Ισλάμ. Ενώ, η μη παρουσία ενός συγγενικού προσώπου κοντά στον νεκρό έως ότου αυτός ταφεί αποτελεί πράξη ασέβειας κατά το ισλάμ.⁴¹

2.4.1.4. Ινδουισμός

Τέλος, ο Ινδουισμός θεωρείται η αρχαιότερη θρησκεία του κόσμου. Έχει τις ρίζες του στην εποχή του Σιδήρου και αποτελεί την τρίτη μεγαλύτερη θρησκεία παγκοσμίως. Ο αριθμός των πιστών του Ινδουισμού αγγίζει σχεδόν το ένα δισεκατομμύριο. Από αυτούς, σε ποσοστό άνω του 90% κατοικεί στην Ινδία. Συνεπώς, θα έλεγε κανείς πως πρόκειται για μία Ινδική θρησκεία.⁴¹

Ο Ινδουισμός πιστεύει στη μετενσάρκωση. Για αυτό ο θάνατος δεν θεωρείται μεγάλο κακό. Θάνατος για τον Ινδουισμό σημαίνει απλά μια προσωρινή διακοπή των φυσικών δραστηριοτήτων του ανθρώπου. Κατά το θάνατο η ψυχή φεύγει και πηγαίνει σε ένα άλλο άγνωστο κόσμο για μικρό διάστημα και επανέρχεται μέσα σε άλλο ζωντανό ον.⁴¹

Οι Ινδουιστές μετά το θάνατο καίνε τα πτώματα. Ο άνθρωπος, σύμφωνα με τη θρησκεία αυτή, αποτελείται από πέντε στοιχεία: φωτιά, χώμα, νερό και αέρα (γήινα στοιχεία) και τον αιθέρα που δίδεται από ανώτερα επίπεδα ζωής, υπερφυσικά. Με την καύση τα στοιχεία επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους.⁴¹

2.4.1.5. Η στιγμή του θανάτου

Εν όψει του επικείμενου θανάτου, λοιπόν, το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να γνωρίζει το τι ακριβώς επιθυμεί ο ασθενής και το τι ορίζουν οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις. Παράλληλα, το βέβαιο είναι πως ο ασθενής την εν λόγω στιγμή βιώνει μια ιδιαίτερα ανάγκη για στήριξη και

προσοχή. Έτσι, σε αυτές τις ειδικές περιπτώσεις, είναι σημαντικό να είναι οι νοσηλευτές ειλικρινείς, επαγγελματίες και επιδέξιοι στην επικοινωνία με τον ασθενή.³⁵

Στις περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής έχει διαφορετικό ηθικό αντιληπτικό πλαίσιο, η διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού αρκετές φορές προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ ασθενών, οικογένειας και επαγγελματιών υγείας. Για την υπερπήδηση αυτών των δυσκολιών, προτείνεται οι αποφάσεις να βασίζονται στις τέσσερις βασικές οικουμενικές αρχές της βιοηθικής. Δηλαδή την αυτονομία, τη δικαιοσύνη, την ωφέλεια και τη μη βλάβη.³⁷

Επίσης, μία άλλη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η παρουσία των συγγενικών προσώπων κοντά στον ασθενή την ώρα που αποβιώνει. Συνεντεύξεις από μέλη οικογενειών ατόμων που είχαν πεθάνει (διαφόρων πολιτιστικών υποβάθρων), έδειξαν ότι η παρουσία δίπλα στο αγαπημένο τους πρόσωπο κατά το χρόνο του θανάτου ήταν μια σημαντική ανάμνηση για αυτούς. Η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήθελαν να είναι δίπλα στον ετοιμοθάνατο ασθενή. Ενώ, από εκείνους που δεν ήταν παρόντες στο θάνατο, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είχαν προγραμματίσει να είναι παρόντες και κάποιοι ανέφεραν αισθήματα ενοχής εξαιτίας της απουσίας τους.³⁶

2.5. Θρήνος και πολιτισμός

Προχωρώντας, ένα άλλο ερώτημα το οποίο δύναται να απασχολήσει τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική είναι εάν ο τρόπος εκδήλωσης του θρήνου είναι όμοιος σε όλους τους πολιτισμούς ή διαφέρει μεταξύ τους; Το έργο του σύγχρονου νοσηλευτικού προσωπικού δεν περιορίζεται κατά αποκλειστικά στον ασθενή αλλά εκτείνεται και στο περιβάλλον του, δηλ. στα συγγενικά του πρόσωπα. Έτσι, η ανακοίνωση του θανάτου ενός ασθενή ή ακόμη και η συμπαράσταση (στις πρώτες στιγμές) στα άτομα που χάνουν κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο πλαισιώνουν, επίσης, το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού. Συνεπώς, η γνώση του τρόπου εκδήλωσης του θρήνου των διαφόρων πολιτισμών κρίνεται σημαντικός. Το σίγουρο είναι ότι το κλάμα αποτελεί την πιο χαρακτηριστική εκδήλωση του θρήνου. Συναντάται σχεδόν σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, όπου υπάρχει κλάμα δεν υπάρχει πάντοτε και θρήνος.³⁸

Έχουν καταγραφεί και διαφορετικοί, έως παράδοξοι για τους δυτικούς πολιτισμούς, τρόποι εκδήλωσης του θρήνου. Για παράδειγμα στους κατοίκους του Μπαλί (νησί της Ινδονησίας)οι οποίοι έχουν χάσει κάποιο δικό τους άνθρωπο κυριαρχεί το χαμόγελο και απουσιάζει το κλάμα.

Βέβαια αυτό δε σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι δε θρηνούν. Αλλά για τους κατοίκους του Μπαλί αυτή η αντίδραση φανερώνει την απεγνωσμένη προσπάθεια των πολιτών να ελέγξουν τα συναισθήματά τους, να συγκρατήσουν τα δάκρυά τους. Με άλλα λόγια, το χαμόγελό τους ακόμα και σε τραγικά συμβάντα αποτελεί μία προσπάθεια να ελεγχθεί η συναισθηματική τους αντίδραση. Οι κάτοικοι του Μπαλί γνωρίζουν ότι θα κλάψουν, αν δεν πιάσουν τον εαυτό τους να εκφραστεί με τον αντίθετο τρόπο.³⁸

Ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται και στους Ιάπωνες. Οι Ιάπωνες ενώ θρηνούν, χαμογελούν στους άλλους. Ωστόσο, ο λόγος που αντιδρούν κατά αυτόν τον τρόπο δεν είναι να ελέγξουν τα συναισθήματά τους, όπως οι κάτοικοι του Μπαλί, αλλά για να μην επιβαρύνουν τους άλλους με τη θλίψη τους.³⁸

Στον αντίποδα αυτών των δύο παραδειγμάτων προστίθεται μία μουσουλμανική κοινότητα της Αιγύπτου. Σε αυτήν την κοινότητα ενθαρρύνεται το κλάμα. Έτσι, οι πενθούντες βυθίζονται στο δικό τους πόνο, μέσα σε μια ατμόσφαιρα η οποία παρασύρει όσους παρευρίσκονται να αναφερθούν σε τραγικές ιστορίες και να εκδηλώσουν την οδύνη τους.³⁹

Γίνεται φανερό ότι ο κάθε πολιτισμός διαθέτει τον δικό του τρόπο αντιμετώπισης του θρήνου. Έτσι, σε ένα πολιτισμό μπορεί η εκδήλωση του θρήνου να είναι αναμενόμενη και να θεωρείται φυσιολογική, σε έναν άλλο πολιτισμό, όμως, αυτό που επιδιώκεται είναι η καταστολή κάθε εκδήλωσης του θρήνου.³⁸

Εάν επιχειρούσε κανείς να κατηγοριοποιήσει τις εκδηλώσεις του θρήνου τότε θα αναφερόταν σε τρόπους εκδήλωσης του θρήνου των Δυτικών κοινωνιών και σε τρόπους εκδήλωσης του θρήνου των μη Δυτικών κοινωνιών. Οι αποδεκτοί τρόποι αντιμετώπισης του θρήνου των Δυτικών κοινωνιών περιλαμβάνουν τη διεργασία του θρήνου. Η διεργασία του θρήνου ορίζεται ως μια γνωστική διεργασία η οποία επιτρέπει την αντιμετώπιση της πραγματικότητας (τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου) και περιλαμβάνει εστίαση σε αναμνήσεις και προσπάθεια αποδέσμευσης από τον νεκρό. Με άλλα λόγια, για να συμφιλιωθεί κανείς με ένα βαρύ πένθος στις Δυτικές κοινωνίες, είναι απαραίτητο να επεξεργαστεί την απώλεια.³⁸

Όσο φυσικό και αν φαίνεται αυτό στη Δύση, δεν αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Για να γίνει πιο ξεκάθαρη η εν λόγω διατύπωση θα αναφερθούν συγκριτικά δύο διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, οι Χορί από την Αριζόνα και οι Ιάπωνες. Στους Χορί η κηδεία αποτελεί μια σύντομη διαδικασία και γίνεται προσπάθεια προκειμένου να ξεχαστεί όσο πιο γρήγορα γίνεται. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι το γεγονός ότι οι Χορί φοβούνται το θάνατο και τους νεκρούς. Οι ζωντανοί

προσπαθούν να ξεχάσουν το νεκρό όσο πιο γρήγορα γίνεται και να συνεχίσουν τη ζωή τους. Ενώ, γίνονται πολλές τελετουργίες για να σπάσει ο δεσμός ανάμεσα στους θνητούς και τα πνεύματα. Δεν θέλουν να θυμούνται το νεκρό με κανένα τρόπο και για κανένα λόγο ενώ σε καμία περίπτωση δεν αναγνωρίζεται και δεν επαινείται η συμβολή του αποθανόντα στην κοινωνία.³⁸

Εντελώς διαφορετικά, όμως, αντιδρούν οι Ιάπωνες. Οι Ιάπωνες θεωρούν ότι οι νεκροί γίνονται πρόγονοι και αυτό είναι σημαντικό γιατί μπορούν να συνεχίσουν να διατηρούν επαφή με το άτομο που έφυγε. Ο σχετικά εύκολος τρόπος που αποδέχονται την απώλεια οι χήρες στην Ιαπωνία σε σύγκριση με τη Δύση αποδίδεται στο γεγονός ότι πιστεύουν στη μεταθανάτιο ζωή για τους νεκρούς και καλλιεργούν την αίσθηση ότι οι νεκροί συνεχίζουν να υπάρχουν ως πρόγονοι.³⁸

Συνεπώς, αυτό το οποίο οφείλει να κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να βοηθήσει τα άτομα που πενθούν από άλλες κουλτούρες είναι να μάθει και να γνωρίζει τι πραγματικά χρειάζονται τα άτομα αυτά. Διότι, οι επιθυμίες τους μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές από αυτό που το νοσηλευτικό προσωπικό υποθέτει ότι έχουν ανάγκη. Ενώ, δε θα πρέπει να λησμονείται και η σοβαρότητα των στιγμών αυτών. Οι στιγμές του θανάτου και του πένθους είναι ιδιαίτερα σημαντικές καθώς είναι η στιγμή που ένα κεφάλαιο φτάνει στο τέλος του και ένα άλλο ξεκινά για τον ζώντα άνθρωπο.⁴²

2.6. Ειδικοί κανόνες διαχείρισης ασθενών

Κλείνοντας το δεύτερο κεφάλαιο, ο λόγος θα επικεντρωθεί σε ειδικούς κανόνες διαχείρισης ασθενών με διαφορετικό θρήσκευμα κατά τη διάρκεια παροχής διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας.

2.6.1. Μουσουλμάνοι ασθενείς

Ιδιαίτεροι είναι οι κανόνες οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αποφυγή τυχόν προβλημάτων με μουσουλμάνους ασθενείς. Το Ισλάμ τοποθετεί την ευθύνη της άσκησης των θρησκευτικών υποχρεώσεων στο ίδιο το άτομο. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας να συζητούν με τον ασθενή τις όποιες θρησκευτικές ανάγκες ή υποχρεώσεις του.

