|  |
| --- |
| IHU.png |

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΌΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΏΝ ΣΠΟΥΔΏΝ ΣΤΗ ΔΙΟΊΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

**Της**

**ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΣΙΩΗ**

Επιβλέπων Καθηγητής

Μηνασίδου Ευγενία

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη διοίκηση μονάδων υγείας & πρόνοιας

Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2020



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



**Μπορείτε να:**

* Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
* Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

**Υπό τους ακόλουθους όρους:**

* Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
* Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
* Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια CreativeCommonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

# Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

* Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
* Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, ημέρα, μήνας, έτος

Ο/Η Δηλών/ούσα: Βασιλική Σιώη

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή**: Η σημερινή κοινωνία αποτελεί σύνθεση ποικίλων ομάδων, που διαφοροποιούνται ως προς το φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό τους υπόβαθρο. Η σταδιακή αύξηση της πολιτιστικής διαφοροποίησης καθώς και η ανάγκη διαφορετικών ομάδων να ζήσουν μαζί και να επικοινωνούν επαρκώς, συμβάλουν στην ανάπτυξη της διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

**Σκοπός**: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας στην παροχή Διαπολιτισμικής φροντίδας.

**Υλικό και μέθοδος**: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 120 επαγγελματίες υγείας, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε κατά την περίοδο 3 Μαΐου έως 15 Ιουνίου 2020. Για την διερεύνηση της ετοιμότητας για παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας, επιλέχθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο που αποτελείται συνολικά από 62 ερωτήσεις. Ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας cronbach’s στις επιμέρους διαστάσεις, κυμάνθηκε από 0,81 έως και 0,94.

**Αποτελέσματα**: Το 79,2% του δείγματος ήταν γυναίκες με μέση ηλικία ίση με 43,59%. Φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πολιτιστικής έκθεσης και της πολιτιστικής αυτο-αποτελεσματικότητας του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, φάνηκε ότι το επίπεδο γνώσεων συσχετίζεται με το φύλο, το επάγγελμα, την παρακολούθηση σεμιναρίων διαπολιτισμικής υγείας και την ύπαρξη κοινωνικών πολυπολιτισμικών συναναστροφών. Στο επίπεδο άνεσης, οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι η εκπαίδευση, το επάγγελμα και η ύπαρξη κοινωνικών συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Τέλος ο βαθμός ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας για την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλός.

**Συμπεράσματα**: Η διαπολιτισμική φροντίδα απαιτεί την περίθαλψη των ασθενών ως μοναδικά άτομα, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτιστικές τους ανάγκες. Προϋποθέτει οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν, να κατανοούν και να προσδιορίζουν τους πολιτιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών και να ασκούν την πρακτική ανάλογα. Η ενσωμάτωση του πολιτιστικού περιεχομένου στα προγράμματα σπουδών υγείας είναι απαραίτητη.

Λέξεις κλειδιά: διαπολιτισμική φροντίδα, διαπολιτισμικότητα, πολυπολιτισμικότητα

# ABSTRACT

**Introduction**: Today's society is a synthesis of diverse groups, which differ in their racial, ethnic and socio-economic background. The gradual increase of cultural differentiation as well as the need of different groups to live together and to communicate adequately, contributes to the development of intercultural communication.

**Aim**: The purpose of this study was to research the readiness of health professionals to provide Intercultural care.

**Material and methods**: The study population consisted of 120 health professionals, medical and nursing staff working in a Hospital of Northern Greece. The questionnaires were collected during the period May 3 to June 15, 2020. To investigate the readiness for intercultural care, a relevant questionnaire consisting of a total of 62 questions was selected, Cronbach’s internal relevance index in the individual dimensions ranged from 0.81 to 0.94.

**Results**: 79.2% of the sample was women with a mean age of 43.59%. There seemed to be a statistically significant correlation between cultural exposure and the cultural self-efficacy of medical staff. In addition, the level of knowledge appeared to be related to gender, occupation, attending intercultural health seminars and the existence of multicultural social gatherings. At the level of comfort, the contributing factors are education, profession and the existence of social interactions with people of different cultural backgrounds. Finally, the degree of readiness of health professionals to provide intercultural health care is not very high.

**Conclusions**: Intercultural care requires treating patients as individuals, taking into account their cultural needs. It requires health professionals to know, understand and identify the cultural factors associated with patient care and to practice accordingly. The integration of cultural content into health curricula is essential.

Keywords: intercultural care, interculturalism, multiculturalism

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

[Υπεύθυνη Δήλωση 3](#_Toc53580862)

[ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4](#_Toc53580863)

[ABSTRACT 5](#_Toc53580864)

[ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ 8](#_Toc53580865)

[Κατάλογος πινάκων 8](#_Toc53580866)

[Κατάλογος εικόνων 8](#_Toc53580867)

[Κατάλογος διαγραμμάτων 8](#_Toc53580868)

[ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 10](#_Toc53580869)

[1. Φροντίδα υγείας 11](#_Toc53580870)

[1.1 Παροχή υπηρεσιών υγείας 12](#_Toc53580871)

[1.2 Πρόσβαση στην υγεία 13](#_Toc53580872)

[1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας 17](#_Toc53580873)

[2. Διαπολιτισμική φροντίδα υγείας 20](#_Toc53580874)

[2.1 Οι δυσκολίες στην παροχή φροντίδας 24](#_Toc53580875)

[2.2 Πολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας 25](#_Toc53580876)

[3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση 31](#_Toc53580877)

[ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 34](#_Toc53580878)

[Σκοπός 35](#_Toc53580879)

[Υλικό και Μέθοδος 35](#_Toc53580880)

[Κριτήρια ένταξης 36](#_Toc53580881)

[Εργαλεία μέτρησης 36](#_Toc53580882)

[Στατιστική ανάλυση 37](#_Toc53580883)

[Αποτελέσματα 38](#_Toc53580884)

[Περιγραφική στατιστική ανάλυση 38](#_Toc53580885)

[Επαγωγική στατιστική ανάλυση 44](#_Toc53580886)

[Συσχετίσεις 55](#_Toc53580887)

[4.Συζήτηση 57](#_Toc53580888)

[5. Συμπεράσματα 60](#_Toc53580889)

[Προτάσεις 61](#_Toc53580890)

[Περιορισμοί Μελέτης 61](#_Toc53580891)

[Βιβλιογραφία 62](#_Toc53580892)

[Παράρτημα 67](#_Toc53580893)

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

## Κατάλογος πινάκων

[Πίνακας 1: Ορθολογική ταξινόμηση 28](#_1y810tw)

[Πίνακας 2: Δείκτες εσωτερικής συνάφειας (Cronbach’salpha) 35](#_3o7alnk)

[Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία 36](#_ihv636)

[Πίνακας 4: Επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 40](#_1hmsyys)

[Πίνακας 5: Σύγκριση φύλου με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 41](#_3fwokq0)

[Πίνακας 6: Σύγκριση ομιλίας άλλης γλώσσας εκτός των ελληνικών με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 42](#_4f1mdlm)

[Πίνακας 7: Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 43](#_19c6y18)

[Πίνακας 8: Σύγκριση εκπαίδευσης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 46](#_28h4qwu)

[Πίνακας 9: Σύγκριση επαγγέλματος με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 48](#_1mrcu09)

[Πίνακας 10: Σύγκριση παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 49](#_2lwamvv)

[Πίνακας 11: Σύγκριση ύπαρξης κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 50](#_3l18frh)

[Πίνακας 12: Συσχετίσεις 53](#_1egqt2p)

## Κατάλογος εικόνων

[Εικόνα 1: Σύνολο νοσοκομείων ανά 100.000 κατοίκους ανά περιφέρεια, 2001 & 2011 14](#_26in1rg)

[Εικόνα 2: Σύνολο νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 πληθυσμό, ανά περιφέρεια,2001 & 2011 15](#_lnxbz9)

[Εικόνα 3: Μοντέλο πολιτισμικής φροντίδας 23](#_44sinio)

## Κατάλογος διαγραμμάτων

[Διάγραμμα 1: Οικογενειακή κατάσταση 63](#_2r0uhxc)

[Διάγραμμα 2: Εκπαίδευση 63](#_3q5sasy)

[Διάγραμμα 3: Έχετε κάνει Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό; 64](#_25b2l0r)

[Διάγραμμα 4: Τμήμα εργασίας 64](#_kgcv8k)

[Διάγραμμα 5: Σύγκριση φύλου με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 65](#_34g0dwd)

[Διάγραμμα 6: Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 65](#_1jlao46)

[Διάγραμμα 7: Σύγκριση εκπαίδευσης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 66](#_2iq8gzs)

[Διάγραμμα 8: Σύγκριση επαγγέλματος με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 66](#_xvir7l)

[Διάγραμμα 9: Σύγκριση παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 67](#_3hv69ve)

[Διάγραμμα 11: Σύγκριση ύπαρξης συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης 67](#_1x0gk37)

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# 1. Φροντίδα υγείας

Σε κάθε χώρα υπάρχει ένα σύστημα κοινωνικών τομέων οι οποίοι αλληλεπιδρούν και διασυνδέονται μεταξύ τους. Ένας από αυτούς τους τομείς είναι και το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, γνωστό και ως υγειονομικό σύστημα περίθαλψης. Στο πέρασμα του χρόνου, η περίθαλψη έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην συνολική υγεία της κοινωνίας, αντιμετωπίζοντας ασθενείς και τραυματισμένους αλλά και συμβάλλοντας στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας. Με την ανάπτυξη του ελεύθερου εμπορίου και την ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών, η περίθαλψη έχει γίνει ένα από τα πολλά προϊόντα και υπηρεσίες που διατίθενται προς πώληση στην ελεύθερη αγορά. Σε πολλά κράτη όμως οι ολοένα και αυξανόμενες κοινωνικές απαιτήσεις των πολιτών είχαν ως αποτέλεσμα η φροντίδα υγείας και η περίθαλψη να καταστούν δημόσιο αγαθό, την ευθύνη των οποίων έχει αποκλειστικά το κράτος. Έτσι δημιουργήθηκαν τα εθνικά συστήματα υγείας όπου αντί οι υπηρεσίες να αγοράζονται και να πωλούνται, παρέχεται πλέον η υγειονομική περίθαλψη στα άτομα με βάση τις ανάγκες που προκύπτουν, προς το συμφέρον της κοινωνικής πρόνοιας. Το διαφορετικό οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον των χωρών έχει σαν συνέπεια τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, να διαφέρουν μεταξύ τους και να ποικίλλουν στη δομή και τον τρόπο λειτουργίας τους (Wojtczak, 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η υγεία μπορεί να οριστεί ως «μια κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η καλή υγεία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως αυτό της εκπαίδευσης και της απασχόλησης. Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων καθορίζουν την κατάσταση της υγείας, συμπεριλαμβανομένου των ατομικών παραγόντων, των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, των γενικών κοινωνικοοικονομικών, πολιτιστικών και περιβαλλοντικών συνθηκών και της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (WHO, 2008).

Οι Τατσιώνη και συν. (2015*)* αναφέρουν ότι κοινωνική ασφάλιση μπορεί να επιτευχθεί και να διακριθεί με βάση το ρόλο και τη συμμετοχή της πολιτείας σε αυτή. Όταν οι ασφαλιστικές ανάγκες και δαπάνες καλύπτονται αποκλειστικά από το κράτος πρόκειται για το σύστημα τύπου Beveridge. Μια ευρωπαϊκή σύγκριση των χρηματοοικονομικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές, αλλά εξακολουθεί να είναι δυνατή μια γενική ταξινόμηση των ασφαλισμένων σε δύο βασικά συστήματα. Στην περίπτωση που το κράτος διαδραματίζει ελάχιστα παρεμβατικό ρόλο και εφαρμόζει μόνο ρυθμίσεις στην αγορά, ακολουθείται το φιλελεύθερο σύστημα, όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που βασίζεται κυρίως σε κοινωνικές εισφορές, ονομάζεται σύστημα τύπου Bismarck, ενώ όταν η χρηματοδότηση προέρχεται από φόρους, ονομάζεται σύστημα Beveridge.