2.6.1.1. Βασικά ζητήματα στον χώρο του Νοσοκομείου

Ορισμένα βασικά θέματα τα οποία δύναται να συζητηθούν με μουσουλμάνους ασθενείς στον χώρο του Νοσοκομείου είναι η *πλύση και το λουτρό*, η *προσευχή* και οι *διατροφικές ανάγκες και συνήθειες* των ασθενών.⁴⁴

Το *πλύσιμο με νερό* είναι μια απαραίτητη διαδικασία και λαμβάνει χώρα πριν από κάθε προσευχή για τους μουσουλμάνους. Στις περιπτώσεις, ωστόσο, που το πλύσιμο με νερό δεν είναι εφικτό, μία εναλλακτική μέθοδος για τους μουσουλμάνους είναι ο καθαρισμός που ονομάζεται *Tayammum*. Στο *Tayammum*, ο μουσουλμάνος, στην προκείμενη ο ασθενής, χτυπά τις παλάμες και των δύο του χεριών σε οποιοδήποτε αδιάλυτο γήινο υλικό (π.χ. άμμος) και πλένεται κατά αυτόν τον τρόπο με δύο απλά βήματα τελώντας έτσι τη διαδικασία που προηγείται της προσευχής.⁴⁴

Το πλύσιμο απαιτείται και μετά από ούρηση ή αφόδευση. Γεγονός που προϋποθέτει την ύπαρξη δοχείου με νερό στον χώρο του λουτρού. Ένα πλήρες λουτρό είναι, επίσης, που απαιτείται μετά από σπερματέγχυση ή μετά από εμμηνόρροια. Συνεπώς, η εξασφάλιση πρόσβασης στα παραπάνω πρέπει να αποτελέσει βασική μέριμνα για τους μουσουλμάνους ασθενείς. Επίσης, οι μουσουλμάνοι πρέπει να πλένουν τα χέρια τους πριν και μετά τα γεύματα. Οι ασθενείς στο κρεβάτι μπορεί, συνεπώς, να χρειάζονται φορητές συσκευές πλύσης χεριών.⁴⁴

Όσον αφορά την *προσευχή*, οι μουσουλμάνοι υποχρεούνται να προσεύχονται πέντε φορές την ημέρα. Από την προσευχή απαλλάσσονται άτομα με νοητική υστέρηση όπως και οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμμηνόρροιας. Οι προσευχές συνήθως εκτελούνται σε ένα χαλί προσευχής και περιλαμβάνουν διάφορες κινήσεις. Δεν είναι απαραίτητο ένας άρρωστος ασθενής να κάνει όλες τις συνηθισμένες κινήσεις προσευχής. Ως εκ τούτου, οι προσευχές μπορούν να εκτελεστούν στο κρεβάτι με τον ασθενή να είναι καθισμένος, αρκεί οι προσευχές να εκτελούνται με κατεύθυνση προς τη Μέκκα. Όσοι δεν είναι σωματικά ή ιατρικά περιορισμένοι στο κρεβάτι θα μπορούσαν να έχουν έναν χώρο να προσεύχονται σε ένα απομονωμένο, καθαρό και ήσυχο μέρος. Μπορεί λόγω χάριν να χρησιμοποιηθεί ένα δωμάτιο νοσοκομείου, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν θρησκευτικές εικόνες.⁴⁴

Ενώ, όσον αφορά τις *διατροφικές ανάγκες και συνήθειες*, οι μουσουλμάνοι πρέπει να ακολουθήσουν δίαιτα *halal*. Το *Halal* σημαίνει νόμιμο και χρησιμοποιείται για να δηλώσει την τροφή που επιτρέπεται στο Ισλάμ. Στο Ισλάμ *δεν επιτρέπεται* το χοιρινό και οποιοδήποτε άλλο προϊόν χοιρινού κρέατος (π.χ. μπέικον, ζαμπόν). Επίσης, κρέας και παράγωγά του από ζώα που δεν θανατώνονται τελετουργικά. Ενώ, τέλος *δεν επιτρέπεται* και το αλκοόλ. Στο Ισλάμ *επιτρέπεται* το

κρέας και παράγωγά του που έχουν θανατωθεί τελετουργικά (κρέας Halal). Επιτρέπεται η κατανάλωση του ψαριού, των αυγών και των χορτοφαγικών τροφίμων.⁴⁴

Επιπρόσθετα, στον χώρο του Νοσοκομείου είναι σημαντικό τα σκεύη που χρησιμοποιήθηκαν για την παρασκευή προϊόντων χοιρινού κρέατος να μη χρησιμοποιούνται για την παρασκευή τροφής για έναν μουσουλμανικό ασθενή. Καθώς κάτι τέτοιο δεν επιτρέπεται στο Ισλάμ. Οι μουσουλμάνοι προτιμούν να χρησιμοποιούν το δεξί τους χέρι για φαγητό και πόση. Εάν, λοιπόν, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να τροφοδοτούν έναν μουσουλμανικό ασθενή, προτιμάται η χρήση του δεξιού τους χεριού.⁴⁴

Τέλος, η νηστεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του Ισλάμ και θεωρείται ως μέσο καθαρισμού του σώματος και της ψυχής. Η νηστεία κατά τη διάρκεια του μήνα του Ραμαντάν είναι υποχρεωτική για όλους τους υγιείς ενήλικες μουσουλμάνους. Το Ισλάμ προβλέπει και άλλες μέρες τις οποίες οι μουσουλμάνοι μπορούν να επιλέξουν να τηρήσουν εθελοντικά. Κατά τη διάρκεια του Ραμαζανιού, οι μουσουλμάνοι δεν επιτρέπεται να τρώνε ή να πίνουν τίποτα, συμπεριλαμβανομένου και του νερού, από την αυγή μέχρι το σούρουπο. Οι έγκυες, οι θηλάζουσες ή οι εμμηνορρυσιακές γυναίκες, καθώς και άτομα που αντιμετωπίζουν προσωρινή ασθένεια αλλά και οι ταξιδιώτες απαλλάσσονται από τη νηστεία, αλλά πρέπει να την αναπληρώσουν σε μεταγενέστερη ημερομηνία.⁴⁴

2.6.1.2. Επιπλέον ζητήματα

Χορήγηση φαρμάκων

Συνεχίζοντας, ένα άλλο ζήτημα που οφείλεται να επισημανθεί είναι *η χορήγηση φαρμάκων*. Με άλλα λόγια, ορισμένα φάρμακα μπορεί να μην είναι κατάλληλα για τους μουσουλμάνους ασθενείς επειδή περιέχουν αλκοόλ ή προέρχονται από χοίρεια ή είναι μη Halal προέλευσης βάσει του Ισλάμ. Συνεπώς, εφιστά την ιδιαίτερη προσοχή του προσωπικού υγείας που είναι υπεύθυνο για τη χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή.⁴⁴

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της νηστείας δύναται να χορηγηθούν τα ακόλουθα φάρμακα ή θεραπείες: ενέσεις και εξετάσεις αίματος, φάρμακα που απορροφώνται από το δέρμα και γαργάλημα (όσο δεν καταπίνεται υγρό). Ενώ, δεν επιτρέπονται οι σταγόνες σε αυτί ή μύτη και τα εισπνεόμενα φάρμακα.⁴⁴

Ιατρική εξέταση

Επίσης, καίριας σημασίας είναι οι συνθήκες *ιατρικής εξέτασης* του ασθενή. Η σεμνότητα είναι πολύ σημαντική στο Ισλάμ. Έτσι, οι μουσουλμάνοι άνδρες και γυναίκες ασθενείς μπορεί να ντρέπονται και να είναι αρκετά απρόθυμοι να εκθέσουν το σώμα τους γυμνό σε έναν ξένο (επαγγελματία υγείας). Αυτό οφείλεται επειδή κατά το Ισλάμ, άνδρες και γυναίκες θα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα την αμφίεσή τους και να είναι μετριοφρονες.⁴⁴

Η απαίτηση για μετριοφροσύνη μπορεί, συνεπώς, να επηρεάσει και την υγειονομική περίθαλψη και ορισμένοι ασθενείς να είναι απρόθυμοι να εκθέσουν το σώμα τους για εξέταση κυρίως των περιοχών που δεν επηρεάζονται άμεσα. Ορισμένες γυναίκες ασθενείς μπορεί να προτιμούν ένα μέλος της οικογένειας να είναι παρόνκατά τη διάρκεια της εξέτασης. Μερικοί μουσουλμάνοι ασθενείς, μάλιστα, μπορεί να μην επιθυμούν να έρθουν σε επαφή με το αντίθετο φύλο ή να εκθέσουν το σώμα τους σε αυτό, ιδίως οι γυναίκες. Στις περιπτώσεις αυτές το προσωπικό υγείας θα πρέπει να δείχνει κατανόηση και ευαισθησία και να φροντίζει να εξασφαλίζει τις κατάλληλες, για τον ασθενή, συνθήκες εξέτασης.⁴⁴

Υπηρεσίες μητρότητας⁴⁴

Ένα άλλο ζήτημα είναι οι *υπηρεσίες μητρότητας*. Μόλις γεννηθεί ένα παιδί, ένας μουσουλμάνος πατέρας ενδέχεται να επιθυμεί να απαγγείλει μια προσευχή στο δεξί αυτί του μωρού ακολουθούμενη από μια δεύτερη προσευχή στο αριστερό αυτί. Αυτό δεν θα διαρκέσει περισσότερο από πέντε λεπτά και, εκτός εάν το νεογέννητο χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επιτρέπουν την πραγματοποίησή τους.

Οι μουσουλμάνοι, επίσης, συνηθίζουν να θάβουν τον πλακούντα (ο οποίος θεωρείται μέρος του ανθρώπινου σώματος και επομένως ιερός) μετά τη γέννηση. Εάν υπάρχουν κλινικοί λόγοι για τη μη παροχή του πλακούντα στους γονείς, αυτό θα πρέπει να εξηγηθεί προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν παρεξηγήσεις.

Ένα έμβρυο μετά την ηλικία των 120 ημερών θεωρείται, κατά το Ισλάμ, βιώσιμο μωρό. Έτσι, σε περίπτωση αποβολής, ενδομητρίου μετά από 120 ημέρες, οι μουσουλμάνοι γονείς ενδέχεται να επιθυμούν να θάψουν το μωρό τους. Όσον αφορά την άμβλωση κατά το Ισλάμ η άμβλωση δεν επιτρέπεται μετά την πάροδο 120 ημερών κύησης, εκτός εάν η εγκυμοσύνη αποτελεί σοβαρή

απειλή για τη ζωή της μητέρας. Τέλος, στις γεννήσεις αρσενικών παιδιών η περιτομή εκτελείται ανεξαιρέτως. Βεβαίως, ο χρόνος αυτός ποικίλλει, αλλά πρέπει να γίνει πριν από την εφηβεία.

Όλες οι άλλες τελετουργίες για τα νεογέννητα μπορεί να καθυστερήσουν και συνήθως εκτελούνται στο σπίτι. Για τα μωρά που χρειάζονται παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο, η επικοινωνία με τους γονείς σχετικά με άλλα τελετουργικά και πρακτικές είναι σημαντική στους μουσουλμάνους ασθενείς.

Επισκέψεις

Η επίσκεψη των ασθενών είναι ένα σημαντικό μέρος των καθηκόντων για τους μουσουλμάνους και απαιτείται από το Ισλάμ. Θεωρείται υποχρέωση να επισκέπτεται κανείς τον άρρωστο. Έτσι, οι μουσουλμάνοι ασθενείς μπορεί να έχουν μεγάλο αριθμό επισκεπτών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που βρίσκονται εκτός της άμεσης οικογένειάς του. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να συζητούν με τον ασθενή, ή την οικογένειά του, τη δυνατότητα μεγάλου αριθμού επισκεπτών και την επίδραση που μπορεί να έχει αυτό στην ανάπαυση ή τη φροντίδα του ίδιου του ασθενή ή των άλλων ασθενών του ίδιου δωματίου.⁴⁴

Θάνατος

Η διατήρηση της ζωής, κλείνοντας, θεωρείται πρωταρχική στο Ισλάμ. Ωστόσο, το Ισλάμ αναγνωρίζει ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτο μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης. Έτσι, το Ισλάμ δεν απαιτεί την παροχή θεραπείας εάν απλώς παρατείνονται τα τελικά στάδια μιας τελικής ασθένειας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να συζητήσουν θέματα προληπτικής φροντίδας και λήξης ζωής με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Σε ιατρικά - μάταιες καταστάσεις όπου ο εξοπλισμός υποστήριξης της ζωής χρησιμοποιείται για την παράταση των τελικών σταδίων μιας τελικής ασθένειας, η κατάσταση πρέπει να εξηγηθεί προσεκτικά στην οικογένεια. Ο λόγος που πρέπει να γίνει αυτό είναι για να μην υπάρχει σύγχυση με την ευθανασία η οποία δεν επιτρέπεται.⁴⁴

Μπροστά στον επικείμενο θάνατο μια οικογένεια μουσουλμάνων ασθενών μπορεί να επιθυμεί να εκτελέσει ορισμένες θρησκευτικές τελετουργίες. Δεν υπάρχει τεράστιο ή περίπλοκο τελετουργικό που θα εκτελεστεί. Η απλή πρακτική που ακολουθούν οι μουσουλμάνοι είναι να

καθίσουν κοντά στο κρεβάτι του ασθενούς και να διαβάσουν μερικούς στίχους από το Κοράνι προσευχόμενοι για την ειρηνική αποχώρηση της ψυχής.⁴⁴

Τέλος, υπάρχουν έντονες απόψεις μεταξύ των μουσουλμάνων σχετικά με τη δυνατότητα μεταμοσχεύσεων και τη δωρεά οργάνων. Μερικοί μουσουλμάνοι βλέπουν τις διαδικασίες αυτές ως αποδεκτές και άλλες πιστεύουν ότι είναι απαράδεκτες.⁴⁴

2.6.2. Ινδουιστές ασθενείς

Όπως και στους μουσουλμάνους, έτσι και στους ινδουιστές αλλά και τις άλλες θρησκείες, το ζήτημα της διατροφής είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Για τον Ινδουισμό η πρόκληση πόνου στα ζώα αποτελεί πράξη ασέβειας και για αυτό αποφεύγεται. Έτσι, η χορτοφαγία κυριαρχεί στην συγκεκριμένη θρησκεία, αφού είδη κρέατος ή γαλακτοκομικά είδη παράγονται από ζώα προκαλώντας τους, κατά τον Ινδουισμό, πόνο.⁴⁵

Υπάρχουν, βέβαια, και εκείνοι οι οποίοι, κατά παράβαση του κανόνα, καταναλώνουν κρέας. Ωστόσο, στις συγκεκριμένες περιπτώσεις αποφεύγεται το χοιρινό κρέας και ειδικά το βοδινό αφού η αγελάδα θεωρείται ιερό ον. Η κατανάλωση προσανατολίζεται κυρίως στα γαλακτοκομικά προϊόντα. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στο συχνό φαινόμενο των διατροφικών διαφοροποιήσεων. Με άλλα λόγια, υπάρχουν περιοχές στις οποίες η κατανάλωση για παράδειγμα κρεμμυδιών, μανιταριών κ.ά. απαγορεύεται, ενώ σε άλλες περιοχές επιτρέπεται.⁴⁵

Ένα άλλο ζήτημα, είναι αυτό της νηστείας. Η νηστεία στον Ινδουισμό δεν επιδέχεται εξαιρέσεις. Έτσι, ανεξαρτήτως ηλικίας (νέος ή ηλικιωμένος), ασθένειας (σοβαρής ή μη) και κάθε μορφής αδυναμίας δεν επιτρέπεται η εξαίρεση από τη νηστεία. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί αυτό των φανατικών ινδουιστών. Οι φανατικοί του θρησκευματος προβαίνουν σε αυστηρές, έως και υπερβολικές νηστείες, μένοντας χωρίς τροφή και για δεκαπέντε ημέρες.⁴⁵

Τέλος, μία άλλη σημαντική πτυχή η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη από το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι αυτό της προσευχής των ινδουιστών. Ο ινδουιστής είτε προσεύχεται σε κάποιον ιδιωτικό βωμό, είτε σε ναό, είτε οπουδήποτε αλλού (π.χ. σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο ενός νοσοκομείου) η τελετή της προσευχής του πρέπει να γίνεται μπροστά στην εικόνα ή το άγαλμα της θεότητας που έχει επιλέξει (υπάρχουν πάνω από εκατό θεότητες στη θρησκεία του Ινδουισμού). Ενώ, τη τελετή πρέπει να συνοδεύουν

καμπανάκια, λιβάνι και φως και στην οποία παρέχει μία προσφορά σε λουλούδια ή τροφή και την απαγγελία μιας προσευχής.⁴⁵

2.6.3. Χριστιανοί ασθενείς

Συνεχίζοντας με τους χριστιανούς ασθενείς, η προσευχή έχει μεγάλη σημασία για τους πιστούς χριστιανούς, παρόλο που δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι χρόνοι (εκτός της Κυριακής που είναι μια σημαντική ημέρα λατρείας) για προσευχή. Οι χριστιανοί ασθενείς συχνά απαιτούν να έχουν στη διάθεσή τους στο Νοσοκομείο μια Αγία Γραφή. Αυτή είτε αναμένεται να υπάρχει εκεί από πριν είτε ενδέχεται να την προσκομίσει ο ίδιος ο ασθενής. Μερικοί χριστιανοί, μάλιστα, ενδέχεται να φέρνουν μαζί τους ένα ροζάριο (χάντρες προσευχής), ένα σταυρό ή μια μικρή εικόνα κ.λπ..⁴⁶

Το Πάσχα και τα Χριστούγεννα αποτελούν τις πιο σημαντικές εορτές των χριστιανών. Οι ασθενείς θα πρέπει, όσο είναι δυνατόν, να βοηθηθούν, ώστε να παραστούν στις υπηρεσίες του παρεκκλησίου την ημέρα του Πάσχα ή των Χριστουγέννων, ή ο ιερέας να καλείται στο κρεβάτι τους. Επίσης, υπάρχουν άλλες εορτές κατά τη διάρκεια του έτους όπου οι ασθενείς δύναται να επιθυμούν να δουν έναν ιερέα. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να επιθυμούν να δουν τον ιερέα για να προσευχηθούν και σε άλλες μέρες υπό άλλες συνθήκες (όπως πριν από μία επέμβαση).⁴⁶

Συχνά, επίσης, απαιτείται βάπτισμα για μωρά ή παιδιά, και ενίοτε για ενήλικες, όταν ο θάνατος θεωρείται επικείμενος. Σε αυτήν την περίπτωση ο νοσοκομειακός ιερέας πρέπει να κληθεί αμέσως. Σε περίπτωση απουσίας του, ένα μέλος του προσωπικού μπορεί να κάνει ένα επείγον βάπτισμα χρησιμοποιώντας τις λέξεις "Εγώ σας βαπτίζω στο όνομα του Πατέρα, του Υιού και του Αγίου Πνεύματος", ψεκάζοντας νερό στο μέτωπο του ασθενούς, και κάνοντας το σημάδι του σταυρού. Όλα τα βαπτίσματα έκτακτης ανάγκης πρέπει να αναφέρονται στον ιερέα.⁴⁶

Όσον αφορά τη διατροφή δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι περιορισμοί. Υπάρχουν, όμως, μερικοί χριστιανοί που ορίζουν την ημέρα της Παρασκευής, ως ημέρα χωρίς κρέας. Συνεπώς, θα πρέπει να τους προσφερθεί μια χορτοφαγική εναλλακτική λύση σε αυτήν την περίπτωση.⁴⁶

Όλα τα παραπάνω πρέπει να αντιμετωπίζονται πρωτίστως με σεβασμό από το προσωπικό του Νοσοκομείου και τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα.

2.6.4. Μάρτυρες Ιεχωβά

Κλείνοντας με τους μάρτυρες του Ιεχωβά τα μόνα αξιοσημείωτα είναι η μετάγγιση αίματος και η άμβλωση. Καθώς δεν υπάρχουν άλλοι σημαντικοί περιορισμοί στο εν λόγω θρήσκευμα.

Οι μάρτυρες του Ιεχωβά θεωρούν πολύτιμη τη ζωή και επιζητούν ποιοτική ιατρική περίθαλψη για τους ίδιους και τα παιδιά τους. Δέχονται τις περισσότερες ιατρικές θεραπείες και την εξέλιξη της επιστήμης της Ιατρικής, όπως χειρουργικές και αναισθητικές διαδικασίες, συσκευές και μεθόδους, καθώς και αιμοστατικούς και θεραπευτικούς παράγοντες.⁴⁷

Ωστόσο, οι Μάρτυρες του Ιεχωβά πιστεύουν ότι η μετάγγιση αλλογενούς αίματος (π.χ. πλήρες αίμα, ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια και πλάσμα) και η προεγχειρητική αποθήκευση αυτόλογου αίματος (PAD) για μετέπειτα επαναχορήγηση απαγορεύονται σύμφωνα με αρκετές περικοπές της Αγίας Γραφής. Συνεπώς οι λόγοι απαγόρευσής της είναι αποκλειστικά θρησκευτικοί. Συγκεκριμένα, βάσει ατόμων – μαρτύρων του Ιεχωβά: *«τόσο στην Παλαιά όσο και στην Καινή Διαθήκη δίνεται ξεκάθαρα η εντολή να απέχουμε από αίμα».*⁴⁷

Τέλος, όσον αφορά την άμβλωση οι Μάρτυρες του Ιεχωβά βλέπουν την *άμβλωση* ως την εκούσια λήψη ανθρώπινης ζωής. Στην σπάνια περίπτωση που πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ της ζωής της μητέρας και της ζωής του παιδιού, τα ενδιαφερόμενα άτομα έχουν ελευθερία επιλογής.⁴⁷

Συνοψίζοντας...

Η παροχή ολιστικής και ταυτόχρονα εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση αποτελεί μία πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα σε κοινωνίες όπου η σύνθεση του πληθυσμού διαφοροποιείται σε πολιτισμικό, γλωσσικό και θρησκευτικό επίπεδο. Η ανάγκη για Διαπολιτισμική Νοσηλευτική αποτελεί μια σημαντική πτυχή στην παροχή φροντίδας υγείας. Η γνώση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού των τελετών, αξιών, παραδόσεων κ.λπ. κάθε λαού προκειμένου να αντιμετωπίσει την ασθένεια ή να τιμήσει και να πενήσει τους νεκρούς του, βελτιώνει τη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους επαγγελματίες υγείας. Το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες να ζήσουν καλά, να αποβιώσουν καλά αλλά και τους συγγενείς του νεκρού να θρηγήσουν καλά.⁴³

ΕΝΔΗΜΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ – ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας ο λόγος επικεντρώνεται σε νοσήματα τα οποία ενδημούν σε ορισμένες περιοχές, ιδίως στις ηπείρους της Αμερικής, της Αφρικής και της Ασίας. Συγκεκριμένα, επιχειρείται η γεωγραφική κατανομή των εν λόγω νοσημάτων σε παγκόσμια κλίμακα με παράλληλη αναφορά και στα ελληνικά δεδομένα. Διότι, τα εν λόγω νοσήματα, τα τελευταία χρόνια, κυρίως μέσω των μεταναστών και των προσφύγων, ελλοχεύουν κινδύνους μετάδοσής τους και στην ευρωπαϊκή Ήπειρο, άρα και στην Ελλάδα. Γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη της εκπαίδευσης και της οργάνωσης των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν περιστατικά μεταναστών, φορέων κάποιας νόσου που θεωρείται εκριζωμένη στις Δυτικές χώρες και να αποτραπεί ενδεχόμενη εξάπλωσή της. Για τους σκοπούς αυτούς, αρχικά επιχειρείται η καταγραφή των συνεπειών του φαινομένου της μετανάστευσης και της προσφυγιάς στη δημόσια υγεία. Στη συνέχεια, ο λόγος επικεντρώνεται σε ορισμένα ενδεικτικά τροπικά νοσήματα, δηλαδή νοσήματα που ενδημούν στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Γης, ωστόσο, τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται και σε εύκρατα κράτη, παρουσιάζοντας μία τάση παγκόσμιας εξάπλωσης. Ενώ, τέλος γίνεται μία σύντομη αναφορά σε ενδημικά νοσήματα τα οποία δε ενδημούν κατά αποκλειστικότητα σε τροπικές περιοχές, αλλά ενδημούν σε εύκρατες περιοχές, όπως είναι οι αιμοσφαιρινοπάθειες.

3.1. Μετανάστευση και προσφυγιά: Συνέπειες στη δημόσια υγεία

Αρχικά, κρίνεται απαραίτητο να διασαφηνιστούν οι έννοιες *μετανάστης* και *πρόσφυγας*. Πρόκειται για δύο έννοιες οι οποίες απαντούν συχνά στο παρόν τρίτο κεφάλαιο της εργασίας και συνεπώς η διασαφήνισή τους κρίνεται σημαντική.

Πρόσφυγας, βάσει του Μεταναστευτικού Κώδικα, είναι ο πολίτης μίας τρίτης χώρας, ο οποίος εξαιτίας των γεγονότων που επικρατούν στη χώρα του ή εξαιτίας του φόβου διώξεως (λόγω

θησκευτικής, πολιτικής κ.λπ. πεποίθησης) βρίσκεται, συνήθως παράνομα, εκτός της χώρας της οποίας διαθέτει την υπηκοότητα. Από την άλλη, μετανάστης είναι το άτομο το οποίο για λόγους διαφορετικούς από αυτούς του πρόσφυγα (συνήθως για λόγους επαγγελματικούς), εγκαταλείπει τη χώρα του με σκοπό να εγκατασταθεί αλλού. Ο μετανάστης έχει τη δυνατότητα να επιστρέψει στη χώρα του όποτε θελήσει, πράγμα το οποίο δεν ισχύει με τον πρόσφυγα ο οποίος αιτεί πολιτικό άσυλο από τη χώρα στην οποία καταφθάνει.⁴⁸

3.1.1. Μετανάστευση

Η μετανάστευση, ως κυρίαρχο φαινόμενο των τελευταίων δεκαετιών, επέφερε νέες προκλήσεις στον τομέα της υγείας σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους και στην Ελλάδα. Ειδικότερα, επέφερε το ζήτημα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας των μεταναστών αλλά και άλλαξε το επιδημιολογικό προφίλ αρκετών ασθενειών. Έτσι, αρκετές, άγνωστες για τις ευρωπαϊκές χώρες, ασθένειες έκαναν την εμφάνισή τους ή ακόμη ασθένειες οι οποίες θεωρούνταν εκριζωμένες έκαναν την επανεμφάνισή τους. Καθώς, ο μετακινούμενος πληθυσμός μεταφέρει αναπόφευκτα, μαζί με την κουλτούρα, τη θρησκεία, τη γλώσσα, την παράδοση κ.ά., και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Με άλλα λόγια, νοσήματα τα οποία ενδημούν σε ορισμένες περιοχές της Γης (π.χ. Αφρική, Ασία κ.λπ.) μεταφέρονται μέσω των μεταναστών και σε περιοχές στις οποίες δεν ενδημεί η νόσος (π.χ. Ευρώπη).⁴⁹

3.1.2. Προσφυγιά

Ανάλογη είναι η επίδραση και του προσφυγικού φαινομένου στη δημόσια υγεία. Επιπρόσθετα, οι πρόσφυγες στην προσπάθειά τους να φύγουν από τη χώρα καταγωγής τους και να εγκατασταθούν σε μία χώρα με ευνοϊκότερες συνθήκες διαβίωσης για αυτούς, διανύουν μεγάλες αποστάσεις. Σε αυτά τα ταξίδια που διανύουν συνήθως διαθέτουν πενιχρά μέσα και φτάνουν στον τόπο προορισμού τους εξαντλημένοι, με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε μεταδοτικές ασθένειες.⁵⁰

Ενώ, έχοντας υποστεί τα εν λόγω μακρινά και εξαντλητικά ταξίδια, έχουν επιβιώσει και σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Αυτό συμβάλλει στην εισαγωγή των μολυσματικών ασθενειών οι οποίες σπάνια συναντώνται στις αναπτυγμένες χώρες. Συνεπώς, οι πρόσφυγες ελλοχεύουν συγκριτικά με τους μετανάστες μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων. Στην παρακάτω εικόνα

απεικονίζεται ένα σκάφος να μεταφέρει παράνομους μετανάστες με τον αριθμό των επιβατών να είναι, αναμφισβήτητα, μεγαλύτερος από αυτό που δύναται να μεταφέρει το σκάφος με ασφάλεια. Παράλληλα, οι συνθήκες διαβίωσης εντός του σκάφους δύναται να χαρακτηριστούν ως άθλιες.⁵⁰



Εικόνα 6: Παράνομη μεταφορά προσφύγων

Μάλιστα, στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι πρόσφυγες κρατούνται στη χώρα εισδοχής σε χώρους με άθλιες συνθήκες διαβίωσης (πρόχειρα καταφύγια), ο κίνδυνος δημιουργίας μολυσματικών εστιών είναι ακόμη πιο υψηλός. Θέτοντας με αυτόν τον τρόπο, καθημερινά, σε κίνδυνο τόσο τους ίδιους όσο και το ευρύτερο σύνολο στο οποίο εντάσσονται.⁴⁹