Με άλλα λόγια, ένα βέλτιστο σύστημα Bismarck δεν οδηγεί σε αναδιανομή των πόρων μεταξύ των διάφορων ομάδων εισοδήματος, αλλά το σύστημα Beveridge περιέχει αναδιανομή. Επομένως ο στόχος του συστήματος Bismarck είναι η διασφάλιση ενός βιοτικού επιπέδου, ενώ το σύστημα Beveridge επικεντρώνεται στην εξασφάλιση ενός επιπέδου διαβίωσης (Cesifo, 2008).

## 1.1 Παροχή υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με το περιφερειακό γραφείο του Π.Ο.Υ., στην Ευρώπη ,το σύστημα υγείας κάθε χώρας σχεδιάζεται με στόχο την παροχή ανθρωποκεντρικών ποιοτικών υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός γίνεται με βάση τις εκάστοτε ατομικές ανάγκες και τις γενικότερες ανάγκες του πληθυσμού. Οι πόροι πρέπει να διαχειρίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε, όσο είναι εφικτό, να ελαχιστοποιούνται οι περιττές δαπάνες και η αποτελεσματικότητα να βρίσκεται στο βέλτιστο επίπεδο, συμβάλλοντας έτσι στην έγκαιρη αντιμετώπιση των αιτιών που ευθύνονται για την κακή πορεία της υγείας και στην προώθηση της ευημερίας των πολιτών (WHO, 2020). Η παροχή υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας και οι διαδικασίες που την απαρτίζουν επηρεάζονται από το γενικότερο πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν ένα πολύπλοκο και πολυδύναμο σύστημα το οποίο μεταλλάσσεται αναλόγως με τις πολιτικές συνθήκες που επικρατούν και τις κοινωνικές ζυμώσεις που γίνονται στον πυρήνα της κοινωνίας. Συνεπώς η απόδοση ενός τέτοιου συστήματος αποτελεί καίριο ζήτημα για κάθε κράτος, αποδεικνύοντας τον ύψιστο βαθμό δυσκολίας της λειτουργίας του. Ωστόσο ο Π.Ο.Υ επιχειρεί να διατυπώσει έναν συνοπτικό ορισμό, ταυτίζοντας το σύστημα με όλες εκείνες τις δραστηριότητες που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας (Παπαθεοδώρου & Μωισίδου, 2011).

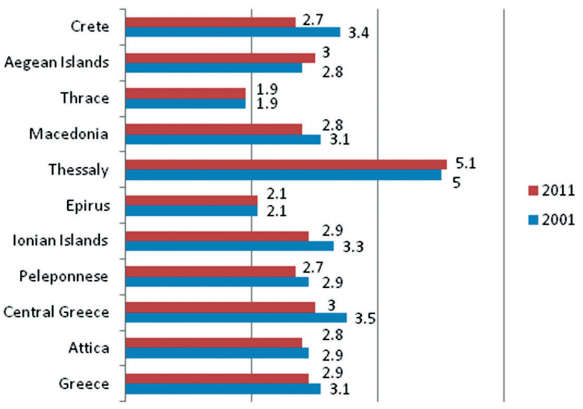
## 1.2 Πρόσβαση στην υγεία

Σύμφωνα με την Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, «Ο καθένας έχει το δικαίωμα σε ένα επίπεδο διαβίωσης, κατάλληλο για την υγεία και την ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένων της τροφής, της ένδυσης, της στέγασης και της ιατρικής περίθαλψης» Η συγκεκριμένη δήλωση υποδηλώνει ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι ανθρώπινο δικαίωμα. Ωστόσο, ορισμένοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη. Η πρόσβαση συχνά συνδέεται με της αρχή της δικαιοσύνης. Η ίση πρόσβαση για όλους θεωρείται ως μία δίκαια και ενιαία πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ελαχιστοποιώντας τις επί μέρους διαφορές που προκύπτουν. Συνεπώς όταν υπάρχει ορθολογική κατανομή των πόρων ανεξαρτήτου εθνοτικού υποβάθρου, η πρόσβαση θεωρείται ίση. Το εθνικό υπόβαθρο μπορεί να οριστεί ως μία συμμετοχή σε μια κοινωνική ομάδα με βάση τον κοινό πολιτισμό, η οποία θα μπορούσε να περιλαμβάνει στοιχεία της ιστορίας της, της γεωγραφικής προέλευσης, της θρησκείας, της γλώσσας, τη διατροφής και άλλα (Norredametal., 2007).

Το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται διαχρονικά από άνιση κατανομή των υποδομών, των ανθρώπινων αλλά και των οικονομικών πόρων, στις εκάστοτε περιφέρειες της χώρας (εικόνα 1 και εικόνα 2).Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι παραδοσιακά, οι πόροι στην υγεία δεν διατίθενται σύμφωνα με τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

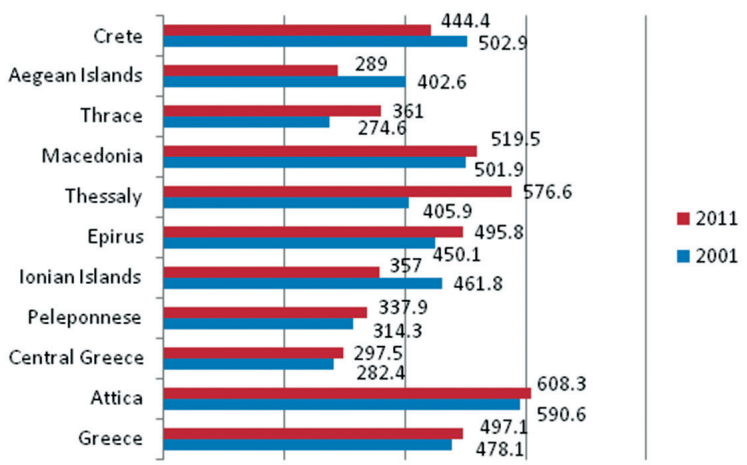
Αντ΄αυτού, κατανεμήθηκαν με βάση το τι ίσχυε τα παλαιότερα χρόνια, ιστορικό προηγούμενο, την πολιτική διαπραγμάτευση και μέσω των κεντρικών γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι διακρίσεις και η περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία, η προαγωγή της υγείας και η ασφάλιση υγείας αυξάνουν την ευάλωτη υγεία των μεταναστών. Η διαφορετική κουλτούρα, τα γλωσσικά εμπόδια και η ανασφάλεια στη χώρα υποδοχής δεν επιτρέπουν στους μετανάστες και πρόσφυγες να αντιμετωπίζουν επαρκώς τις ανάγκες υγείας και καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση στις κατάλληλες πληροφορίες και υπηρεσίες. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην έχουν επίγνωση των πολύπλοκων αναγκών των μεταναστευτικών πληθυσμών (WHO, 2015).Υπάρχουν σημαντικές αναντιστοιχίες μεταξύ των προσδοκιών των επαγγελματικών υγείας, των αναγκών των ασθενών και των προτύπων παροχής υπηρεσιών. Αυτό εξηγείται από τη χαμηλή λήψη προληπτικών μέτρων από ορισμένες ομάδες, από τις καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε περίθαλψη για σοβαρές καταστάσεις ή από την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης για κάτι που θεωρείται ιατρικά «ασήμαντο». Οι τρέχουσες πολιτικές αποκρίσεις έχουν μετατοπιστεί από την προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς των ανθρώπων, στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ανησυχιών των χρηστών μέσα από καταλληλότερες και νέες μορφές παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά περιορισμένες ενδείξεις για την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και των πεποιθήσεων για την υγεία, στα πρότυπα χρήσης των καταναλωτών και χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες για την ενημέρωση της παροχής περίθαλψης. Υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για περιθωριοποιημένες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των αστέγων, των ομάδων νέων μεταναστών αλλά και του τυπικού πληθυσμού της χώρας (Gullifordetal., 2001)

**Εικόνα 1: Σύνολο νοσοκομείων ανά 100.000 κατοίκους ανά περιφέρεια, 2001 & 2011**



Πηγή: ELSTAT, 2015d.

**Εικόνα 2: Σύνολο νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 πληθυσμό, ανά περιφέρεια,2001 & 2011**



Πηγή : ELSTAT, 2015d

Με βάση το μοντέλο του Tanahashi (1978) η πορεία που διανύουν οι πολίτες μέσα στο σύστημα υγείας, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους για παροχή υγειονομικής φροντίδας, περνάνε κατά σειρά από πέντε επίπεδα μέχρι να καλυφθούν με αποτελεσματικό τρόπο:

1) Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Ανθρώπινο δυναμικό, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός.

2) Πρόσβαση υγειονομικής φροντίδας: α) Οικονομική πρόσβαση (ασφαλιστική κάλυψη υγείας, συμπληρωμές). β) Γεωγραφική πρόσβαση (χρόνος που χρειάζεται για μετακίνηση).

3) Αποδοχή της φροντίδας: Η εξυπηρέτηση των χρηστών και η αλληλεπίδρασή του με τους παρόχους σε συνδυασμό με το επίπεδο άνεσης.

4) Κάλυψη Επαφής: Η εμπειρία της πραγματικής επαφής των χρηστών με τους επαγγελματίες υγείας ως καθοριστικός παράγοντας της μελλοντικής τους συμπεριφοράς ως προς την αναζήτηση τους.

5) Αποτελεσματικότητα: Η εμπιστοσύνη που έχουν οι πολίτες στην κρίση του γιατρού, η προσφυγή στο γιατρό ως καθοριστικός παράγοντας μιας καλής κλινικής έκβασης.» (Πασσά και συν., 2018)

Η ανισότητα στην πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες υγείες αλλά και στις διάφορες διαδικασίες αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, των μεταναστών, πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις γενικές ανισότητες που ισχύουν για αυτούς τους πληθυσμούς. Η έλλειψή της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συνδέεται στενότερα με τη θέση που κατέχουν οι μετανάστες στην κοινωνική δομή παρά με τους νομικούς παράγοντες, οι δυσκολίες πρόσβασης στους μηχανισμούς της και η εξάρτησή τους από την εργασία και τις οικονομικές συνθήκες, η νομική και εκπαιδευτική κατάσταση, η ίδια η λογική της κουλτούρας υγειονομικής περίθαλψης ή ο τρόπος ζωής, είναι μόνο μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν δυσκολίες στην προσαρμογή των μεταναστών στους μηχανισμούς υγείας (Vazquezetal., 2014).

Ο Τούντας (2000) αναφέρει ότι η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και μεγαλώνει ο κάθε άνθρωπος. Οι ανισότητες που υπάρχουν στις κοινωνίες έχουν αντίκτυπο και στην υγεία με αποτέλεσμα τόσο η πρόσβαση όσοι και οι υπηρεσίες που την αφορούν να μην κατανέμονται ισομερώς στον πληθυσμό. Η πρόσβαση στην υγεία αλλά και οι διαθέσιμοι πόροι της, είναι ανάλογες με την θέση που κατέχει το άτομο μέσα στην κοινωνία, έτσι παρατηρούνται σοβαρές ανισότητες ανάμεσα στα άτομα αλλά και σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Απ’ όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τρεις:

Α) Η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία,

Β) Οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, έτσι όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση,

Γ) Οι κοινωνικές αξίες, που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια.

Στην Αμερική, ο βαθμός των ανισοτήτων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών χωρίς έγγραφα είναι πολυεπίπεδος. Οι μετανάστες αποκλείονται συστηματικά από την ασφάλιση υγείας και σε συνδυασμό με τα χαμηλά εισοδήματα των νοικοκυριών, την αύξηση του πληθυσμού των μεταναστών, τις χρόνιες παθήσεις τους, τη μείωση των επιπέδων υγείας όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τους στις ΗΠΑ και η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, επιδεινώνει τις ανισότητες υγείας για αυτόν τον πληθυσμό. Επιπρόσθετα οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για τους μετανάστες που στερούνται εγγράφων, είναι πολύ μικρότερες σε σχέση με άλλους πολίτες (Navaroetal., 2017).

Σύμφωνα με την έρευνα των Linhasetal. (2018) είναι πιθανό οι μετανάστες να έχουν κακή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω της αδυναμίας τους να περιηγηθούν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών αποτελεί σημαντική πρόκληση και η πρόσβαση στην περίθαλψη διαφέρει για τους γηγενείς και τους μετανάστες. Οι ανάγκες και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών, μπορούν να επηρεαστούν από τις δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τις διακρίσεις και τις μειωμένες κοινωνικοοικονομικές ευκαιρίες που δίδονται.

## 1.3 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η κοινωνία έχει καταλάβει τον ρόλο που παίζει η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Οι κακές επιλογές στον τρόπο αντιμετώπισης των νοσημάτων που κάνουν οι ασθενείς, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εξέλιξη της ευαισθητοποίησης του κοινού για την ποιότητα της περίθαλψης. Η ασφάλεια των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο στην απόδοση της ποιότητας, αλλά είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η ποιότητα και η ασφάλεια δεν είναι το ίδιο πράγμα. Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα υποσύνολο της ευρύτερης, πολυπλοκότερης και πολυδιάστατης έννοιας της ποιότητας (Buttelletal., 2007).

Ο  κάθε  οργανισμός  υγείας  πρέπει  να  λειτουργεί  έχοντας  καλλιεργήσει  οργανωσιακή  κουλτούρα  ποιότητας  στο  προσωπικό  του,  χτίζοντας  στρατηγική  για  εκπαίδευση  του  ανθρώπινου  δυναμικού  και  αναπτύσσοντας  στρατηγικές  ανάληψης  δράσης  υπό  αυτό  το  πρίσμα. Είναι  καθήκον  της  διοίκησης  να  δημιουργήσει  τις  σωστές προϋποθέσεις και το κατάλληλο περιβάλλον  για  την  ανάπτυξη  και  διατήρηση  της  ποιότητας  και  μόνο  έτσι  μπορεί  η  ποιότητα  να  γίνει  αναπόσπαστη  πτυχή  των  δραστηριοτήτων κάθε εργαζομένου (Μαλλιαρού και συν 2008).

Oι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία που πρέπει να χαρακτηρίζουν τους επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα το ιατρικό προσωπικό, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού *προς τους ασθενείς η οποία πρέπει να είναι φιλική, ευγενική και να διακατέχεται από τον απόλυτο σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού η οποία σχετίζεται άμεσα* με την ετοιμότητα και την ταχύτητα της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των περιστατικών και η συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού και λοιπού προσωπικού που εμπλέκεται στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας αποτελούν μέρος εκ των βασικότερων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα στον τομέα της υγείας (Θανασάς, 2019).

Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε έναν ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής γι’ αυτή την υπηρεσία. Αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η «γενική αξιολόγηση της τελειότητας ή της ανωτερότητας μιας οντότητας, και ότι αυτή η κρίση ή αξιολόγηση είναι παρόμοια µε την στάση και σχετίζεται µε την ικανοποίηση, αλλά δεν είναι ισοδύναμη. Συνεπώς, η ποιότητα των υπηρεσιών έχει πολλές εκφάνσεις και με βάση αυτές αναπτύσσεται και το εκάστοτε μεθοδολογικό εργαλείο. Το πιο εύχρηστο και ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο, είναι το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει είναι οι ακόλουθες:

Αξιοπιστία (Reliability): η δυνατότητα του νοσοκομείου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις του και να παρέχει την υπηρεσία µε ακρίβεια και σοβαρότητα σε όλους τους ασθενείς.

Ανταπόκριση (Responsiveness): η προθυμία του νοσοκομείου και του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς σε όλα τα θέματα και να παρέχει άμεσα την υπηρεσία.

Διασφάλιση (Assurance): η γνώση και η τεχνική εξειδίκευση του προσωπικού και οι δυνατότητές του να μεταβιβάσουν και να προβάλλουν εμπιστοσύνη, αξιοπιστία και ασφάλεια στους ασθενείς.

Ενσυναίσθηµα (Empathy): η παροχή της υπηρεσίας µε φροντίδα, κατανόηση και εξατομικευμένη προσοχή σε όλους τους ασθενείς.

Απτά χαρακτηριστικά (Tangibles): οι εγκαταστάσεις, η ποιότητα του εξοπλισμού που παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες,η εμφάνιση, η καθαριότητα και η συνεχή παρουσία του προσωπικού, οι συνθήκες και η λειτουργικότητα της επικοινωνίας και των υλικών της τεχνολογίας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

Οι κρίσεις που παρατηρούνται στις εκάστοτε χώρες, είτε αυτές είναι οικονομικές είτε αφορούν υγειονομικούς παράγοντες, είτε είναι πολιτικές ή οφείλονται σε εμπόλεμες καταστάσεις οδηγούν σε μεταναστευτικές ροές. Οι άνθρωποι αναζητούν καλύτερη ποιότητα ζωής, και συνεπώς ποιότητα στην υγεία τους, μετακινούνται με παράνομους ή μη τρόπους προς άλλες χώρες, όπου μπορούν να ευημερήσουν τόσο κοινωνικοοικονομικά όσο και προσωπικά.

Ως καταστροφή συχνά περιγράφεται το αποτέλεσμα συνδυασμού της έκθεσης σε κάποιο κίνδυνο, των συνθηκών τρωτότητας που υπάρχουν και της ανεπαρκούς ικανότητας ή μέσων για τη μείωση ή την αντιμετώπιση των πιθανών αρνητικών συνεπειών. Οι φθορές, οι καταστροφές και οι απώλειες, κυρίως σε ανθρώπινες ζωές, είναι αυτές κου καθορίζουν το μέγεθος της καταστροφής και την γενικότερη έκταση που έχουν πάρει. Ο ανθρώπινος παράγοντας είναι αυτός που κινεί τα νήματα, μεμονωμένα ή συλλογικά, ώστε να περιοριστούν τα αποτελέσματα των καταστροφών μέσα από την έγκαιρη πρόγνωση και την πρόληψη τους, αλλά και μετριάζοντας τις επακόλουθες καταστάσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης δημιουργώντας ένα μοτίβο διαχείρισης ανάλογων καταστάσεων. Κινητήριος δύναμη της διαχείρισης μιας μαζικής καταστροφής είναι φυσικά η προστασία της ανθρώπινης ζωής, της περιουσίας - δημόσιας ή ιδιωτικής - και του περιβάλλοντος, και αυτό φυσικά είναι ένα τρίπτυχο που ισχύει διεθνώς, με τη διαφορά ότι η ικανότητα ανταπόκρισης σε αυτήν την αποστολή είναι κάτι που παρουσιάζει ανομοιομορφία (Merekoulia&Tsironi, 2019).

# 2. Διαπολιτισμική φροντίδα υγείας

Η πολυπολιτισμικότητα μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια απλή κοινωνιολογική πραγματικότητα. Αναφέρεται στον πολιτιστικό πλουραλισμό των κοινωνιών, που στην Ευρώπη συχνά ενισχύονταν από μεταναστευτικές ροές λόγω της υποχώρησης των αποικιακών αυτοκρατοριών ή μετανάστευσης λόγω ανθρωπιστικής και οικονομικής κρίσης. Η πολυπολιτισμικότητα μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας ενός έθνους και της κουλτούρας που ορίζεται ως πλαίσιο, μέσα στο οποίο τα προβλήματα εγείρονται από ομαδικές διαφορές. Η αναγνώριση της πολυπολιτισμικότητας οδηγεί στην κατανόησή της ως πολιτικό και δημόσιο πεδίο φιλοσοφίας. Είναι μάλλον μια προσπάθεια αντιμετώπισης των ανισοτήτων που συμβαίνουν παρά την αρχή της ισότητας που καθορίζεται από τις φιλελεύθερες και κοσμικές παραδόσεις. Η πολυπολιτισμικότητα επιδιώκει να προσφέρει μια θεραπεία για τις ανισορροπίες και τις διακρίσεις που απορρέουν από το διαφορετικό εθνοτικό, πολιτιστικό ή εθνικό υπόβαθρο, δεδομένης της συνειδητοποίησης ότι «η πολιτική και ο νόμος εξαρτώνται σε κάποιο βαθμό από τις κοινές ηθικές αξίες και αναπόφευκτα αντικατοπτρίζουν τους κανόνες της κοινωνίας στην οποία ανήκουν (Bezunarteaetal., 2011).

H διαπολιτισμικότητα αναφέρεται σε μια δημιουργική διαδικασία, που απαιτεί την αποδοχή και γνώση του έτερου πολιτισμού, σε όλα του τα επίπεδα. Περιλαμβάνει μια διαδραστική διάσταση και ενισχύει την ικανότητα των ατόμων να δημιουργούν και να εγκαθιδρύουν κοινές «ταυτότητες». Σημαίνει αλληλεπίδραση, αμοιβαιότητα, πραγματική αλληλεγγύη (Cyprus Ministry of Education 2006).

Οι έννοιες της κοσμοαντίληψης, της ταυτότητας και των διαφορών, επηρέασαν την κατανόησή για τις διαπολιτισμικές διαδικασίες, καθώς οδηγούν σε μια αναζήτηση συνάφειας, συνοχής και ισορροπίας που τείνουν να εξαλείψουν ορισμένες συγκρούσεις, ασάφειες και αντιφάσεις που διαπερνούν τις κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εθνοτικών ομάδων, αντί να πληροφορούν και να υποδεικνύουν ότι αυτές οι συγκρούσεις υπάρχουν. Είναι έννοιες που, είτε από αντανακλαστική ή μη προοπτική, ενθαρρύνουν μια ανιστόρητη προοπτική των μαζών και των σχέσεων που μελετώνται. Η μονομερής αναζήτηση των διαφορών, οδηγεί στην υπογράμμιση τις ασυμβατότητας, κάτι που είναι σημαντικό ώστε να γίνουν αντιληπτές οι δυσκολίες που υπάρχουν στο χτίσιμο της διαπολιτισμικότητας. Ωστόσο, αυτή η έμφαση που δίδεται, οδηγεί συχνά στο να αγνοηθεί η ύπαρξη ομοιοτήτων, οι οποίες βοηθούν στη διαμόρφωση καλύτερων τρόπων ανάπτυξης των διαδικασιών προσέγγισης (Menendez, 2016).

Η διαπολιτισμικότητα οδηγεί εκούσια στην πολιτισμική διαφορετικότητα είτε αφορά σε άτομα είτε σε πληθυσμιακές ομάδες μέσα στην ίδια την κοινωνία. Συμβάλει ώστε να γίνουν αντιληπτές οι διαφορετικότητες των ομάδων, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στην κουλτούρα, στον πολιτισμό, στον τρόπο ζωής και άλλα που οδηγούν σε διαφορετικές αξίες, στόχους και πρακτικές.