Εικόνα 7: Τόπος διαμονής προσφύγων - Ελλάδα

3.1.3. Ελληνική πραγματικότητα

Όσον αφορά την Ελλάδα, η επίδραση του μεταναστευτικού και του προσφυγικού φαινομένου στη δημόσια υγεία δε διαφέρει από αυτήν στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Ασθένειες οι οποίες θεωρούνται εκριζωμένες στην Ελλάδα, όπως είναι η ελονοσία και η φυματίωση, δείχνουν να επανεμφανίζονται τις τελευταίες δεκαετίες εξαιτίας της σημαντικής εισροής μεταναστών και προσφύγων. Μάλιστα, αρκετοί μελετητές έχουν οδηγηθεί σε σημείο να χαρακτηρίζουν τους παράνομους μετανάστες ως *μετακινούμενες βόμβες* από την άποψη πως αυτές είναι έτοιμες να εκραγούν ανά πάσα στιγμή και οπουδήποτε δεδομένης της υψηλής κινητικότητας που καταγράφεται στους οικείους πληθυσμούς.⁴⁹

Βάσει ερευνών του Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), ένας στους δύο λαθρομετανάστες έχει φυματίωση. Μία σοβαρή μεταδιδόμενη ασθένεια η οποία παρόλο που τείνει να εκλείψει στον ντόπιο ελληνικό πληθυσμό, απαντά σε σημαντικό βαθμό στον πληθυσμό των αλλοδαπών που ζουν στη χώρα. Παρόμοια κατάσταση επικρατεί και στην ελονοσία. Μία ασθένεια που δύναται κανείς να την χαρακτηρίσει ως και ξεχασμένη, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά τουλάχιστον στην Ήπειρο της Ευρώπης. Τα κρούσματα ελονοσίας, ωστόσο, τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα αυξάνονται συνεχώς, με την περιοχή της Λακωνίας να πρωτοπορεί και να την ακολουθούν η Αττική, η Εύβοια, η Λάρισα και η Βοιωτία. Τέλος, εξίσου υψηλό ποσοστό (35,2%) μεταναστών είναι φορείς της ηπατίτιδας Β αλλά και του τυφοειδούς πυρετού (60% στην περιοχή του Έβρου).⁴⁹

3.2. Τροπικά νοσήματα

Έχοντας σκιαγραφήσει παραπάνω τις επιπτώσεις της μετανάστευσης και της προσφυγιάς στη δημόσια υγεία μίας χώρας, στη συνέχεια ο λόγος θα επικεντρωθεί στα *τροπικά νοσήματα*. Νοσήματα δηλαδή που ενδημούν στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Γης, ωστόσο, τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται και σε εύκρατα κράτη, παρουσιάζοντας μία τάση παγκόσμιας εξάπλωσης. Ως φορείς διάδοσης αυτών είναι σε σημαντικό βαθμό και οι μετανάστες με τους πρόσφυγες (όπως προειπώθηκε), ανάμεσα σε άλλους φορείς όπως τα κουνούπια, τα πτηνά κ.λπ.⁵¹

Οι μετακινήσεις πληθυσμών καθιστούν επιτακτική, στη σύγχρονη εποχή, την ανάγκη της εκπαίδευσης αλλά και της οργάνωσης όλων των επαγγελματιών υγείας προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης των τροπικών νοσημάτων. Διότι, τροπικά νοσήματα όπως είναι η ελονοσία, η φυματίωση, ο Δάγκειος Πυρετός, ο πυρετός Δυτικού Νείλου, ο ιός Ebola κ.ά. τα οποία αποτελούν

την αιτία εκατομμυρίων θανάτων ανά έτος παγκοσμίως και που είχαν αντιμετωπιστεί επιτυχώς στην Ελλάδα, επανεμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια.⁵²

3.2.1. Νοσηλευτική πρακτική

Μια συνήθης εικόνα των ελληνικών νοσοκομείων της σύγχρονης εποχής είναι να βρίσκεται το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμέτωπο με επείγοντα τροπικά περιστατικά τα οποία δε γνωρίζει. Ακόμη, πολλές φορές υπολείπεται σε γνώσεις αναφορικά με την ορθή διάγνωση και τη νοσηλευτική περίθαλψη αυτών.⁵¹

Για την άμβλυνση των παραπάνω κρίνεται αναγκαίο το Νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνεται συνεχώς για τα νέα δεδομένα στον χώρο της υγείας μέσα από αξιόπιστες και επίκαιρες πηγές. Δε θα πρέπει κανείς να αγνοεί το γεγονός πως τα μεταδοτικά τροπικά νοσήματα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα για το Ιατρό-Νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και για τα άτομα που έρχονται σε επαφή με μετακινούμενους πληθυσμούς. Το Ιατρό-Νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που θα ενεργοποιηθεί πρώτο σε μία ενδεχόμενη επιδημία. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση και η κατάρτιση του στην ανίχνευση και αντιμετώπιση των τροπικών νοσημάτων.⁵¹

3.2.2. Κατηγορίες τροπικών νοσημάτων

Συνεχίζοντας, αξίζει να σημειωθεί πως τα Τροπικά νοσήματα χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες. Ενώ, η Αφρική με τις εξήντα τρεις (63) χώρες της διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό τροπικών νοσημάτων και την οποία ακολουθούν η Ασία και η Νότια Αμερική.

Ειδικότερα, τα τροπικά νοσήματα χωρίζονται: στα *τροφιμογενή και υδατογενή νοσήματα*, με επικρατέστερα τη διάρροια των ταξιδιωτών, τον τυφοειδή πυρετό, τη χολέρα και τις ηπατίτιδες Α και Ε, στα *νοσήματα που μεταδίδονται από έντομα*, με επικρατέστερα την ελονοσία, τον δάγγειο πυρετό, τη φιλαρίαση, τη λοίμωξη από τον ιό του δυτικού Νείλου, τον κίτρινο πυρετό και την ιαπωνική εγκεφαλίτιδα, στα *αιματογενώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*, με επικρατέστερα την ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και HIV/AIDS και στα *νοσήματα που μεταδίδονται από δραστηριότητες σε νερό λιμνών ή ποταμών*, με επικρατέστερα τη λεπτοσπείρωση και τη σχιστοσωμίαση. Τέλος, υπάρχουν και κάποια άλλα νοσήματα όπως η λύσσα, η φυματίωση, η πολιομυελίτιδα, η γρίπη, η βρουκέλλωση και ο ιός Ebola τα οποία δεν εντάσσονται σε κάποια ειδική κατηγορία τροπικών νοσημάτων.⁵¹

Ευθύς αμέσως επιχειρείται μία ευσύνοπτη περιγραφή των κυριότερων τροπικών νοσημάτων με έμφαση όχι τόσο στην καθεαυτού περιγραφή της νόσου όσο στη γεωγραφική κατανομή της και τη συχνότητα εμφάνισής της στον Ελλαδικό χώρο.

3.2.2.1. Ελονοσία

Η ελονοσία αποτελεί μία νόσο η οποία ενδημεί σε ενενήντα πέντε (95) χώρες του πλανήτη. Οι κυριότερες περιοχές εκδήλωσής της είναι η υποσαχάρια Αφρική, η Ασία και η Λατινική Αμερική (εικόνα 3). Πρόκειται για μία λοιμώδη νόσο η οποία προκαλείται συνήθως από το παράσιτο *πλασμώδιο* της ελονοσίας και μεταδίδεται μέσω τσιμπήματος μολυσμένου Ανωφελούς κουνουπιού. Βάσει των ειδικών, πέντε είναι τα είδη πλασμωδίων που προσβάλλουν τον άνθρωπο: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* και *P. knowlesi*.⁵³

Στην παρακάτω εικόνα απεικονίζονται οι περιοχές παγκοσμίως όπου ενδημεί η ελονοσία. Έντονα χρωματισμένες είναι οι περιοχές ενδημικές για ελονοσία, ανοιχτόχρωμες είναι οι περιοχές με περιορισμένο κίνδυνο μετάδοσης ελονοσίας και λευκές είναι οι περιοχές όπου δεν υπάρχει ελονοσία ή ο κίνδυνος μετάδοσης είναι αμελητέος.⁵³



Εικόνα 8: Ελονοσία - Παγκόσμια κατανομή της νόσου

Όσον αφορά την Ελλάδα, το τελευταίο κρούσμα ελονοσίας του 20^{ου} αιώνα καταγράφηκε το 1974. Έκτοτε, για αρκετά χρόνια, έως τον 21^ο αιώνα δεν καταγράφηκαν κρούσματα ελονοσίας.

Τα κρούσματα από ελονοσία επανήλθαν δυναμικά την πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα όπου καταγράφονταν στην Ελλάδα είκοσι (20) με πενήντα (50) κρούσματα ελονοσίας ανά έτος. Στην πλειοψηφία τους, τα κρούσματα εκδηλώθηκαν, ύστερα από ταξίδι του ασθενή σε ενδημική χώρα της ελονοσίας ή πρόλευση του ασθενή (μετανάστης – πρόσφυγας) από ενδημική για την ελονοσία χώρα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια καταγράφονται κρούσματα ελονοσίας με ενδείξεις και εγχώριας μετάδοσης.⁵⁴

Επιδημιολογική κατάταξη και ιδιότητα		Είδος πλασμοδίου					Σύνολο
		<i>P.vivax</i>	<i>P.falciparum</i>	<i>P.ovale</i>	<i>P.falciparum</i> και <i>P.ovale</i>	<i>P.falciparum</i> και <i>P.malariae</i>	
Εισαγόμενα κρούσματα	Μετανάστες	66	13	2	1	1	83
	Ταξιδιώτες	0	15	0	0	0	15
Με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης		6	1	0	0	0	7

Εικόνα 9: Πίνακας με τα κρούσματα ελονοσίας ανά επιδημιολογική κατάταξη, ιδιότητα και είδος πλασμοδίου

Ελλάδα, έτος 2017

Στον παραπάνω πίνακα(πίνακας 1) παρουσιάζονται τα κρούσματα ελονοσίας ανά επιδημιολογική κατάταξη (δηλ. αν πρόκειται για εισαγόμενο κρούσμα ή με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης), ιδιότητα και είδος πλασμοδίου στην Ελλάδα για το έτος 2017. Βάσει του πίνακα, ενενήντα οχτώ (98) ήταν τα εισαγόμενα κρούσματα για το έτος 2017, εκ των οποίων τα ογδόντα τρία (83) αφορούσαν μετανάστες και τα δεκαπέντε (15) ταξιδιώτες. Ενώ, τα κρούσματα με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης ήταν επτά (7).⁵⁴

3.2.2.2. Τυφοειδής πυρετός/ Παρατυφοειδής πυρετός

Στα παλαιότερα χρόνια ο τυφοειδής πυρετός αποτελούσε ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, αφού το επίπεδο θνησιμότητας εξαιτίας της εν λόγω νόσου ήταν ιδιαίτερα υψηλό. Η ανάπτυξη, ωστόσο, καλύτερων συνθηκών στον χώρο της υγείας συνέβαλε στην εξάλειψη της νόσου σε αρκετές περιοχές τα τελευταία χρόνια.⁵⁵

Ως συμπτώματα του τυφοειδούς πυρετού απαντούν κυρίως η αιφνίδια έναρξη πυρετού, η κεφαλαλγία, η ανορεξία και η καταβολή. Επιπλέον, δύναται να παρατηρηθεί βραδυκαρδία, σπληνομεγαλία, ερυθρές κηλίδες στον κορμό, μη παραγωγικός βήχας και δυσκοιλιότητα. Τα

προαναφερθέντα συμπτώματα απαντούν και στους ασθενείς με παρατυφοειδή πυρετό, αλλά στον παρατυφοειδή πυρετό η κλινική εικόνα είναι ηπιότερη και η θνητότητα μικρότερη.⁵⁶

Σήμερα, κρούσματα τυφοειδούς και παρατυφοειδούς πυρετού παρατηρούνται κυρίως στις ενδημικές περιοχές της νόσου, δηλαδή στην Ασία και στην Αφρική. Στην Ασία καταγράφονται διακόσια εβδομήντα τέσσερα (274) κρούσματα ανά εκατό χιλιάδες (100.000) ανθρώπους ανά έτος και στην Αφρική πενήντα (50) ανά εκατό χιλιάδες (100.000) ανθρώπους ανά έτος.⁵⁶

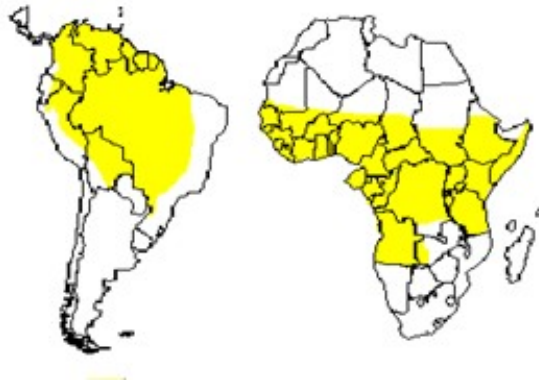
Όσον αφορά την Ελλάδα, ο αριθμός των κρουσμάτων είναι περιορισμένος. Από τα εκατόν εξήντα επτά (167) κρούσματα τυφοειδούς/ παρατυφοειδούς πυρετού που δηλώθηκαν κατά την περίοδο 2004 έως 2017 (Πίνακας 2), τα ενενήντα 90 (53,9%) ήταν κρούσματα τυφοειδούς πυρετού και εβδομήντα επτά 77 (46,1%) κρούσματα παρατυφοειδούς πυρετού. Ενώ, ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου των συγκεκριμένων νοσημάτων είναι τα ταξίδια στις ενδημικές περιοχές (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές κ.ά.). Με άλλα λόγια, εξήντα έξι από τα καταγεγραμμένα κρούσματα (41,8%) ανέφεραν πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό. Τέλος, εβδομήντα επτά (47%) από τα επιβεβαιωμένα κρούσματα είχαν αλλοδαπή εθνικότητα, δηλ. ήταν μετανάστες ή πρόσφυγες που ήρθαν στην Ελλάδα.⁵⁷