H συμπεριφορά ενός ασθενούς επηρεάζεται, εν μέρει, από το πολιτιστικό του υπόβαθρο. Παρόλο που ορισμένα χαρακτηριστικά και στάσεις σχετίζονται με συγκεκριμένες πολιτιστικές ομάδες, δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι από το ίδιο πολιτιστικό υπόβαθρο τις ίδιες συμπεριφορές και απόψεις. Όταν ο νοσηλευτής φροντίζει έναν ασθενή από μια διαφορετική κουλτούρα από τη δική του, πρέπει να γνωρίζει και να σέβεται τις πολιτιστικές προτιμήσεις και πεποιθήσεις του, χωρίς να βασίζεται σε στερεοτυπικές απόψεις. Διαφορετικά, μπορεί να θεωρηθεί αναίσθητος και αδιάφορος, πιθανώς ακόμη και ανίκανος. Ο καλύτερος τρόπος για να αποφευχθούν οι στερεοτυπικές τάσεις, είναι η αντιμετώπιση κάθε ασθενή ως μοναδικό ανακαλύπτοντας πάντα τις πολιτιστικές του προτιμήσεις (Nursing, 2005).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι τόσο μια ειδικότητα όσο και μια γενική πρακτική. Επικεντρώνεται σε παγκόσμιους πολιτισμούς και συγκριτικά πολιτιστικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας και νοσηλευτικής. Ιδρύθηκε ως επίσημος τομέας έρευνας και πρακτικής πριν από σαράντα και πλέον χρόνια. Στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι ή παροχή πολιτισμικά συμβατής φροντίδας.«Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένα μέσον που βοηθά στην παραγωγή διαπολιτισμικής φροντίδα υγείας. Οι διαπολιτισμικοί νοσηλευτές μελετούν τις σχέσεις της φροντίδας και του πολιτισμού, από την νοσηλευτική σκοπιά. Διαθέτοντας έναν συνδυασμό εκπαίδευσης και εμπειρίας, παρέχουν γνώσεις και ασφάλεια σε άτομα διαφορετικών πολιτισμών» (Murphy, 2006).

Οι στόχοι της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι συνοπτικά οι παρακάτω:

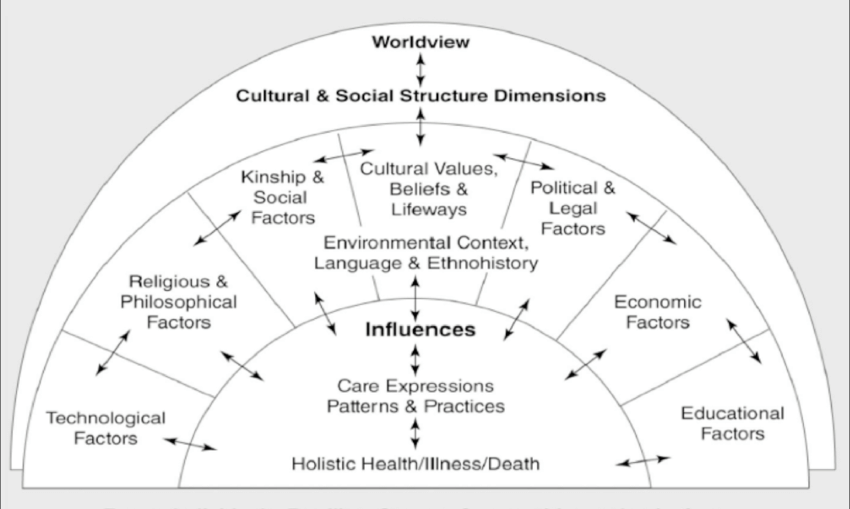
* Η αναγνώριση και κατανόηση της διαφορετικότητας
* Ο σεβασμός για κάθε κουλτούρα
* Η θετική στάση σε κάθε μορφή διαφορετικότητας
* Η συνειδητοποίηση της σημασίας της πολιτισμικής ποικιλίας. Η διατήρηση της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης μεταξύ των ανθρώπων. Η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων
* Η παροχή ίσων ευκαιριών και πρόσβασης σε όλους

H επικοινωνία, δηλαδή η διαδικασία της ανταλλαγής πληροφοριών και μηνυμάτων μεταξύ δύο ή περισσοτέρων μερών, για τα οποία η πληροφορία έχει νόημα οπότε αποκτά νόημα και η ανταλλαγή της ως πράξη, είναι το ουσιαστικότερο μέσο που διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας (Αργυριάδης, 2016).

Ως διαπολιτισμική μεσολάβηση ορίζονται όλες εκείνες οι δραστηριότητες που στοχεύουν στη μείωση των αρνητικών συνεπειών λόγω των γλωσσικών φραγμών, των κοινωνικοπολιτισμικών διαφορών και των εντάσεων μεταξύ εθνοτικών ομάδων, σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης. Ο τελικός σκοπός είναι η δημιουργία επιλογών υγειονομικής περίθαλψης που είναι ίσες για τους μετανάστες και τους εγγενείς ασθενείς σχετικά με την προσβασιμότητα και την ποιότητα (αποτέλεσμα, ικανοποίηση του ασθενούς, σεβασμός των δικαιωμάτων του ασθενούς). Στην ουσία η διαπολιτισμική διαμεσολάβηση είναι ένας τρόπος για να επιτευχθεί η εξάλειψη αυτών των διαφορών, βελτιώνοντας την επικοινωνία και συνεπώς ενεργώντας στρατηγικά στη σχέση περίθαλψης ασθενούς και παρόχου. Έτσι η σχέση του ασθενούς αλλά και του παρόχου υγειονομικής φροντίδας ενισχύεται, ώστε η υγειονομική περίθαλψη να ταιριάζει καλύτερα στις ανάγκες του ασθενούς και ο πάροχος φροντίδας να μπορεί να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά. Εκτός από την γεφύρωση του γλωσσικού και πολιτισμικού χάσματος, η διαπολιτισμική διαμεσολάβηση διευκολύνει την θεραπευτική προσέγγιση που πρόκειται να ακολουθηθεί, συμβάλλοντας θετικά στη δημιουργία ολοκληρωμένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων που πρόκειται να είναι καλύτερα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των μεταναστών (Verrept&Coune, 2016).

Ο όρος υγεία, με τη μεταβλητή φύση και τα νοήματα της, συμπεριλαμβανομένου των εννοιών της, διαφέρει από τον ένα πολιτισμό στον άλλο και απαιτεί αναγνώριση της πολιτιστικής διαφοράς, της αξίας και των εφαρμογών της φροντίδας υγείας. Το κύριο στοιχείο της διαπολιτισμικής προσέγγισης στην οποία κάθε επαγγελματίας υγείας έχει ενεργό ρόλο, είναι το άτομο. Η διαπολιτισμική προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά οι νοσηλευτές κατέχουν την προνομιακή θέση της συνεχούς επαφής. Σύμφωνα με το μοντέλο της Leininger (εικόνα 3), μόνο οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν διαπολιτισμικές υπηρεσίες υγείας, επειδή ο κύριος στόχος της νοσηλευτικής είναι να παρέχει μια υπηρεσία φροντίδας που σέβεται τις πολιτιστικές αξίες και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Οι νοσηλευτές πρέπει να προσφέρουν αποδεκτή, προσιτή και πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα σε όλα τα άτομα και ανεξάρτητα από τις συνθήκες που επικρατούν (Deger, 2018).

**Εικόνα 3: Μοντέλο πολιτισμικής φροντίδας**



Πηγή: Leininger, 2002

## 2.1 Οι δυσκολίες στην παροχή φροντίδας

Γενικά, οι υπηρεσίες υγείας δεν αναγνωρίζουν ούτε εκτιμούν συγκεκριμένους τρόπους κουλτούρας για να κάνουν πράγματα, ούτε περιμένουν από τα άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες υγείας να συμπεριφέρονται, να αισθάνονται ή να εκφράζουν συναισθήματα, ή να ορίζουν την υγεία και την ασθένεια τους με τον ίδιο τρόπο. Η βιβλιογραφία ονομάζει αυτόν το τύπο υπηρεσιών ως «μονοπολιτισμικό». Τέτοιες υπηρεσίες μπορεί να συμβάλλουν σιωπηρά στον αποκλεισμό ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, προς όφελος της κυρίαρχης πλειοψηφίας.

Οι πρακτικές υγείας είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε πολιτιστική τύφλωση, σε παρανοήσεις ακόμη και «εσφαλμένη διάγνωση». Οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώσουν διάφορες ανάγκες ανάλογα με την καθημερινή τους κατάσταση (εργασιακό περιβάλλον), το πολιτιστικό υπόβαθρο και την προσωπική τους εμπειρία (π.χ. προηγούμενο επεισόδιο ασθένειας, κοινωνικός ρόλος κ.λπ.).. Δηλαδή ενδέχεται να προκύψουν αποκλίνουσες ή ακόμη και συγκρουόμενες αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια επάνω στην κλινική πρακτική (Côté, 2012).

Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η διαπολιτισμική φροντίδα στο νοσοκομείο, διότι εκεί η περίθαλψη είναι συνεχής, απαραίτητη και αναπόφευκτη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ωστόσο, η δυνατότητα παροχής καλής διαπολιτισμικής φροντίδας σε αυτό το πλαίσιο, επηρεάζεται αρνητικά από τους γλωσσικούς φραγμούς, τη χαμηλότερη παιδεία σε θέματα υγείας και τους κοινωνικοοικονομικούς στρεσογόνους παράγοντες των μειονοτήτων, των ή προσφύγων και των μεταναστών παράνομων ή μη.

Η έλλειψη πόρων στα νοσοκομεία (χρόνος, χρήμα και άτομα), οξύνει τις διαφορές στις πολιτιστικές παραδόσεις, στις διαφορές κατανόησης της ασθένειας και της θεραπείας αλλά και των αρνητικών στάσεων μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών. Οι φροντιστές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τη διαπολιτισμική πραγματικότητα, εφαρμόζοντας πρακτικές νοσοκομειακής περίθαλψης στις οποίες προσπαθούν να βρουν μια αξιοπρεπή λύση σε μια κατάσταση ανθρώπινης ευπάθειας (Degrieetal., 2017).

Οι επαγγελματίες υγείας σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο ασθενείς με διάφορες εθνικές ιδιαιτερότητες. Ο Π.Ο.Υ έδωσε έμφαση στη σημασία ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που είναι ικανό να παρέχει υγειονομική περίθαλψη στο άτομο. Ωστόσο, οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών επηρεάζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και την ποιότητα της περίθαλψης. Η πολιτιστική επίδραση στην επικοινωνία, επικεντρώνεται κυρίως στις δεξιότητες επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας. Για να βελτιωθεί η διαπολιτισμική επικοινωνία και στη συνέχεια, η ποιότητα της περίθαλψης απαιτείται κατανόηση της διαδικασίας επικοινωνίας ως εμπειρία από μη γηγενείς ασθενείς (Paternotteetal., 2017).

Η διαμόρφωση ενός «ανοιχτού» πνεύματος και η κατανόηση του κόσμου μέσα από άτομα, πολιτισμικά διαφορετικά, είναι μια άλλη πτυχή της πολιτισμικής επίγνωσης η οποία αποκτάται με συνεχή εκπαίδευση και διεύρυνση γνώσεων-ικανοτήτων, που αφορούν στην πολιτισμική φροντίδα. Τα εμπόδια στη διεκπεραίωση της εργασίας του επαγγελματία υγείας είναι συχνά πολλά, αλλά όχι ανυπέρβλητα.