Έτος	Αριθμός κρουσμάτων		Σύνολο
	Τυφοειδής πυρετός	Παρατυφοειδής πυρετός	
2004	14	6	20
2005	15	5	20
2006	10	6	16
2007	6	12	18
2008	8	3	11
2009	4	0	4
2010	6	4	10
2011	5	3	8
2012	4	2	6
2013	5	3	8
2014	3	6	9
2015	3	14	17
2016	4	9	13
2017	3	4	7
Σύνολο	90	77	167

Εικόνα 10: Πίνακας με τον αριθμό δηλωθέντων κρουσμάτων τυφοειδούς πυρετού/παρατύφου ανά έτος για το διάστημα 2004-2017 - Ελλάδα

3.2.2.3. Κίτρινος πυρετός

Ο κίτρινος πυρετός ενδημεί κυρίως στην Αφρική (κάτω από την Σαχάρα) και στην Κεντρική και Νότια Αμερική (εικόνα 4). Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει ιδιαίτερη εξέγερση στη Βραζιλία. Ο κίτρινος πυρετός μεταδίδεται κατά αποκλειστικότητα με το τσίμπημα, του γένους *Aedes*, κουνουπιού.⁴⁹



Εικόνα 11: Γεωγραφική κατανομή κίτρινου πυρετού παγκοσμίως

Ο κίτρινος πυρετός, προκαλεί ηπική νέκρωση των κυττάρων του ήπατος, η οποία ξεκινάει από τα κύτταρα στο μέσο των ηπατικών λοβίων και μετά επεκτείνεται προς τις κεντρικές φλέβες και τις πυλαίες οδούς. Ο κίτρινος πυρετός αλλά και γενικότερα οι αιμορραγικοί πυρετοί (στην οποία εντάσσεται και ο οικείος πυρετός) αποτελούν ιογενείς ασθένειες, οι οποίες υπό φυσιολογικές συνθήκες δε δύναται να εμφανιστούν στην Ευρώπη. Η ιστορία, ωστόσο, έχει δείξει πως κρούσματα, αν και σπάνια, έχουν καταγραφεί. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα από το 1983 έως σήμερα έχουν αναφερθεί λιγότερα από 10 κρούσματα της οικείας ομάδας πυρετών.⁴⁹

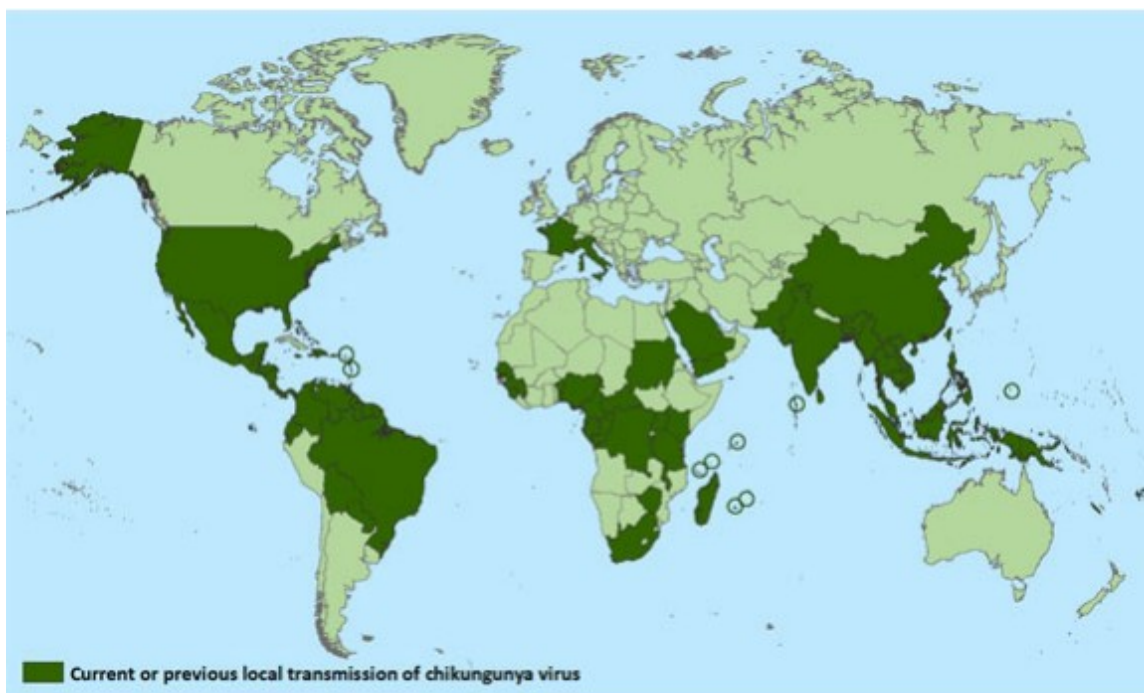
3.2.2.4. Δάγκειος πυρετός και νόσος Chikungunya

Η νόσος Chikungunya και ο Δάγκειος πυρετός αποτελούν ιογενείς νόσοι οι οποίοι μεταδίδονται στον άνθρωπο με τσίμπημα μολυσμένων θηλυκών κουνουπιών, ειδών *Aedes aegypti* και *Aedes albopictus* (κουνούπι τίγρης). Στην Ελλάδα, ο κίνδυνος να εισαχθούν ιοί που προκαλούν τις οικείες νόσους, είναι υπαρκτός. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος αφορά μολυνθέντες ταξιδιώτες ή και μετανάστες από ενδημικές, για τα εν λόγω νοσήματα, χώρες. Έτσι, ταξίδια σε περιοχές που

ενδημούν οι εν λόγω ιοί ή και η άφιξη μεταναστών και προσφύγων από τις εν λόγω περιοχές ενισχύουν τον κίνδυνο εισαγωγής των ιών αυτών στη χώρα.⁵⁸

Νόσος Chikungunya

Ο ιός Chikungunya ενδημεί κυρίως στην Αφρική, στη νότιο και ανατολική Ασία, στην Ινδική χερσόνησο, στον Ειρηνικό ωκεανό και στις υποτροπικές περιοχές της Λατινικής Αμερικής (εικόνα 5). Μία επιδημία του ιού στη βόρειο-ανατολική Ιταλία, το έτος 2007, αποτέλεσε την πρώτη τοπική μετάδοση του ιού στην Ευρώπη. Σε αυτήν την επιδημία καταγράφηκαν διακόσια δεκαεπτά (217) επιβεβαιωμένα κρούσματα, μετά από εισαγωγή του ιού από Ινδία, όπως διατυπώθηκε. Μάλιστα, ήταν η πρώτη επιδημία που καταγράφηκε σε μη τροπική περιοχή, καθιστώντας σαφές ότι επιδημίες νοσημάτων που μεταδίδονται με κουνούπια *Aedes albopictus* είναι πιθανές και στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο.⁵⁸



Εικόνα 12: Περιοχές με αναφορά εγχώριων κρουσμάτων Chikungunya – έτος 2015

Στην Ελλάδα έχει καταγραφεί μόλις ένα εισαγόμενο κρούσμα της νόσου Chikungunya τα τελευταία χρόνια. Αυτό συνέβη τον Ιούνιο του 2014 σε ταξιδιώτη ελληνικής εθνικότητας ο οποίος πραγματοποίησε διήμερο ταξίδι στη Δομινικανή Δημοκρατία, στην Καραϊβική.⁵⁹

Δάγκειος πυρετός

Ο Δάγκειος πυρετός αποτελεί, από την άλλη, μία οξεία και παράλληλα την πιο σημαντική ιογενή νόσο που μεταδίδεται με κουνούπια, γένους *Aedes*, παγκοσμίως. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί, επίσης, αιματογενώς. Ενώ, έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις κάθετης μετάδοσης (π.χ. από τη μητέρα στο έμβρυο).⁵⁹

Η εν λόγω νόσος ήταν σχετικά περιορισμένη γεωγραφικά μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα. Σήμερα, ο Δάγκειος πυρετός ενδημεί σε περισσότερες από εκατό (100) τροπικές και υποτροπικές χώρες έχοντας γίνει πρωταρχική αιτία νοσηλείας και θανάτου παιδιών στις χώρες αυτές. Συγκεκριμένα, ενδημεί στις Ηπείρους της Ασίας, της Αφρικής, της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής αλλά και στην ανατολική Μεσόγειο και στο Δυτικό Ειρηνικό Ωκεανό.⁵⁹

Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή ήπειρο, τοπική μετάδοση Δάγκειου πυρετού καταγράφηκε πρόσφατα (Αύγουστος 2010) στην Κροατία και Γαλλία, με αρκετά αυτόχθονα αλλά ήπια κρούσματα. Ενώ, το 2012 καταγράφηκε μία μεγάλη επιδημία Δάγκειου πυρετού στη νήσο Μαδέρα της Πορτογαλίας με περισσότερα από δύο χιλιάδες (2.000) κρούσματα.⁵⁹

Τέλος, όσον αφορά την Ελλάδα, το 1927 με 1928 έλαβε χώρα στην Ελλάδα η τελευταία μεγάλη επιδημία της οικείας νόσου. Συγκεκριμένα, στην Αθήνα με περισσότερους από χίλιους (1.000) θανάτους. Έκτοτε δεν έχουν καταγραφεί αρκετά κρούσματα Δάγκειου πυρετού. Μόνον την τελευταία δεκαετία καταγράφηκαν πέντε εισαγόμενα κρούσματα, ένα (1) το 2013 και τέσσερα (4) το 2014.⁵⁹

3.2.2.5. Χολέρα

Η χολέρα αποτελεί μια οξεία διαρροϊκή νόσος και οφείλεται στην προσβολή του εντέρου από την εντεροτοξίνη την οποία παράγει το βακτήριο *Vibrio cholerae*. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μόνο τα στελέχη του *Vibrio cholerae* O1 και O139 που παράγουν τοξίνη προκαλούν σοβαρή νόσο που χαρακτηρίζεται ως *χολέρα*. Τα κλινικά συμπτώματα και στις δύο περιπτώσεις λοιμώξεων, λοίμωξη από *Vibrio cholerae* O1 και *Vibrio cholerae* O139, είναι όμοια. Διότι παράγουν την ίδια σχεδόν εντεροτοξίνη. Ειδικότερα, τα συμπτώματα έχουν ως εξής: διάρροια, εμετοί, μυϊκές κράμπες, απώλεια σωματικών υγρών, οξείδωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και κόμα.⁶⁰

Τα τελευταία χρόνια οι λοιμώξεις από *Vibrio cholerae* O1 είναι σπάνιες. Περιορίζονται κατά αποκλειστικότητα στην Ινδία και στο Μπαγκλαντές. Ενώ, το *Vibrio cholerae* O139 ενδημεί στη νοτιοανατολική Ασία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, κάθε χρόνο σημειώνονται τρία με πέντε (3-5) εκατομμύρια κρούσματα χολέρας και εκατό με εκατόν τριάντα χιλιάδες (100.000 με 130.000) θάνατοι.⁶⁰

Στην Ευρώπη η νόσος δεν ενδημεί και καταγράφονται λιγιστά κρούσματα τα οποία προκύπτουν, όπως και τα υπόλοιπα νοσήματα, μετά από ταξίδι σε ενδημική για τη νόσο περιοχή (τροπική περιοχή) ή εισροή μεταναστών και προσφύγων από οικείες περιοχές. Επίσης, η πιθανότητα πρόκλησης κάποιας επιδημίας της νόσου στην Ευρώπη είναι ιδιαίτερα μικρή χάριν του υψηλού υγειονομικού επιπέδου των ευρωπαϊκών χωρών. Όσον αφορά την Ελλάδα, η τελευταία επιδημία χολέρας καταγράφηκε το 1912-1913 κατά τη διάρκεια των Βαλκανικών Πολέμων.⁶⁰

3.2.2.6. Ιός του Δυτικού Νείλου

Η λοίμωξη από τον ιό του Δυτικού Νείλου είναι νόσημα που μεταδίδεται κυρίως από τσίμπημα κουνουπιού και προσβάλλει ζώα (άγρια πτηνά, άλογα) και τον άνθρωπο. Πήρε την ονομασία *ιός του Δυτικού Νείλου* από τον τόπο της πρώτης αναγνώρισής του, την επαρχία του Δυτικού Νείλου στην Ουγκάντα το 1937.⁶¹

Κρούσματα και επιδημίες του ιού του Δυτικού Νείλου σε ανθρώπους και ζώα έχουν εκδηλωθεί σε αρκετές περιοχές. Συγκεκριμένα, στην Αφρική, την Ασία, τη Μέση Ανατολή (Ισραήλ), την Ευρώπη και την Αυστραλία. Ενώ, το έτος 1999 αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά και στις ΗΠΑ, όπου η νόσος πλέον, στην εποχή μας, ενδημεί.⁶¹

Από το έτος 1996 και εξής έχουν καταγραφεί κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, τη Ρουμανία, την Ιταλία, την Ουγγαρία, την Τσεχία, την Πορτογαλία, τη Γαλλία και την Ισπανία.⁶¹

Όσον αφορά την Ελλάδα, όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα τα κρούσματα από τον Ιό του Δυτικού Νείλου είναι μειωμένα τα τελευταία χρόνια. Έτσι, το 2010 ο αριθμός των κρουσμάτων ανήλθε στα διακόσια εξήντα δύο (262) κρούσματα, ενώ το 2017 στα σαράντα οχτώ (48) κρούσματα. Τη στιγμή που τη διετία 2015 με 2016 δεν καταγράφηκαν κρούσματα από τον Ιό του Δυτικού Νείλου.⁶⁰ Δεν ισχύει, ωστόσο, το ίδιο για το έτος που διανύουμε, έτος 2018 όπου

παρατηρείται μία ανησυχητική έξαρση των κρουσμάτων. Μέχρι τον Αύγουστο του 2018, εκατόν τριάντα τρία (133) ήταν τα καταγεγραμμένα κρούσματα με δεκαέξι (16) θανάτους.⁶²

Κρούσματα λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου	Έτος									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Αριθμός κρουσμάτων	262	100	161	86	15	0	0	48		
Θάνατοι κρουσμάτων	35	9	18	11	6	0	0	5		

Εικόνα 13: Πίνακας με τα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό του Δυτικού Νείλου - Ελλάδα, έτη 2010 - 2017

3.2.2.7. Φυματίωση

Στις βιομηχανικές χώρες, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μία σημαντική αύξηση των κρουσμάτων και της φυματίωσης. Η φυματίωση αποτελεί μία οξεία ή χρόνια λοίμωξη η οποία προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Για την καλύτερη κατανόηση της λοίμωξης, ευρύτερα γνωστός είναι ο όρος βάκιλος του Koch ο οποίος περιγράφει την αιτία πρόκλησης της λοίμωξης. Ενώ, σπανιότερα, η φυματίωση προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο του βοός.⁶³

Η φυματίωση συνδέεται άμεσα με τις οικονομικές και κοινωνικές στερήσεις, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί σε αναπτυσσόμενα κράτη. Ενώ, κατά τους ειδικούς, η αύξησή της στις βιομηχανικές χώρες εξηγείται αποκλειστικά από το γεγονός της μετανάστευσης πληθυσμών. Έτσι, ως λοίμωξη που κυριαρχεί μεταξύ των ανθρώπων που έχουν γεννηθεί εκτός βιομηχανικών χωρών και συγκεκριμένα σε χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου, διαδίδεται και στις βιομηχανικές χώρες μέσω της μετανάστευσης και της προσφυγιάς.⁶³

Χώρες με υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης της νόσου και από τις οποίες προέρχεται ένας σημαντικός αριθμός μεταναστών - προσφύγων είναι: η Σομαλία (χώρα της ανατολικής Αφρικής), οι Αντίλλες (σύμπλεγμα νησιών στη βόρεια και κεντρική Αμερική) και το Σουρινάμ (χώρα στη νότια Αμερική). Το ποσοστό κρουσμάτων φυματίωσης σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζει αρκετές χρονικές αλλά και τοπικές διαφορές. Η αυξητική, ωστόσο, τάση της νόσου προκαλεί σοβαρές ανησυχίες και φόβους για την αναζωπύρωση λοιμωδών νοσημάτων. Ιδίως, αν αναλογιστεί

κανείς το χαμηλό επίπεδο συμμόρφωσης των μεταναστών σε διάφορα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας. Γεγονός το οποίο προβάλλει την ιδιαίτερη σημασία της ευθύνης για τους επιστήμονες υγείας.⁶³

3.2.2.8. Ηπατίτιδα

Η ηπατίτιδα (φλεγμονή του ήπατος) προκαλείται συνήθως από ιούς και είναι γνωστή ως ιογενής ηπατίτιδα. Μπορεί να είναι είτε οξεία (εμφανίζεται λίγες εβδομάδες μετά τη μετάδοση του ιού και μπορεί να αυτοιαθεί σε λίγους μήνες) είτε χρόνια, η οποία προκαλείται από τους ιούς της ηπατίτιδας B, D και κυρίως της ηπατίτιδας C.⁵⁰

Η ηπατίτιδα Β συνιστά ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας. Δύο (2) δισεκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί παγκοσμίως και περισσότεροι από τριακόσια πενήντα (350) εκατομμύρια έχουν χρόνια λοίμωξη. Η χρόνια λοίμωξη θέτει τον ασθενή σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου, υπεύθυνος για ένα (1) εκατομμύρια θανάτους ανά έτος.⁵⁰

Στην Ελλάδα, βάσει δεδομένων από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) τριακόσιες χιλιάδες (300.000) άνθρωποι είναι φορείς της ηπατίτιδας B και εκατόν πενήντα (150.000) φορείς της ηπατίτιδας C. Ενώ, η επίπτωση της νόσου ποικίλλει στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Έτσι, είναι υψηλότερη στη βόρεια Ελλάδα και κυρίως στην περιοχή της Μακεδονίας και Θράκης κυρίως λόγω της παρουσίας ειδικών πληθυσμών (οικονομικοί μετανάστες, αθίγγανοι κ.ά.).⁵⁰

Κλείνοντας την αναφορά στα τροπικά νοσήματα, αξίζει να σημειωθεί πως για λόγους συντομίας έγινε μία ενδεικτική παράθεση τροπικών νοσημάτων και δεν επιχειρήθηκε μία διεξοδική ανάλυση όλων των τροπικών νοσημάτων. Ενώ, ευθύς αμέσως ο λόγος επικεντρώνεται να μεν και πάλι σε ενδημικά νοσήματα όχι ωστόσο σε νοσήματα που ενδημούν κατά αποκλειστικότητα σε τροπικές περιοχές. Αλλά, σε ορισμένα νοσήματα που ενδημούν σε εύκρατες περιοχές (όπως σε χώρες της Ευρώπης). Συγκεκριμένα ο λόγος θα επικεντρωθεί στις αιμοσφαιρινοπάθειες και στις διάφορες υποκατηγορίες αυτών.⁵⁰

3.3. Αιμοσφαιρινοπάθειες

Για να επιτευχθεί μία φυσιολογική αλλά και αποδοτική μεταφορά οξυγόνου σε έναν ενήλικα άνθρωπο απαιτείται η σύνθεση ίσων αριθμών πολυπεπτιδικών αλυσίδων (α και β) οι οποίες σχηματίζουν το κανονικό μόριο της αιμοσφαιρίνης ενηλικού (HbA, α₂β₂). Ενδεχόμενη ανωμαλία των παραπάνω οδηγεί σε ποσοτικές και ποιοτικές διαταραχές οι οποίες ονομάζονται *αιμοσφαιρινοπάθειες*. Οι αιμοσφαιρινοπάθειες εκδηλώνονται με ποικίλους κλινικούς τρόπους και αποτελούν τον πιο συχνό γενετικό νόσημα παγκοσμίως. Ο αριθμός των ατόμων με αιμοσφαιρινοπάθειες ξεπερνά τα διακόσια εβδομήντα (270) εκατομμύρια παγκοσμίως.⁶⁴

Οι αιμοσφαιρινοπάθειες κατατάσσονται σε διάφορες κατηγορίες. Έτσι, οι αιμοσφαιρινοπάθειες οι οποίες οφείλονται σε μείωση της παραγωγής ενός τύπου αλυσίδων ονομάζονται *θαλασσαιμίες* ή αλλιώς *Μεσογειακά σύνδρομα* και αποτελούν την πιο συχνή κατηγορία. Οι θαλασσαιμίες ή τα Μεσογειακά σύνδρομα κατηγοριοποιούνται με τη σειρά τους ανάλογα με την αλυσίδα της αιμοσφαιρίνης που μειονεκτεί. Έτσι, έχουμε την α - μεσογειακή αναιμία, τη β - μεσογειακή αναιμία κ.ο.κ. Ενώ, οι διαταραχές οι οποίες οφείλονται σε μεταβολή αμινοξέων αποτελούν τις καθεαυτού *αιμοσφαιρινοπάθειες*. Στην κατηγορία αυτή υπάρχουν επίσης υποκατηγορίες. Ειδικότερα, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η αιμοσφαιρινοπάθεια C, η αιμοσφαιρινοπάθεια E, η αιμοσφαιρινοπάθεια O, η αιμοσφαιρινοπάθεια S κ.ο.κ.).⁶⁴

Για σκοπούς της παρούσας μελέτης ο λόγος δε θα επικεντρωθεί τόσο στην περιγραφή των εν λόγω νοσημάτων όσο στη γεωγραφική κατανομή αυτών, όπως έγινε και παραπάνω.

3.3.1. Α- Μεσογειακή αναιμία και Β - Μεσογειακή αναιμία

Η μεσογειακή αναιμία αποτελεί την πιο συχνή κληρονομική πάθηση του αίματος, παγκοσμίως. Βάσει ερευνών, όχι λιγότερο του 1,5% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή ογδόντα (80) με ενενήντα (90) εκατομμύρια άτομα είναι φορείς της β - μεσογειακής αναιμίας. Ενώ, υπολογίζεται πως εξήντα χιλιάδες (60.000) είναι τα συμπτωματικά βρέφη τα οποία γεννώνται ανά έτος.⁶⁵

Η α - *Μεσογειακή αναιμία* εμφανίζεται κυρίως στους κατοίκους της Άπω Ανατολής (Νότια και Ανατολική Ασία, Κίνα, Ταϊλάνδη, Φιλιππίνες). Ενώ, δεν εκλείπει και η εμφάνισή της σε πιο κλειστούς πληθυσμούς της Μεσογείου όπως είναι η Κύπρος στην οποία αναφέρεται η υψηλότερη

συχνότητα εμφάνισης *φορέων* σε ποσοστό 14%. Από την άλλη, η β – *Μεσογειακή αναιμία* απαντά κυρίως στους κατοίκους της Ανατολικής Μεσογείου. Ειδικότερα, στην Ελλάδα, τις Βαλκανικές χώρες, τη νότια Ιταλία κ.λπ.⁶⁵

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο επιπολασμός των *φορέων* της μεσογειακής αναιμίας αγγίζει τα εβδομήντα (70) ανά χίλια (1.000) άτομα γενικού πληθυσμού. Ενώ ο επιπολασμός των *ασθενών* με μεσογειακή αναιμία είναι τέσσερις χιλιάδες (4.000) σε πληθυσμό έντεκα (11) εκατομμυρίων. Τέλος, η γεωγραφική κατανομή των ασθενών ποικίλει. Με άλλα λόγια, η συχνότητα εμφάνισης στις περιοχές της Θεσσαλίας, της Δυτικής Πελοποννήσου και της Δυτικής Ηπείρου ανέρχεται μέχρι 15%. Αντιθέτως, σε περιοχές της Μακεδονίας η συχνότητα εμφάνισης είναι ιδιαίτερα μειωμένη.⁶⁵

3.3.2. Αιμοσφαιρινοπάθειες

Προχωρώντας με τις αιμοσφαιρινοπάθειες, η πιο συχνή κατηγορία αιμοσφαιρινοπάθειας είναι η *Αιμοσφαιρινοπάθεια S* η οποία απαντά κυρίως στις χώρες της Κεντρικής Αφρικής, στις Αραβικές χώρες, στην Ινδία, στη Βόρεια Αμερική, στη Νότια Ιταλία, στην Τουρκία αλλά και στην Ελλάδα μαζί με άλλες χώρες της Ανατολικής Μεσογείου.⁶⁴

Άλλες σημαντικές κατηγορίες αιμοσφαιρινοπάθειας αποτελούν: η αιμοσφαιρινοπάθεια C η οποία απαντά κατά βάση στη μαύρη φυλή, η αιμοσφαιρινοπάθεια E η οποία απαντά κυρίως στην Απω Ανατολή, αλλά και η Αιμοσφαιρινοπάθεια O η οποία απαντά σε υψηλά ποσοστά στην Ελλάδα και ιδίως στους Πομάκους της Θράκης αλλά και στη Ροδόπη.⁶⁴

Συνοψίζοντας ...

Τα τελευταία χρόνια, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, δέχονται μεγάλα κύματα εισροής μεταναστών και προσφύγων. Οι χώρες προέλευσης αυτών είναι κυρίως χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Βασικό γνώρισμα των εν λόγω χωρών αποτελεί το επιδημιολογικό προφίλ λοιμωδών νοσημάτων με σημαντικές αποκλίσεις από το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών. Γεγονός που συνιστά επιτακτική την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των νόσων σε μετανάστες και πρόσφυγες, ώστε να αποκλειστεί η μετάδοση των νόσων στο προσωπικό που τους εξυπηρετεί αλλά και στη χώρα που τους φιλοξενεί.

Προς την κατεύθυνση αυτή απαραίτητα είναι τα μέτρα και προς τους ταξιδιώτες οι οποίοι επισκέπτονται ενδημικές περιοχές, όπως είναι για παράδειγμα οι τροπικές περιοχές. Έχουν καταγραφεί αρκετά κρούσματα τροπικών και μη νοσημάτων τα οποία προήλθαν από ταξίδι σε ενδημική για τη νόσο χώρα του ασθενή. Τέλος, σημαντική για το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό είναι η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει περιστατικά τόσο τροπικών νοσημάτων όσο και νοσημάτων που ενδημούν σε περιοχές μη τροπικές από τις οποίες δύναται να προέρχονται οι ασθενείς (π.χ. α- μεσογειακή αναιμία στην Κύπρο).