Ο συνεχής και αδιάλειπτος τρόπος εκπαίδευσης των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης επιδρά θετικά ώστε αυτοί να είναι συνειδητοποιημένοι στα θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας καθώς και να αναγνωρίζουν τον ρόλο που παίζει η πολιτισμική ικανότητα στην φροντίδα υγείας που παρέχουν. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει γενναία βήματα προς την κατεύθυνση της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας, δεν έχουν αξιολογηθεί όμως διεξοδικά, ώστε να αναλυθεί περαιτέρω η επάρκεια των γνώσεων και ικανοτήτων του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων των στάσεων και πεποιθήσεών τους σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας (Μπουτσιούκα και συν., 2017).

## 2.2 Πολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας

Οι υπερεθνικοί φορείς υγείας και ορισμένα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχουν εντοπίσει βασικούς τομείς σχετικά με την προώθηση του δικαιώματος των μεταναστών στην υγεία, με στόχο τη διασφάλιση προσιτής και αποδεκτής ποιότητας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους διεθνείς μετανάστες. Ενώ πολλές ανεπτυγμένες χώρες έχουν συστήσει για την υγεία, κατευθυντήριες γραμμές και έγγραφα πολιτικής που αναφέρονται σε αλλοδαπούς μετανάστες, η κακή τήρηση και εφαρμογή τους οδηγούν σε εμπόδια. Τα εμπόδια περιλαμβάνουν την έλλειψη νομικής προστασίας, την περιορισμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, την ανεπαρκή γνώση του συστήματος υγείας και την έλλειψη κοινωνικού δικτύου.

Αυτές οι δυσκολίες συνδυάζονται περαιτέρω από τις δυσκολίες της γλώσσας και της επικοινωνίας αλλά και των εμπειριών περιθωριοποίησης και διακρίσεων. Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, σύνθετα ρυθμιστικά πλαίσια μαζί με ασαφείς ή κακές κατευθυντήριες γραμμές, μπορεί να οδηγήσουν σε περιττούς εσωτερικούς περιορισμούς, αβεβαιότητες, βραχυπρόθεσμα μέτρα έκτακτης ανάγκης και ανισότητες. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών έχουμε κακά αποτελέσματα και κακή πρόσβαση στην υγεία για τους μετανάστες (Agbataetal., 2018).

Οι έννοιες της κοσμοαντίληψης, της ταυτότητας και της διαφορετικότητας αντί να οδηγήσουν τις κοινωνίες στην παροχή πληροφοριών που δείχνουν ότι αυτές οι συγκρούσεις υπάρχουν, επηρέασαν την κατανόησή μας για τις διαπολιτισμικές ζυμώσεις που υφίστανται, καθώς οδήγησαν σε μια αναζήτηση συνάφειας, συνοχής και ισορροπίας. Η συγκεκριμένη αναζήτηση τείνει να εξαλείψει ορισμένες συγκρούσεις, ασάφειες και αντιφάσεις που διαπερνούν τις κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εθνοτικών. Υπάρχει κάτι που συμβαίνει τόσο σε εθνοτικές όσο και σε μη εθνοτικές ομάδες, η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας, ανεξάρτητα αν ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό η αλλού, είναι άντρες υψηλότερης κοινωνικής θέσης ενώ οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας, ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνική βαθμίδα. Ο έλεγχος της ιεραρχικής γνώσης ασκείται από τους άνδρες, ενώ η παραδοσιακή γνώση είναι γυναικείο καθήκον (Menendez, 2016).

Η θρησκεία αποτελεί ένα στεγανό σύστημα πίστης και λατρείας και ορίζεται ως «σύνολο πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών που βασίζονται στις διδασκαλίες ενός πνευματικού ηγέτη». Πολλά μυστήρια όπως η ζωή και ο θάνατος, η υγεία και η ασθένεια, ο πόνος και η δυστυχία, σχετίζονται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Όταν εμφανίζονται, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορεί να αμφισβητηθούν, να απορριφθούν ή να ισχυροποιηθούν.

Οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούνται από διάφορους τύπους εθνικών μειονοτήτων, που είναι είτε μετανάστες και οι απόγονοί τους, είτε ιθαγενείς και οι απόγονοί τους. Μια μειονότητα έχει συνήθως κάποιο φυσικό ή πολιτισμικό χαρακτηριστικό όπως το γένος, τη φυλή, τα θρησκευτικά πιστεύω ή το επάγγελμα το οποίο διαφοροποιεί τα μέλη της μέσα στην κουλτούρα. Οι μειονότητες και οι εθνικές ομάδες προστατεύονται από τα ανθρώπινα δικαιώματα κι έτσι έχουν το δικαίωμα να διατηρούν την πολιτισμική τους ταυτότητα, τις πρακτικές της θρησκείας τους και τη χρήση της γλώσσας τους (Καλαφάτη & Παϊκοπούλου, 2011).

Τα γλωσσικά εμπόδια μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια πρόκληση στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά ταυτόχρονα και οι πολιτισμικές διαφορές στην αντίληψη της υγείας / ασθένειας, οι εμπειρίες ασθενείας και το επίπεδο παιδείας αποτελούν προβλήματα που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίσουν. Μια γλωσσική δυσκολία είναι ίσως το πιο εύκολο πρόβλημα που μπορεί να εντοπιστεί επειδή είναι συχνά το πιο προφανές. Η ανεπαρκής παιδεία για την υγεία των ασθενών είναι ένας από τους λόγους που οδηγούν σε δυσκολίες στην αποτελεσματική επικοινωνία, των διαδικασιών θεραπείας (Kale&Kumar, 2012).

Η πολιτιστική ευαισθητοποίηση απαιτεί αναγνώριση και ευαισθησία στην οπτική του ασθενή, ειδικά όταν οι ασθενείς προέρχονται από διαφορετική κουλτούρα από αυτή του επαγγελματία υγείας. Η εξερεύνηση των δικών μας προκαταλήψεων και προλήψεων, καθώς και η κατανόηση του πώς αυτές επηρεάζουν τις σχέσεις μας, με πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς, είναι το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη της πολιτιστικής ευαισθητοποίησης. Η πολιτισμική γνώση αναφέρεται στον επαγγελματία υγείας που λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις προοπτικές και τις πεποιθήσεις των άλλων πολιτισμών σχετικά με την υγεία αλλά και την ασθένεια.

Αυτή η γνώση αποκτάται είτε μέσω της ανάγνωσης, της ακαδημαϊκής αναζήτησης, των συνεδρίων είτε μέσα από την επικοινωνία και συναναστροφή με μέλη των συγκεκριμένων πολιτισμικών ομάδων. Εξερευνώντας τις δικές μας προκαταλήψεις και προλήψεις, καθώς και την ανάπτυξη μίας σαφούς κατανόησης του πώς αυτές επηρεάζουν τις αλληλεπιδράσεις μας, με πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς, είναι το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη της πολιτιστικής ευαισθητοποίησης (Anand&Lahiri, 2009).

Οι Handal και Lauvås (2014), που έχουν επικεντρωθεί στις σχέσεις προσέγγισης των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, έχουν αναπτύξει μια ορθολογική ταξινόμηση των επαφών (πίνακας 1), για να κατανοήσουν τις επαφές, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

**Πίνακας 1: Ορθολογική ταξινόμηση**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ορθολογικός στόχος | Ορθολογική επικοινωνία | Ορθολογική κρίση |
| Προσανατολισμός προς τα αποτελέσματα | Προσανατολισμός προς  κατανόηση | Προβληματισμός |
| Δράση οργάνωσης:  1) Γίνομαι ειδικός σε κάτι  2)Για να πραγματοποιηθεί  3) Για να το ελέγξω | Δράση με σημασία:  1) Στην ερμηνεία  2) Δημιουργία αμοιβαίας κατανόησης  3) Επιτυχία κοινών κανόνων | Δράση απελευθέρωσης:  1) Για ανάλυση  2) Για αξιολόγηση των κρίσιμων συνθηκών  3) Για τη δημιουργία θέσης |
| Ποιες ενέργειες σχετίζονται με την επίτευξη του στόχου; | Τι σημαίνουν οι διαφορετικοί στόχοι και δράσεις για τον κάθε εμπλεκόμενο; |  |

Πηγή: Handal & Lauvås, 2014 (Ihle & Sudmann, 2014)

Οι διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές που εργάζονταν στο Ευρωπαϊκό γραφείο του ΠΟΥ συχνά δε διαθέτουν επαρκή κατάρτιση και επίσημη πιστοποίηση, επειδή τα περισσότερα κράτη μέλη στερούνται διαδικασίας διαπίστευσης. Σε πολλές χώρες, η διαπολιτισμική διαμεσολάβηση είναι μια επισφαλής και προσωρινή απασχόληση με αβέβαιο εισόδημα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό οφείλεται κυρίως στη βραχυπρόθεσμη και μη συστηματική εφαρμογή προγραμμάτων διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης, με στόχο την παροχή δίκαιης φροντίδας σε πρόσφυγες και μετανάστες (WHO, 2019).

Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των παγκόσμιων, περιφερειακών και εθνικών μεταναστευτικών τάσεων, καθώς και οι διαφωνίες σχετικά με τον σωστό τρόπο προσδιορισμού και επισήμανσης διαφόρων τύπων μεταναστών, δημιουργούν πρόσθετες δυσκολίες σε έναν ήδη τεταμένο και πολιτικά αμφισβητούμενο τομέα. Συνυφασμένες με αυτή τη κατάσταση είναι οι ιδιαίτερες προκλήσεις που συνδέονται με τη συλλογή και τη χρήση δεδομένων, σχετικά με τους παράνομους μετανάστες και τους διεθνείς μετανάστες που επί του παρόντος δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα ώστε να είναι νόμιμοι σε μια συγκεκριμένη χώρα (Wickramageetal., 2018).

# 

# 3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η μελέτη των Olthuis και Heteren (2003) παρουσιάζει μια πρώτη αξιολόγηση των προκλήσεων που αντιμετώπισαν οι επαγγελματίες υγείας στην Ολλανδία, οι οποίοι ασχολούνται με την ολοένα αυξανόμενη πολιτισμική πολυπλοκότητα στην ολλανδική κοινωνία. Η έρευνα διεξήχθη μέσα από συνεντεύξεις εικοσιτεσσάρων Ολλανδών φροντιστών που βρίσκονται σε θέσεις ευθύνης και χάραξης της πολιτικής, επισημαίνοντας τις πολλές και σημαντικές δυσκολίες που συνάντησαν κατά την αντιμετώπιση της αυξανόμενης ποικιλομορφίας των ασθενών. Με βάση τις παρατηρήσεις των 24 ερωτηθέντων, διαμορφώθηκαν πέντε στρατηγικές για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον. Τα ευρήματα τους αξιολογήθηκαν περαιτέρω αντιμετωπίζοντας τα εμπειρικά δεδομένα με έννοιες της φροντίδας σε σχέση με την ηθική και τη θεωρία της διαπολιτισμικής επικοινωνίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι φροντιστές γνώριζαν ότι μια πολυπολιτισμική κοινωνία θα χρειαστεί γιατρούς και νοσηλευτές που να έχουν την ικανότητα της παροχής φροντίδας σε νέες μορφές που υπερβαίνουν τα παραδοσιακά στερεότυπα.