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα τελευταία χρόνια οι συνθήκες πολιτισμικής ετερότητας οι οποίες διαμορφώνονται σε μία κοινωνία έχουν ως αποτέλεσμα την παρουσία και συνύπαρξη ομάδων στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που μιλούν διαφορετικές γλώσσες, έχουν διαφορετικές αξίες και διαφορετική θρησκεία. Η κατάσταση αυτή μεταφέρεται και στον χώρο της υγείας οδηγώντας σε αναπροσαρμογή του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται πλέον να αναγνωρίζει τις πολιτισμικές διαφορές, να δείχνει πολιτισμική ευαισθησία κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και να αποδέχεται την σημαντικότητα των πολιτισμικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αναδύονται στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είναι τα ηθικά ζητήματα. Με άλλα λόγια, τι θα πρέπει να κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό όταν αυτό που προστάζει η κουλτούρα των ατόμων είναι επαγγελματικά αντιδεοντολογικό; Πώς θα διαπραγματευτεί τη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που προστάζει η επαγγελματική του ηθική και σε αυτά που προκύπτουν από τις προσωπικές και πολιτισμικές αξίες των ασθενών (π.χ. διαδικασία ενημέρωσης ασθενών); Πώς πρέπει να ανταποκριθεί σε περιπτώσεις που οι επιθυμίες που προκύπτουν από τις πολιτισμικές πεποιθήσεις ενός ατόμου έρχονται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των άλλων(π.χ. επαγγελματιών υγείας);²⁰

Μία από τις καταστάσεις οι οποίες εγείρουν αρκετά ηθικά θέματα αποτελεί η διαδικασία πληροφόρησης των ασθενών ιδίως στις περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων. Άτομα που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα μπορεί να έχουν και διαφορετικές ανάγκες για πληροφόρηση. Λόγου χάριν, ορισμένες κουλτούρες δίνουν μεγάλη αξία στην κυριαρχία των ατόμων και στο δικαίωμά τους να κάνουν επιλογές για τη ζωή τους χωρίς την παρέμβαση άλλων (π.χ. στις Η.Π.Α.). Άλλες, όμως, κουλτούρες δίνουν μεγάλη αξία στην οικογένεια, στη συλλογική και κοινωνική λήψη αποφάσεων και στην υποχρέωση του κάθε μέλους της οικογένειας να θέτει τα συμφέροντα της οικογένειας πάνω από τα δικά του (π.χ. στο Πακιστάν οι ασθενείς δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις σχετικές με την κατάστασή τους).²⁰

Ένα επιπρόσθετο θέμα είναι αυτό της διακοπής της κύησης. Η διακοπή της κύησης στις περισσότερες θρησκείες αποτελεί πράξη αφαίρεσης ζωής και συνεπώς απαγορεύεται. Υπάρχουν, ωστόσο, θρησκείες οι οποίες τις επιτρέπουν υπό προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, οι Ισλαμιστές είναι ανεκτικοί ως προς τις αμβλώσεις μέχρι συγκεκριμένου σταδίου της εγκυμοσύνης (η αμβλωση δεν

επιτρέπεται μετά την πάροδο 120 ημερών κύησης). Αλλά, αρκετοί πιστοί διαφωνούν πάνω στο στάδιο αυτό. Το Κοράνι πάντως υποστηρίζει ότι όποιος αφαιρέσει ζωή αθώου είναι σαν να σκοτώνει ολόκληρη την ανθρωπότητα, ενώ όποιος σώσει μια ζωή είναι σαν να σώζει όλη την ανθρωπότητα.⁶⁶

Διαφορές στο οικείο ζήτημα εντοπίζει κανείς ανάμεσα και σε διαφορετικές κοινωνίες και όχι μόνο ανάμεσα σε θρησκείες. Στη Gadsup της Νέας Γουίνεας, για παράδειγμα, οι ιθαγενείς έχουν μεγάλη εκτίμηση για τα παιδιά και κυρίως για τα νεογέννητα. Έτσι, όταν έμαθαν ότι κάποιες δυτικές γυναίκες ζήτησαν να υποβληθούν σε έκτρωση, υπέστησαν πολιτισμικό shock. Από την άλλη, οι Εσκιμώοι δε θεωρούν το έμβρυο άνθρωπο παρά μόνο έως ότου γεννηθεί και του δώσουν όνομα, συνεπώς η διακοπή της κύησης δεν αποτελεί κάτι θλιβερό για αυτούς.⁶⁷

Πάνω στο θέμα της άμβλωσης αναδύεται και ένα άλλο σημαντικό ζήτημα, αυτό της άρνησης του νοσηλευτικού προσωπικού να συμμετέχει σε διακοπή κύησης. Ενδεικτικό παράδειγμα αυτό στο Νοσοκομείο της Σάμου. Το σύνολο των αναισθησιολόγων του Νοσοκομείου Σάμου το έτος 2017, με απόφασή τους που κοινοποιήθηκε εγγράφως στη διοίκηση του νοσοκομείου, αρνήθηκαν να χορηγήσουν αναισθησία σε περιπτώσεις διακοπής κύησης, εκτός αν συνέτρεχαν ιατρικοί λόγοι κινδύνου της ζωής ή της υγείας της εγκύου. Οι αναισθησιολόγοι επικαλέστηκαν το άρθρο 31 του Νόμου 3418/2005 (κώδικας ιατρικής δεοντολογίας) το οποίο αναφέρει πως «ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στις διαδικασίες τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της».⁶⁸

Κλείνοντας, ένα άλλο ηθικό ζήτημα προκύπτει όταν ο ασθενής αρνείται να αποδεχτεί μία συγκεκριμένη θεραπεία η οποία ενδέχεται να είναι και ζωτικής σημασίας. Λόγου χάριν, η μετάγγιση αίματος στους μάρτυρες του Ιεχωβά. Ένα περιστατικό από το Σύδνεϋ της Αυστραλίας αναφέρει:

«Μια 28χρονη γυναίκα και μάρτυρας του Ιεχωβά, αρνήθηκε να της χορηγηθεί αίμα και προτίμησε να πεθάνει, επειδή, όπως δήλωσε στους γιατρούς, η μετάγγιση αίματος αντιβαίνει στις θρησκευτικές της πεποιθήσεις. Η νεαρή γυναίκα από το Σύδνεϋ της Αυστραλίας, το όνομα της οποίας δεν δόθηκε στη δημοσιότητα, ήταν έγκυος στον έβδομο μήνα, όταν διαγνώσθηκε πως πάσχει από λευχαιμία. Οι γιατροί στο νοσοκομείο Prince of Wales Hospital την συμβούλευσαν να κάνει καισαρική το συντομότερο για να γεννηθεί το παιδί και στην συνέχεια να την υποβάλλουν σε χημειοθεραπείες για να σωθεί

η ζωή της. Εκείνη αρνήθηκε την καισαρική, επειδή θα χρειαζόταν μετάγγιση αίματος και είπε στους γιατρούς ότι προτιμά να πεθάνει εκείνη και το αγέννητο παιδί της. Η νεαρή γυναίκα πέθανε λίγο αργότερα και οι γιατροί του νοσοκομείου αποκάλυψαν το περιστατικό σε επιστημονική εφημερίδα...».⁶⁹

Ποια πρέπει λοιπόν να είναι η θέση του νοσηλευτή όταν έχει να πάρει μία απόφαση που είναι αντίθετη με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ή τις γενικότερες αξίες του ασθενή; Πόσο εφικτό είναι να πάρει μία τέτοια απόφαση; Ποιες παραμέτρους πρέπει να λάβει υπόψη και κυρίως υπάρχει κάποιο μοντέλο λήψης απόφασης που να λαμβάνει υπόψη τις αξίες και τα πιστεύω του ασθενή;⁶⁷

Τα τελευταία χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζονται μοντέλα λήψης αποφάσεων που λαμβάνουν υπόψη τους τις πολιτισμικές ετερότητες και διαφορές ως προς τη λήψη ηθικών αποφάσεων. Ένα από αυτά περιγράφεται ευθύς αμέσως, με την προϋπόθεση της αποδοχής πως επαγγελματίες υγείας και ασθενείς έχουν ίσης σπουδαιότητας ηθικά ενδιαφέροντα – αξίες.⁶⁷

Στάδιο πρώτο: Αξιολόγηση της κατάστασης (Συλλογή δεδομένων)

Οι επαγγελματίες υγείας εξετάζουν κριτικά τις δικές τους αξίες. Οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς συνυπάρχουν και εμπλέκονται ανθρώπινα. Στο στάδιο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας μαθαίνουν τα πολιτισμικά όρια, τις ηθικές αξίες και τους στόχους υγείας των ασθενών. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται από τον ασθενή αλλά και από άλλα σημαντικά για την ζωή του πρόσωπα. Ενώ, εντοπίζονται πληροφορίες σχετικά με τις κλινικές παραμέτρους της περίπτωσης. Τέλος, αναγνωρίζονται οι ρόλοι και οι ευθύνες του επαγγελματία υγείας, του ασθενή αλλά και άλλων σημαντικών ατόμων που εμπλέκονται στην κατάσταση.

Στάδιο δεύτερο: Αναγνώριση του ηθικού προβλήματος

Στο στάδιο αυτό είναι σημαντικό να εμπλακούν όλοι όσοι θα αποφασίσουν στη συζήτηση. Οι επαγγελματίες υγείας ρωτούν όλους όσους εμπλέκονται στο ηθικό ζήτημα να εξηγήσουν τις απόψεις τους, αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα του ηθικού προβλήματος – διλήμματος, αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα των εμπλεκόμενων αξιών και τέλος αναγνωρίζουν ποιες αξίες εμπλέκονται πιο σημαντικά.

Στάδιο τρίτο: Ανίχνευση Στρατηγικών

Στο στάδιο αυτό προσδιορίζονται: το χρονικό όριο λήψης της απόφασης, κάθε δυνητικός τρόπος δράσης, ο βαθμός προσκόλλησης κάθε δυνητικής επιλογής στο σύστημα αξιών, τις πολιτισμικές διαφορές και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενή, κάθε επιλογή που παραβιάζει

τις αξίες ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του επαγγελματία υγείας, τα θετικά και τα αρνητικά αποτελέσματα κάθε επιλογής καθώς και οι κίνδυνοι- ωφέλειες κάθε επιλογής. Επίσης, ορίζονται εναλλακτικές επιλογές δράσης οι οποίες διαβαθμίζονται με βάση την προτεραιότητα στις αξίες του ασθενή.

Στάδιο τέταρτο: Λήψη απόφασης

Επιλέγεται εκείνος ο τρόπος δράσης που αντανακλά καλύτερα στην κρίση του επαγγελματία υγείας

Στάδιο πέμπτο: Εκτίμηση των αποτελεσμάτων της απόφασης

Στο στάδιο αυτό της εκτίμησης των αποτελεσμάτων απαντώνται τα εξής ερωτήματα: Συμμετείχαν όλοι οι σημαντικά εμπλεκόμενοι στην διαδικασία λήψης της απόφασης; Έμειναν ικανοποιημένοι με τη διαδικασία λήψης της απόφασης; Ήταν τα αποτελέσματα τα αναμενόμενα; Τι θα μπορούσε να είχε γίνει διαφορετικά; Ποιες οι μελλοντικές συστάσεις;

Περίληψη

Η πολυπολιτισμικότητα, ως βασικό γνώρισμα σχεδόν κάθε σύγχρονης δυτικής κοινωνίας, υποδεικνύει και επιβάλλει έναν νέο τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Το αυξημένο μεταναστευτικό και προσφυγικό ρεύμα και το φαινόμενο της πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης γνωρίζουν ραγδαία αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες. Ως εκ τούτου, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τον 21ο αιώνα και αποτελεί μια νομική αλλά και ηθική υποχρέωση για όλους η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με πολιτισμικά ορθό τρόπο. Η εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής και η Διαπολιτισμική Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού κρίνονται ουσιαστικές προς την κατεύθυνση αυτή.

Η ανάγκη για την παροχή πολιτισμικά ορθής νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μία πρόκληση για το σύγχρονο νοσηλευτικό προσωπικό. Ενώ, αναμφισβήτητα, δεν αποτελεί και ένα εύκολο εγχείρημα. Προκειμένου να ανταποκριθεί στη συγκεκριμένη απαίτηση, το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να μάθει και να γνωρίζει τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή και επακόλουθα να παρέχει τις υπηρεσίες του προσαρμόζοντάς τις κάθε φορά, αναλόγως των απαιτήσεων του ασθενή, είτε εκείνος είναι αλλοδαπός είτε ημεδαπός.

Ανάμεσα στις χώρες οι οποίες δέχονται μεγάλα κύματα εισροής μεταναστών και προσφύγων, τα τελευταία χρόνια, είναι και η Ελλάδα. Βασικό γνώρισμα των χωρών από τις οποίες προέρχονται αυτοί αποτελεί το επιδημιολογικό προφίλ λοιμωδών νοσημάτων (κυρίως τροπικών νοσημάτων) με σημαντικές αποκλίσεις από το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών. Γεγονός που εφιστά την προσοχή για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των νόσων σε μετανάστες και πρόσφυγες, ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα μετάδοσης των νόσων στο προσωπικό που τους εξυπηρετεί αλλά και στη χώρα που τους φιλοξενεί.

Λέξεις – Κλειδιά:

Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, ηθική υποχρέωση, πολιτισμικά ορθή φροντίδα, Λοιμώδη νοσήματα – Τροπικά νοσήματα

Βιβλιογραφία

1. Ζυγά, Σ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική. Αθήνα: Βήτα; 2010.
2. Fong, H. J., Surg A., Longnecker, N. Doctor-Patient Communication: A Review. TheOchsner Journal 2010; 10:38-43. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>. Accessed: June 20, 2018.
3. Leininger, M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. JurnalTransculting Nursing 2002, 13:189–192.
4. Ασπράκη, Γ., Λιονής, Χ., Πιτέλου, Ε. Ο ορισμός του νοσήματος και της αρρώστιας - μια κοινωνικοανθρωπολογική προσέγγιση. Στο Ιατρός – Ασθενής: Η ανθρωπολογική προσέγγιση. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5811/1/02_chapter_02.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Ιούνιος 20, 2018.
5. Γερογιάννη, Γ., Πλεξίδα, Α. Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. Το βήμα του Ασκληπιού 2008, 7, 113-119. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2002_08/VA_REV_1_07_02_08.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Ιούνιος 21, 2018.
6. Κελέση, Μ., Φασόη, Γ., Παπαγεωργίου, Δ. Ε. Εισαγωγή στην Επιστήμη της Νοσηλευτικής. Εννοιολογικό και Φιλοσοφικό Πλαίσιο. Αθήνα: Κωνσταντάρας; 2016.
7. Καδιγιαννόπουλος, Γ. Μεταναστευτικό ρεύμα και διαπολιτισμική νοσηλευτική. Πεμπτούσια 2015. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://www.pemptousia.gr/2015/09/metanastefiko-revma-ke-diapolitismiki-nosileftiki/>. Τελευταία πρόσβαση Ιούνιος 13, 2018.
8. Καλαφάτη, Μ., Παϊκοπούλου, Δ. Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική 2011, 50: 49–62. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-42.pdf. Τελευταία πρόσβαση Ιούνιος 17, 2018.
9. Σαρρής, Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήση; 2001.
10. Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης; 2006.