Κατά την έρευνα του Masi (1988) επισημαίνεται ότι η διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, απασχολεί τις κοινωνίες εδώ και καιρό. Δηλώνεται δε πως η ευαισθησία της διαπολιτισμικής υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι θέμα απλών τύπων ή συνταγών που παρέχουν μια οριστική απάντηση. Απαιτεί περαιτέρω κατανόηση των αρχών στις οποίες βασίζεται η υγειονομική περίθαλψη και του τρόπου με τον οποίο ο πολιτισμός μπορεί να επηρεάσει αυτές τις αρχές. Τονίζεται η σημασία της κατανόησης των πολιτισμικών αναγκών και των πεποιθήσεων μίας κοινότητας, το έμπρακτο ενδιαφέρον και συμμετοχή του ασθενούς στη δική του υγειονομική περίθαλψη και η σημασία της ύπαρξης μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Η μελέτη καταλήγει πως μια ανοιχτή προσέγγιση από όλο το υγειονομικό προσωπικό δρα θετικά στην παροχή διαπολιτισμικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Στην έρευνα της Watson (2008) αναφέρεται η ανθρωπότητα του 21ου αιώνα και το πολυπολιτισμικό περιβάλλον που κυριαρχεί. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα έρχονται ολοένα και περισσότερο σε επικοινωνία με άτομα διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου. Η καλή επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς είναι ζωτικής σημασίας, για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Συνεπώς τα προβλήματα επικοινωνίας στις διαπολιτισμικές επαφές έχουν τη δύναμη να οδηγήσουν σε εσφαλμένη διάγνωση. Η έρευνα πάνω στη διαπολιτισμική επικοινωνία και την υγειονομική περίθαλψη δεν αποτελεί εξαίρεση. Έτσι, στο επίκεντρο της προσέγγισης που υιοθετήθηκε από τους ερευνητές της διαπολιτισμικής επικοινωνίας και της υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκε η ανάπτυξη δεξιοτήτων. Επισημαίνεται πως όταν οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν καλές δεξιότητες επικοινωνίας και διαπολιτισμική κατανόηση, επιτυγχάνεται η ικανότητα της διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

Κατά την έρευνα του Kirschbaum (2017) σχετικά με την επικοινωνία στην διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, βρέθηκε πως οι ασθενείς αποδέχονται τις δικές τους προκαταλήψεις και τα στερεότυπά. Αυτός ο τύπος της αυτογνωσίας είναι αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής ακεραιότητας, χωρίς διακρίσεις. Υπάρχουν πολλά βήματα που μπορεί να κάνει το υγειονομικό προσωπικό σχετικά με την κατανόηση του πολιτισμικού υποβάθρου των ασθενών και τις προτιμήσεις τους στην υγειονομική περίθαλψη. Η συνδυασμένη αύξηση της ευαισθητοποίησης από όλους τους υγειονομικούς αλλά και από του λήπτες των υπηρεσιών, μπορεί να βελτιώσει τα παραγόμενα αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη.

Στην μελέτη των Paternotteetal (2015) επισημαίνεται πως η αύξηση της μετανάστευσης έχει ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας να έρχονται όλο και συχνότερα σε επαφή με ασθενείς με διαφορετικό εθνολογικό υπόβαθρο. Στη συστηματική τους ανασκόπηση ασχολήθηκαν με τον τρόπο λειτουργίας της διαπολιτισμικής επικοινωνίας στην περίθαλψη. Οι δημοσιεύσεις που μελετήθηκαν αφορούσαν όρους πολιτισμικούς, επικοινωνιακούς και τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη. Φάνηκε ότι, η ποιότητα διαπολιτισμικής υγειονομικής επικοινωνίας επηρεάζεται από τους μηχανισμούς που την διέπουν και από το πλαίσιο δράσης. Αυτοί οι μηχανισμοί μεταφράζονται σε πρακτικά σημεία εκπαίδευσης, τα οποία φαίνεται να έχουν ομοιότητες με την επικοινωνία, έχοντας ως επίκεντρο τον ασθενή. Η συνεχής εκπαίδευση των υγειονομικών , συμβάλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση ενός συστήματος διαπολιτισμικής επικοινωνίας στην υγεία.

Η έρευνα των Watermeyeretal (2020) μελετά τις ιδιαίτερες προκλήσεις που μπορούν να προκύψουν στην κατανόηση των ασθενών, από τους επαγγελματίες υγείας και τους μεσολαβητές σε περιπτώσεις όπου υπάρχει γλωσσικό εμπόδιο. Οι κοινές ιατρικές λέξεις και ορολογίες που χρησιμοποιούνται στον χώρο, μπορεί να σημαίνουν διαφορετικά πράγματα για κάθε συμβαλλόμενο μέρος. Η μελέτη χρησιμοποιώντας μια υβριδική προσέγγιση, εξέτασε πώς οι ασθενείς, οι μεσολαβητές και οι επαγγελματίες υγείας προσανατολίζονται στη χρήση της ιατρικής ορολογίας και πώς τα δύο μέρη κατανοούν την ορολογία που χρησιμοποιείται. Τα ευρήματα καταδεικνύουν το πρόβλημα της πολυπλοκότητας όπου υπάρχει γλωσσικό εμπόδιο και την τάση των ασθενών να μην ζητούν διευκρινίσεις όταν δεν κατανοούν τους όρους. Ο επαγγελματίας υγείας έχει ειδική ευθύνη ώστε να διασφαλίσει ότι όλα τα μέρη κατανοούν την ορολογία και πως οι άμεσοι έλεγχοι της κατανόησης της ορολογίας από τον ασθενή, μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματικό τρόπο κατανόησης και κοινής αντίληψης.

Σύμφωνα με την έρευνα της Αποστολάρα (2012) η Ελλάδα μέσα από την ροή διαφορετικών εθνοτικών ομάδων, τείνει να γίνει πολυπολιτισμική. Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές, έχουν περιορισμένες αρμοδιότητες και ικανότητες γύρω από την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Η έρευνα είχε ως σκοπό την διερεύνηση του βαθμού ετοιμότητας των νοσηλευτών των παιδιατρικών νοσοκομείων, σε σχέση με την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι επαγγελματίες που συμμετείχαν σε σεμινάρια διαπολιτισμικής φροντίδας, είχαν υψηλές βαθμολογίες στους τομείς της γνώσης, των δεξιοτήτων και της κατάρτισης. Συμπερασματικά αναφέρεται η σημασία ή η σπουδαιότητα την συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, με στόχο την πιο αποτελεσματική άσκηση των καθηκόντων τους γύρω από τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες και τις ομάδες και διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από αυτό των γηγενών κατοίκων.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας στην παροχή Διαπολιτισμικής φροντίδας.

Ως επιμέρους στόχοι της μελέτης, διερευνήθηκαν οι παράγοντες (δημογραφικοί, εργασιακοί, εκπαιδευτικοί) που επηρεάζουν την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας σε ασθενείς.

Με βάση τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης προκύπτουν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

* Ποιο είναι το επίπεδο ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας σε ασθενείς σε δημόσιο νοσοκομείο ημιαστικής περιοχής;
* Πως επιδρούν δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α.) στην παροχή διαπολιτισμικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας;
* Πως επιδρούν επιμέρους εργασιακοί παράγοντες (ειδικότητα, έτη εμπειρίας κ.α.) στην παροχή διαπολιτισμικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας;
* Πως επιδρούν εκπαιδευτικοί και κοινωνικοί παράγοντες (γνώση ξένων γλωσσών, εκπαίδευση στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας κ.α.) στην παροχή διαπολιτισμικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας;

## Υλικό και Μέθοδος

**Δείγμα μελέτης**

Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 120 επαγγελματίες υγείας, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών.

**Μεθοδολογία**

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε κατά την περίοδο από 3 Μαΐου 2020 έως 15 Ιουνίου 2020. Η συμμετοχή των ατόμων έγινε κατόπιν πληροφορημένης συγκατάθεσης. Ενημερώθηκαν ο καθένας ξεχωριστά για το σκοπό της μελέτης και δόθηκαν σχετικές οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Παρατηρήθηκε εξαιρετικά θετική προθυμία συμμετοχής στην μελέτη ενώ ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση ήταν περίπου τα 10 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια τηρούσαν την ανωνυμία και η συλλογή των δεδομένων ακολούθησε την προβλεπόμενη διαδικασία, για την σωστή τήρηση των προσωπικών δεδομένων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο χωρίς βοήθεια. Σε περιπτώσεις που υπήρχαν απορίες ή δυσκολία κατά την συμπλήρωση εκ μέρους των συμμετεχόντων, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν με τη βοήθεια της ερευνήτριας που ήταν παρούσα κατά τη διαδικασία για την παροχή οδηγιών και διευκρινήσεων

## Κριτήρια ένταξης

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος βασίστηκαν στα παρακάτω κριτήρια:

1. Επαγγελματίες υγείας νοσηλευτές ή ιατρικό προσωπικό
2. Να έχουν εργαστεί ή να εργάζονται σε «ανοιχτό τμήμα» του νοσηλευτικού ιδρύματος
3. Να έχουν τουλάχιστον ένα έτος προϋπηρεσία
4. Να επιθυμούν τη συμμετοχή τους στη μελέτη

## Εργαλεία μέτρησης

Για την συλλογή των δεδομένων διανεμήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς τα οποία περιελάμβαναν τα εξής τμήματα:

* Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά
* Ερωτηματολόγιο διερεύνησης διαπολιτισμικής φροντίδας
* Ερωτηματολόγιο διερεύνησης εκπαίδευσης στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας

Για την διερεύνηση της ετοιμότητας για παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας επιλέχτηκε σχετικό ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τον Like, και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του και για την Ελλάδα. Για τη χρησιμοποίηση του στην παρούσα μελέτη ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια από την κ. Αποστολάρα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 62 ερωτήσεις, με τις παρακάτω 6 θεματικές ενότητες: Δημογραφικά & εργασιακά χαρακτηριστικά (16 ερωτήσεις), επίπεδο γνώσης (10 ερωτήσεις), επίπεδο κατάρτισης (15 ερωτήσεις), επίπεδο άνεσης 16 (ερωτήσεις), επίπεδο σημαντικότητας (3 ερωτήσεις) και επίπεδο εκπαίδευσης ( 2 ερωτήσεις). Στο σκέλος διερεύνησης διαπολιτισμικής φροντίδας οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βαθμονομήθηκαν με μία κλίμακα Likert από το 1 έως το 5 όπου το 1 αντιστοιχεί στο «καθόλου» και το 5 στο «πολύ» και υπολογίστηκε η μέση τιμή τους. Όλες οι διαστάσεις που προέκυψαν εκτιμήθηκαν με το δείκτη εσωτερικής συνάφειας cronbach’s a, όπου οι τιμές κυμάνθηκαν από 0,81 έως και 0,94 (υψηλή αξιοπιστία).

**Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα**

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια, από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. Σερρών, έπειτα από αντίστοιχο αίτημα με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Επιπλέον κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωσε εγγράφως σχετικό έντυπο συγκατάθεσης στη μελέτη, κατόπιν ενημέρωσής του σχετικά με το είδος και τους σκοπούς της μελέτης. Τέλος, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της συμμετοχής όλων των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση τα κριτήρια της διακήρυξης του Ελσίνκι.

## Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v25. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (SD) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ), ενώ οι μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν με τη διάμεσο (median) και το εύρος τιμών (range). Οι διχοτόμες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov γιατί όλες οι μεταβλητές είχαν πάνω από 50 περιστατικά/άτομα. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-WallisTest για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Ο έλεγχος των διχοτόμων και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-squaretest και Fisher’ s exacttest. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p<0,05.

# Αποτελέσματα

## Περιγραφική στατιστική ανάλυση

**Δείκτης εσωτερικής συνάφειας (Cronbach’salpha)**

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι δείκτες εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου οι οποίοι κυμαίνονται από 0,81 (Επίπεδο σημαντικότητας) έως 0,94 (Επίπεδο κατάρτισης).