11. Papadopoulos, I., Καλοκαιρινού, Α., Κούτα, Χ. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2011.
12. Καδιγιαννόπουλος, Γ. Προσεγγίζοντας με διαπολιτισμική ματιά τον ασθενή και την ασθένεια. Πεμπτούσια; 2015. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.pemptousia.gr/2015/09/prosengizontas-me-diapolitismiki-matia-ton-astheni-ke-tin-asthenia/>. Τελευταία πρόσβαση Μάιος 24, 2018.
13. Leininger, M. Overview and reflection of the theory of culture care and the ethnonursing research method. Journal of Transcultural Nursing 1997, 8:32-51.
14. Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. International Nursing Review 2008, 55: 164-170.
15. Κούτα, Χ. Υγεία και κουλτούρα. Νοσηλευτική 2007, 46: 176-180. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/09/get_pdf-28.pdf. Τελευταία πρόσβαση Ιούνιος 6, 2018.
16. Maier-Lorentz, M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. Journal of Cultural Diversity 2008, 15: 37-43.
17. Papadopoulos, I., Lees, S. Developing culturally competent researchers. Journal of Advanced Nursing 2002, 37:258–264.
18. Γκόβαρης, Χ. Εισαγωγή στη διαπολιτισμική εκπαίδευση. Αθήνα: Ατραπός; 2004.
19. Μάρκου, Γ., Προσεγγίσεις της Πολυπολιτισμικότητας και η Διαπολιτισμική Εκπαίδευση – Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης, 1998β.
20. Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. Κοινοτική Νοσηλευτική Ι. Πολιτισμικές Επιδράσεις στη Νοσηλευτική Φροντίδα. Αθήνα: Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, 2015. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://opencourses.uoa.gr/courses/NURS1/>. Τελευταία πρόσβαση Μάιος 25, 2018.
21. Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Panagiotakos, D.B., Tsetis, D., Castanas, E., Shea, S., Venihaki, M., Lionis, C. Impact of religiosity/ spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. Hormones 2013, 12: 386-396. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24121380>. Last access: June 18, 2018.
22. Read, J., Gibson, K., Cartwright, C., Shiels, C., Dowrick, C., Gabbay, M. Understanding the non-pharmacological correlates of self-reported efficacy of

- antidepressants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015; 131(6): 434-45. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600242/>. Last access: June 19, 2018.
23. Cook, C. Overview: The Many Faces of Diversity. *The Online Journal of issues in nursing* 2003 Jan;8(1). Available at: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/TheManyFacesofDiversityOverview.html>. Last access: July 23, 2018.
24. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας; 2001. Άντληση από: https://www.teicrete.gr/nosil/sites/teicrete.gr.nosil/files/kwdikas_noshl_deontologia_s.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Ιούλιος 21, 2018.
25. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εκπαίδευση. (2011). Διαπολιτισμικά Νοσηλευτικά Ζητήματα μέσα από την εκπαίδευση. Άντληση από: <http://vanissaction.blogspot.gr>. Τελευταία πρόσβαση: Ιούλιος 23, 2018.
26. Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx, B., Denier, Y. How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research. *BMC Medical Ethics* 2017, 18:2. Available at: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0163-8>. Last access: July 23, 2018.
27. Αποστολαρά, Π. Διαπολιτισμική Επικοινωνία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2013, 6 (1): 3-4.
28. Williamson, M., Harrison. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2010, 47(6):761-769.
29. Μπακιρτζής, Κ. Επικοινωνία και αγωγή. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg; 2002.
30. Dewit, S. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος; 2001.
31. DiMatteo, M. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας (Μτφρ. Ραρή, Ε). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2006.
32. Λιονής, Χ. Σχέση Ιατρού – Ασθενούς: Οδηγίες για μια καλύτερη επικοινωνία. Πανεπιστήμιο Κρήτης; 2011.
33. Κουτελέκος, Ι., Γερογιάννη, Γ. Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2011, 10 (4): 480-489.
34. Κουτσιαντά, Κ. Συναισθήματα και εμπειρίες νοσηλευτών ΜΕΘ που έχουν στην φροντίδα τους ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο. *Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής* 2018, 100-103.

35. Marcysiak, M., Dąbrowska, O., Marcysiak, M. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. *Progress in Health Sciences* 2013, 3 (1): 104-110. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/9188/4686e27f918646287e390553efeea739238b.pdf>. Last access: August 9, 2018.
36. Beckstrand, R., Callister, L., Kirchoff, K. Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of life care. *American Journal of Critical Care*, 2006. 15(1):38-45. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16391313>. Last access: August 9, 2018.
37. Κωνσταντινίδης, Θ., Φιλαλήθης Α. Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. *Νοσηλευτική* 2013, 52 (2): 117 - 130. Άντληση από: http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-26.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 8, 2018.
38. Ζαρταλούδη, Α. Διαπολιτισμική διερεύνηση του πένθους και του θρήνου. *Interscientific Health Care* 2010, 2 (2): 55-63. Άντληση από <https://www.inhealthcare.gr/article/el/diapolitismiki-diereunisi-tou-penthous-kai-tou-thrinou>. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 5, 2018.
39. Νίλσεν, Μ., Παπαδάτου Δ. Το πένθος στη ζωή μας. Αθήνα: Εκδόσεις Μέριμνα; 1998.
40. Γιαννουλάτου, Α. Όψεις Ινδουισμού – Βουδδισμού. Αθήνα: Εκδόσεις Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών; 1985.
41. M. Hayek, *Le Christ de l’Islam*, Paris 1959, 239-271. Α. Γιαννουλάτου, *Ισλάμ*, Αθήνα: Ακρίτας 2006, 219.
42. Eues, K. End-of-life Care: Improving Quality of Life at the End of life. *Professional Case Management* 2007; 12 (6): 339–344. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030155>. Last access: June 28, 2018.
43. Kemp, C. Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing* 2005, 21(1):44-52. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807056>. Last access June: 23, 2018.
44. Queensland Health. Health care providers’ handbook on Muslim patients (2nd edition). Available at: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0034/155887/islamgde2ed.pdf. Last access September 27, 2018.
45. Ζιάκας, Γ. Θρησκείες και Πολιτισμοί της Ασίας, (2η έκδ.). Αθήνα: Σφακιανάκη; 2008.

46. Caring for the Christian Patient. Available at: <https://www.ashfordstpeters.info/images/other/PAS04.pdf>. Last access September 27, 2018.
47. Simpson, J. Nursing with dignity. Part 9: Jehovah's Witnesses. Nursing Times 2002, 98 (17): 36. Available at: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/haematology/nursing-with-dignity-part-9-jehovahs-witnesses/206276.article>. Last access September 27, 2018.
48. Κυριαζή, Ζ. (2016). Πρόσφυγας ή μετανάστης; Ποια η διαφορά. Άντληση από: <https://analuseto.gr/prosfigas-i-metanastis-pia-i-diafora/>. Τελευταία πρόσβαση: Σεπτέμβριος 2, 2018.
49. Κυριόπουλος, Γ. Δημόσια Υγεία και Μετανάστευση (Τόμος 6). Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2003.
50. Θέμελη – Διγαλάκη, Α. Μεταδοτικές και αναδυόμενες λοιμώξεις σε πρόσφυγες και μετανάστες. Επιστημονικά Χρονικά 2016, 21(1): 6-10. Άντληση από: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p16-1-1.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 29, 2018.
51. Μπαμπάτσικου, Φ. Τροπικά νοσήματα: Σύγχρονη ιατρο-νοσηλευτική προσέγγιση. Το βήμα του Ασκληπιού 2017, 16(2): 73-79. Άντληση από: https://www.researchgate.net/publication/317039364_Tropical_Diseases_Contemporary_medical-nursing_approach. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 23, 2018.
52. Κουτής, Χ. Μπαμπάτσικου, Φ. Τροπικά Νοσήματα (4η έκδ.). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.; 2016.
53. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2011). Ελονοσία (Malaria). Άντληση από: http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/malaria_faqs.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 22, 2018.
54. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2017). Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης. Ελονοσία στην Ελλάδα, έτος 2017, έως 15/12/2017. Άντληση από: http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AF%CE%B1/2017/Malaria_report_GR_2017_15_12_2017.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 22, 2018.
55. Kothari, A., Pruthi, A., Chugh, T.D. The burden of enteric fever. Journal of Infection Developing Countries 2008, 2:253–259.

56. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2011). Τυφοειδής και παρατυφοειδής πυρετός. Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης.
57. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2018). Επιδημιολογικά δεδομένα για τον Τυφοειδή πυρετό/ Παράφυτο στην Ελλάδα, 2004-2017. <http://www.keelpno.gr/>.
58. Samanidou-Voyadjoglou, A., Patsoula, E., Spanakos, G., Vakalis, N. C. Confirmation of *Aedes albopictus* (Skuse) (Diptera: Culicidae) in Greece. *European Mosquito Bulletin* 2005, 19: 10-12.
59. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2015). Νοσήματα που μεταδίδονται με το «κουνούπι τίγρη» (*Aedes albopictus*): Δάγκειος πυρετός και νόσος Chikungunya. Άντληση από: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter/2015/%CE%95%CE%9D%CE%97%CE%9C%CE%95%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%20%CE%94%CE%95%CE%9B%CE%A4%CE%99%CE%9F%20%CE%9A%CE%95%CE%95%CE%9B%CE%A0%CE%9D%CE%9F%20%CE%9C%CE%91%CE%99%CE%9F%CE%A3%202015.pdf>. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 22, 2018.
60. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Χολέρα (ICD-10 A00): Περιγραφή νοσήματος. Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης Άντληση από: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%A4%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%AE/%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%AD%CF%81%CE%B1/%CE%A7%CE%9F%CE%9B%CE%95%CE%A1%CE%91%20%20%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AE%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf>. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 23, 2018.
61. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2018). Ιός του Δυτικού Νείλου. Άντληση από: <http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%B7.aspx>. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 24, 2018.
62. <https://www.newsbomb.gr/ygeia/news/story/911751/stoys-16-oi-nekroi-apo-ton-io-toy-dytikoy-neiloy>.
63. Αλικάρη, Δ. Επιπολασμός φυματίωσης σε μετανάστες και επίπτωση στους γηγενείς πληθυσμούς της Ευρώπης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012, 11(3): 330 -346.
64. Παγκάλου, Ευ., Μελέτης, Γ. Αιμοσφαιρινοπάθειες. Άντληση από: https://www.researchgate.net/profile/John_Meletis/publication/314231729_TIMETIKO_S_TOMOS_KATHEGETOU_GIANNE_MELETE_Aimosphairinopatheies/links/

[58bbc164a6fdcc2d14e28294/TIMETIKOS-TOMOS-KATHEGETOU-GIANNE-MELETE-Aimosphairinopatheies.pdf](https://www.researchgate.net/publication/334111111_58bbc164a6fdcc2d14e28294/TIMETIKOS-TOMOS-KATHEGETOU-GIANNE-MELETE-Aimosphairinopatheies.pdf). Τελευταία πρόσβαση: Σεπτέμβριος 3, 2019.

65. Κουτελέκος, Ι., Χαλιάσος, Ν. Μεσογειακή αναιμία. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2013, 2(3): 101-112. Άντληση από: http://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue3/232.pdf. Τελευταία πρόσβαση: Αύγουστος 23, 2018.
66. Σιδερά, Γ., Αθανασοπούλου, Μ. Η Τεχνητή Διακοπή Κύησης και οι στάσεις της κοινωνίας απέναντι σε αυτήν. Καλαμάτα: Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας; 2010. Άντληση από: [file:///C:/Users/ERGEN/Downloads/SDO_DMYP_01036_Medium%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ERGEN/Downloads/SDO_DMYP_01036_Medium%20(1).pdf). Τελευταία πρόσβαση: Σεπτέμβριος 29, 2018.
67. Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. Ηθικά διλήμματα στη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS189/2%20%CE%97%CE%98%CE%99%CE%9A%CE%91%20%CE%94%CE%99%CE%9B%CE%97%CE%9C%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%99%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97.ppt>. Τελευταία πρόσβαση Σεπτέμβριος 29, 2018.
68. Σάμος: Αναισθησιολόγοι αρνούνται τις εκτρώσεις για λόγους ηθικής. Πρώτο θέμα, 2017. Άντληση από: <https://www.protothema.gr/greece/article/680418/samos-anaisthisiologoi-arnoudai-tis-ektroseis-gia-logous-ithikis/>. Τελευταία πρόσβαση: Σεπτέμβριος 29, 2018.
69. Madata. Μάρτυρας του Ιεχωβά προτίμησε το θάνατο από τη μετάγγιση αίματος; 2016. Άντληση από: <https://www.madata.gr/epikairoτητα/world/410159-martyras-toy-iechova-protimhse-to-thanato-apo-th-metagghish-aimatos.html>. Τελευταία πρόσβαση: Σεπτέμβριος 29, 2018.