**Πίνακας 2: Δείκτες εσωτερικής συνάφειας (Cronbach’salpha)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επίπεδο** | **Cronbach’salpha** |
| Γνώσης | 0,87 |
| Κατάρτισης | 0,94 |
| Άνεσης | 0,87 |
| Σημαντικότητας | 0,81 |
| Εκπαίδευσης | 0,87 |

**Δημογραφικά στοιχεία**

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 120 άτομα που εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών από τους οποίους το 20,8% (25/120) ήταν άνδρες και το 79,2% (95/120) γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος υπολογίστηκε ίση με 43,59 (±8,67) έτη.

Τα 2/3 των συμμετεχόντων (66,7%) ήταν έγγαμοι, το 20,0% άγαμοι και το 10,0% διαζευγμένοι. (Διάγραμμα 1)

Όσον αφορά στη χώρα καταγωγής, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (96,7%) δήλωσαν την Ελλάδα και το σύνολο των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει ελληνική υπηκοότητα. Επίσης, το 88,3% των ερωτώμενων απάντησε ότι μιλάει και άλλη γλώσσα εκτός των ελληνικών.

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και σχεδόν οι μισοί (50,8%) απάντησαν ότι έχουν λάβει Τεχνολογική Εκπαίδευση, το 30,8% Πανεπιστημιακή και το 18,3% Δευτεροβάθμια. (Διάγραμμα 2) Επίσης, από το σύνολο του πληθυσμού το 51,7% έχει Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 0,8% Διδακτορικό. (Διάγραμμα 3)

Η πλειοψηφία του δείγματος, και συγκεκριμένα το 94,9%, απάντησε ότι σπούδασε στην Ελλάδα για το βασικό πτυχίο. Επιπλέον, το 96,6% δεν έκανε μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό. Τέλος, το 25,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει ζήσει σε κάποια χώρα εκτός της Ελλάδας.

Από το σύνολο των εργαζομένων του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 76,7% νοσηλευτές/-τριες ήταν και το 23,3% ιατροί. Με τη συγκεκριμένη ιδιότητα εργάζονται κατά μέσο όρο για 16,38 (±9,97) έτη. Επίσης, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σε ποιο τμήμα εργάζονται. Από τις δοθείσες απαντήσεις βρέθηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος (53,3%) εργαζόταν σε κάποια κλινική και ακολουθούν τα ΤΕΠ (12,5%), το χειρουργείο (11,7%) και τα εξωτερικά ιατρεία (10,0%). Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το τμήμα εργασίας.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν έχουν παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (85,0%) απάντησε αρνητικά. Τέλος, το 69,2% των ερωτώμενων έχει κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

**Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **n/N** | **% Ν** |
| **Φύλο** | | |
| Άνδρας | 25/120 | 20,8 |
| Γυναίκα | 95/120 | 79,2 |
| **Οικογενειακή κατάσταση** | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 20,0 |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 66,7 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 10,0 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 3,3 |
| **Χώρα καταγωγής** | | |
| Ελλάδα | 116/120 | 96,7 |
| Αλβανία | 2/8120 | 1,7 |
| Γεωργία | 1/120 | 0,8 |
| Ρωσία | 1/120 | 0,8 |
| **Υπηκοότητα** | | |
| Ελληνική | 120/120 | 100 |
| **Μιλάτε άλλες γλώσσες εκτός από τα ελληνικά;** | | |
| Ναι | 106/120 | 88,3 |
| Όχι | 14/120 | 11,7 |
| **Εκπαιδευτικό επίπεδο** | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 18,3 |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 50,8 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 30,8 |
| **Έχετε Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό** | | |
| Μεταπτυχιακό | 62/120 | 51,7 |
| Διδακτορικό | 1/120 | 0,8 |
| Όχι | 57/120 | 52,5 |
| **Έχετε σπουδάσει στην Ελλάδα για το βασικό σας πτυχίο;** | | |
| Ναι | 112/118 | 94,9 |
| Όχι | 6/118 | 5,1 |
| **Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό;** | | |
| Ναι | 4/117 | 3,4 |
| Όχι | 113/117 | 96,6 |
| **Έχετε ζήσει εκτός Ελλάδας;** | | |
| Ναι | 30/118 | 25,4 |
| Όχι | 88/118 | 74,6 |
| **Ποιο είναι το επάγγελμά σας στο νοσοκομείο;** | | |
| Ιατρός | 28/120 | 76,7 |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 23,3 |
| **Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;** | | |
| Κλινική | 64/120 | 53,3 |
| ΜΕΘ | 10/120 | 8,3 |
| ΤΕΠ | 15/120 | 12,5 |
| Αναισθησιολογικό | 3/120 | 2,5 |
| Χειρουργείο | 14/120 | 11,7 |
| Εξωτερικά ιατρεία | 12/120 | 10,0 |
| Μαιευτικό | 2/120 | 1,7 |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας** | | |
| Ναι | 18/120 | 15,0 |
| Όχι | 102/120 | 85,0 |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή;** | | |
| Ναι | 83/120 | 69,2 |
| Όχι | 37/120 | 30,8 |
|  | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** |
| Ηλικία | 43,59 | ±8,67 |
| Πόσα έτη εργάζεστε ως γιατρός/νοσηλευτής; | 16,38 | ±9,97 |

**Επίπεδο γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες απάντησαν πόσο γνώστες είναι σχετικά με ορισμένες θεματικές περιοχές. Οι απαντήσεις τους βαθμονομήθηκαν με μία πενταβάθμια κλίμακα Likert από το 1 έως το 5 όπου το 1 αντιστοιχεί στο «καθόλου» και το 5 στο «πολύ» και υπολογίστηκε η μέση τιμή τους. Με τον τρόπο αυτό προέκυψε το «Επίπεδο γνώσης» το οποίο υπολογίστηκε ίσο με 2,68 (±0,80).

Αντίστοιχα προέκυψε και το «Επίπεδο κατάρτισης» που δείχνει πόσο καταρτισμένος είναι ο πληθυσμός της μελέτης σχετικά με τα κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα σε 15 τομείς της φροντίδας του ασθενή. Η μέση τιμή του βρέθηκε ότι είναι ίση με 2,73 (±0,89). Με τη βοήθεια της κλίμακας Likert υπολογίστηκε και το «Επίπεδο άνεσης». Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη ρωτήθηκαν πόσο άνετα μπορούν να διαχειριστούν κάποιες διαπολιτισμικές καταστάσεις. Οι απαντήσεις τους βαθμονομήθηκαν από το 1 που αντιστοιχούσε στο «καθόλου» έως και το 5 που αντιστοιχούσε στο «πολύ» και υπολογίστηκε η μέση τιμή ίση με 3,04 (±0,62). Επιπλέον, με τη βοήθεια της κλίμακας Likert όπου το 1 σήμαινε «καθόλου» και το 5 «πολύ», υπολογίστηκε το «Επίπεδο σημαντικότητας» για να βρεθεί πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα κοινωνικά και πολιτισμικά θέματα στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, τους συγγενείς, άλλους επισκέπτες, συναδέλφους από το επάγγελμά τους και το υπόλοιπο προσωπικό αλλά και σε τι βαθμό συνειδητοποιούν την εθνική ή πολιτισμική ταυτότητά τους, τα εθνικά ή πολιτισμικά τους στερεότυπα και τις λανθασμένες αντιλήψεις και προκαταλήψεις της εθνικής τους ομάδας.

Επίσης, εξετάστηκε πόσο σημαντικό θεωρούν οι συμμετέχοντες τη λήψη εκπαίδευσης για την πολιτισμική διαφορετικότητα από τους επαγγελματίες υγείας. Η μέση τιμή του εν λόγω επιπέδου ήταν ίση με 3,36 (±0,56). Τέλος, ο πληθυσμός της μελέτης ρωτήθηκε σε ποιο βαθμό έχει εκπαιδευτεί σε θέματα πολυπολιτισμικότητας στο σχολείο, τη βασική επαγγελματική εκπαίδευση, τα προγράμματα κατάρτισης στο νοσοκομείο και τα προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης εκτός νοσοκομείου. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν υπολογίστηκε η μέση τιμή του «Επιπέδου εκπαίδευσης» με τη βοήθεια της κλίμακας Likert 5 βαθμών (1=καθόλου και 5=πολύ) η οποία βρέθηκε ίση με 1,80 (±0,83). (πίνακας 4)

**Πίνακας 4: Επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** |
| Επίπεδο γνώσης | 2,68 | ±0,80 |
| Επίπεδο κατάρτισης | 2,73 | ±0,89 |
| Επίπεδο άνεσης | 3,04 | ±0,62 |
| Επίπεδο σημαντικότητας | 3,36 | ±0,56 |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | 1,80 | ±0,83 |

## Επαγωγική στατιστική ανάλυση

**Σύγκριση φύλου με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Από τη σύγκριση του φύλου με το επίπεδο γνώσης προέκυψε σχέση στατιστικά σημαντική (p=0,01). Συγκεκριμένα, οι άνδρες είχαν μέση τιμή του Επιπέδου γνώσης ίση με 3,00 (±0,60) ενώ οι γυναίκες 2,60 (±0,82). Στατιστικά σημαντική σχέση αποτυπώνεται και ανάμεσα στο φύλο και το Επίπεδο κατάρτισης (p=0,02) καθώς η μέση τιμή για τον ανδρικό πληθυσμό την μελέτης υπολογίστηκε ίση με 3,08 (±0,87) και για το γυναικείο 2,64 (±0,87). (Διάγραμμα 5) Από την άλλη μεριά το φύλο των συμμετεχόντων δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο (p>0,05) με τα Επίπεδα άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης. (Πίνακας 5)

**Πίνακας 5: Σύγκριση φύλου με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Φύλο \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Άνδρας | 25/120 | 3,00 | ±0,60 | **0,01** |
| Γυναίκα | 95/120 | 2,60 | ±0,82 |
| **Φύλο \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Άνδρας | 25/120 | 3,08 | ±0,87 | **0,02** |
| Γυναίκα | 95/120 | 2,64 | ±0,87 |
| **Φύλο \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Άνδρας | 25/120 | 3,22 | ±0,62 | 0,11 |
| Γυναίκα | 95/120 | 2,99 | ±0,61 |
| **Φύλο \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Άνδρας | 25/120 | 3,25 | ±0,66 | 0,29 |
| Γυναίκα | 95/120 | 3,38 | ±0,54 |
| **Φύλο \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Άνδρας | 25/120 | 1,93 | ±0,96 | 0,38 |
| Γυναίκα | 95/120 | 1,77 | ±0,79 |

**Σύγκριση ομιλίας άλλης γλώσσας εκτός από τα ελληνικά με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Στη συνέχεια συγκρίθηκε η «ομιλία άλλης γλώσσας εκτός των ελληνικών» με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης και δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά (p>0,05). (Πίνακας 6)

**Πίνακας 6: Σύγκριση ομιλίας άλλης γλώσσας εκτός των ελληνικών με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα ελληνικά; \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Ναι | 106/120 | 2,70 | ±0,79 | 0,43 |
| Όχι | 14/120 | 2,52 | ±0,87 |
| **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα ελληνικά; \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Ναι | 106/120 | 2,71 | ±0,89 | 0,60 |
| Όχι | 14/120 | 2,84 | ±0,84 |
| **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα ελληνικά; \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Ναι | 106/120 | 3,06 | ±0,61 | 0,49 |
| Όχι | 14/120 | 2,94 | ±0,65 |
| **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα ελληνικά; \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Ναι | 106/120 | 3,38 | ±0,56 | 0,22 |
| Όχι | 14/120 | 3,18 | ±0,59 |
| **Μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα ελληνικά; \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Ναι | 106/120 | 1,83 | ±0,84 | 0,26 |
| Όχι | 14/120 | 1,59 | ±0,71 |

**Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη σύγκριση της οικογενειακής κατάστασης με τα υπό μελέτη επίπεδα. Η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Επίπεδο γνώσης (p=0,83), το Επίπεδο κατάρτισης (p=0,89), το Επίπεδο άνεσης (p=0,82) και το Επίπεδο σημαντικότητας (p=0,28). Ωστόσο, υπάρχει σχέση στατιστικά σημαντική (p=0,04) ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και το Επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά η μέση τιμή του εν λόγω επιπέδου για τους άγαμους υπολογίστηκε ίση με 2,15 (±1,08) για τους έγγαμους 1,73 (±0,75) τους διαζευγμένους 1,83 (±0,64) και τους χήρους 1,06 (±0,13). (Διάγραμμα 6)

**Πίνακας 7: Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Οικογενειακή κατάσταση \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 2,67 | ±0,79 | 0,83 |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 2,71 | ±0,82 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 2,50 | ±0,82 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 2,86 | ±0,40 |
| **Οικογενειακή κατάσταση \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 2,85 | ±0,94 | 0,89 |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 2,70 | ±0,88 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 2,75 | ±0,96 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 2,60 | ±0,76 |
| **Οικογενειακή κατάσταση \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 3,09 | ±0,54 | 0,82 |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 3,04 | ±0,62 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 2,93 | ±0,76 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 3,24 | ±0,64 |
| **Οικογενειακή κατάσταση \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 3,22 | ±0,66 | 0,28 |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 3,42 | ±0,49 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 3,27 | ±0,59 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 3,08 | ±1,08 |
| **Οικογενειακή κατάσταση \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Άγαμος/-η | 24/120 | 2,15 | ±1,08 | **0,04** |
| Έγγαμος/-η | 80/120 | 1,73 | ±0,75 |
| Διαζευγμένος/-η | 12/120 | 1,83 | ±0,64 |
| Χήρος/-α | 4/120 | 1,06 | ±0,13 |

**Σύγκριση εκπαίδευσης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Στη συνέχεια συγκρίθηκε το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης και τα αποτελέσματα παρατίθενται εκτενώς στον Πίνακα 8. Η μόρφωση των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι έχει στατιστικά σημαντική σχέση (p=0,04) με το Επίπεδο κατάρτισης και συγκεκριμένα η μέση τιμή του επιπέδου υπολογίστηκε ίση με 3,00 (±0,73) για όσους έλαβαν Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 2,53 (±0,93) για τους απόφοιτους ΤΕΙ και 2,90 (±0,84) για τους απόφοιτους ΑΕΙ.

Όσον αφορά στο Επίπεδο άνεσης η μέση τιμή για τους απόφοιτους Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης βρέθηκε ίση με 3,06 (±0,54), για τους απόφοιτους Τεχνολογικής εκπαίδευσης ίση με 2,90 (±0,70) και για τους απόφοιτους Πανεπιστημίου ίση με 3,26 (±0,42). Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική (p=0,02). Μη στατιστικά σημαντική σχέση υπάρχει ανάμεσα στην εκπαίδευση και το Επίπεδο γνώσης (p=0,28), το Επίπεδο σημαντικότητας (p=0,09) και το Επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,41).(Διάγραμμα 7)

**Πίνακας 8: Σύγκριση εκπαίδευσης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Εκπαίδευση \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 2,58 | ±0,86 | 0,28 |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 2,61 | ±0,80 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 2,87 | ±0,75 |
| **Εκπαίδευση \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 3,00 | ±0,73 | **0,04** |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 2,53 | ±0,93 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 2,90 | ±0,84 |
| **Εκπαίδευση \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 3,06 | ±0,54 | **0,02** |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 2,90 | ±0,70 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 3,26 | ±0,42 |
| **Εκπαίδευση \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 3,37 | ±0,56 | 0,09 |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 3,45 | ±0,55 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 3,20 | ±0,56 |
| **Εκπαίδευση \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 22/120 | 1,82 | ±0,76 | 0,41 |
| Τεχνολογική εκπαίδευση | 61/120 | 1,71 | ±0,79 |
| Πανεπιστημιακή εκπαίδευση | 37/120 | 1,94 | ±0,92 |

**Σύγκριση επαγγέλματος με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Η ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στη μελέτη, δηλαδή αν είναι ιατρός ή νοσηλευτής, βρέθηκε ότι έχει σχέση στατιστικά σημαντική με το Επίπεδο γνώσης (p=0,02), το Επίπεδο κατάρτισης (p=0,05), το Επίπεδο άνεσης (p=0,04) και το επίπεδο σημαντικότητας (p=0,03). (Διάγραμμα 8) Αντιθέτως, σχέση μη στατιστικά σημαντική αποτυπώθηκε ανάμεσα στο επάγγελμα των ερωτώμενων και το Επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,54). (Πίνακας 9)

**Πίνακας 9: Σύγκριση επαγγέλματος με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Επάγγελμα \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 2,59 | ±0,83 | **0,02** |
| Ιατρός | 28/120 | 2,99 | ±0,58 |
| **Επάγγελμα \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 2,64 | ±0,90 | **0,05** |
| Ιατρός | 28/120 | 3,01 | ±0,78 |
| **Επάγγελμα \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 2,98 | ±0,66 | **0,04** |
| Ιατρός | 28/120 | 3,25 | ±0,40 |
| **Επάγγελμα \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 3,42 | ±0,55 | **0,03** |
| Ιατρός | 28/120 | 3,16 | ±0,58 |
| **Επάγγελμα \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Νοσηλευτής | 92/120 | 1,78 | ±0,76 | 0,54 |
| Ιατρός | 28/120 | 1,88 | ±1,03 |

**Σύγκριση παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της σύγκρισης της παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα υπό μελέτη επίπεδα. Συγκεκριμένα, αποτυπώθηκε σχέση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στο αν οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν τέτοιο είδος σεμιναρίου ή όχι με το Επίπεδο γνώσης (p=0,02), το Επίπεδο κατάρτισης (p=0,01) και το Επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,00). (Διάγραμμα 9)

**Πίνακας 10: Σύγκριση παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας; \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Ναι | 18/120 | 3,21 | ±0,76 | **0,02** |
| Όχι | 102/120 | 2,59 | ±0,77 |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας; \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Ναι | 18/120 | 3,35 | ±0,60 | **0,01** |
| Όχι | 102/120 | 2,62 | ±0,89 |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας; \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Ναι | 18/120 | 3,29 | ±0,68 | 0,06 |
| Όχι | 102/120 | 3,00 | ±0,60 |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας; \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Ναι | 18/120 | 3,45 | ±0,51 | 0,41 |
| Όχι | 102/120 | 3,34 | ±0,57 |
| **Έχετε παρακολουθήσει ποτέ σεμινάρια Διαπολιτισμικής Υγείας; \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Ναι | 18/120 | 2,43 | ±0,65 | **0,00** |
| Όχι | 102/120 | 1,69 | ±0,81 |

**Σύγκριση ύπαρξης κοινωνικών συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

Το Επίπεδο γνώσης βρέθηκε ότι έχει σχέση στατιστικά σημαντική (p=0,00) με το αν οι ερωτώμενοι είχαν κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Ναι» είχαν μέση τιμή ίση με 2,82 (±0,76) και όσοι απάντησαν «Όχι» 2,37 (±0,80). Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων με άτομα διαφορετικής κουλτούρας σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Επίπεδο κατάρτισης (p=0,03) και το Επίπεδο άνεσης (p=0,01). (Διάγραμμα 10). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 11 δεν αποτυπώνεται σχέση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στην ύπαρξη κοινωνικών συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής και το επίπεδο σημαντικότητας (p=0,59) και το επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,59).

**Πίνακας 11: Σύγκριση ύπαρξης κοινωνικών συναναστροφών με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n/N | **Μέση τιμή** | **ΤΑ** | **p** |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή; \* Επίπεδο γνώσης** | | | | |
| Ναι | 83/120 | 2,82 | ±0,76 | **0,00** |
| Όχι | 37/120 | 2,37 | ±0,80 |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή; \* Επίπεδο κατάρτισης** | | | | |
| Ναι | 83/120 | 2,84 | ±0,88 | **0,03** |
| Όχι | 37/120 | 2,47 | ±0,87 |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή; \* Επίπεδο άνεσης** | | | | |
| Ναι | 83/120 | 3,15 | ±0,56 | **0,01** |
| Όχι | 37/120 | 2,81 | ±0,66 |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή; \* Επίπεδο σημαντικότητας** | | | | |
| Ναι | 83/120 | 3,37 | ±0,58 | 0,59 |
| Όχι | 37/120 | 3,32 | ±0,53 |
| **Έχετε κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή; \* Επίπεδο εκπαίδευσης** | | | | |
| Ναι | 83/120 | 1,83 | ±0,88 | 0,59 |
| Όχι | 37/120 | 1,74 | ±0,69 |

## Συσχετίσεις

Η ηλικία των συμμετεχόντων σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το πόσα έτη εργάζονται ως ιατρός ή νοσηλευτής (p=0,00). Συγκεκριμένα, υπολογίστηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας τα έτη εργασίας ως ιατρός ή νοσηλευτής αυξάνονται κατά 0,80 έτη. Επίσης, αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται μείωση του Επιπέδου εκπαίδευσης κατά 0,20 μονάδες και η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική (p=0,03). Επίσης, υπολογίστηκε ότι για κάθε ένα επιπλέον έτος εργασίας ως επαγγελματίας υγείας το Επίπεδο εκπαίδευσης μειώνεται κατά 0,27 μονάδες. Οι δύο μεταβλητές σχετίζονται στατιστικά σημαντικά (p=0,00).

Το Επίπεδο γνώσης σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο (p=0,00) με τα επίπεδα κατάρτισης, άνεσης και εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι όταν το Επίπεδο γνώσης αυξάνεται κατά μία μονάδα το Επίπεδο κατάρτισης αυξάνεται κατά 0,62 μονάδες, το Επίπεδο άνεσης κατά 0,31 μονάδες και το Επίπεδο εκπαίδευσης κατά 0,41 μονάδες.

Στατιστικά σημαντική σχέση αποτυπώθηκε και ανάμεσα στο Επίπεδο κατάρτισης και το Επίπεδο άνεσης και συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι μία μονάδα αύξησης του Επιπέδου κατάρτισης οδηγεί σε αύξηση κατά 0,56 μονάδες του Επιπέδου άνεσης (p=0,00). Επίσης, όταν το Επίπεδο κατάρτισης αυξάνεται μία μονάδα τότε το Επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνεται κατά 0,54. Η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική (p=0,00).

Αύξηση του Επιπέδου άνεσης κατά μία μονάδα οδηγεί σε αύξηση κατά 0,34 μονάδες του Επιπέδου εκπαίδευσης και η σχέση είναι στατιστικά σημαντική (p=0,00). Τέλος, το Επίπεδο σημαντικότητας έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το Επίπεδο εκπαίδευσης (p=0,03) και συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι το Επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνεται κατά 0,19 μονάδες για κάθε μία μονάδα αύξησης του Επιπέδου σημαντικότητας. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 12) παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης.

**Πίνακας 12: Συσχετίσεις**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Πόσα έτη εργάζεστε ως ιατρός /νοσηλευτής** | | **Επίπεδο γνώσης** | | **Επίπεδο κατάρτισης** | | **Επίπεδο άνεσης** | | **Επίπεδο σημαντικότητας** | | **Επίπεδο εκπαίδευσης** | |
|  | **r’** | **P** | **r’** | **p** | **r’** | **p** | **r’** | **p** | **r’** | **p** | **r’** | **p** |
| **Ηλικία** | 0,80 | **0,00** | -0,03 | 0,76 | 0,03 | 0,76 | 0,05 | 0,59 | -0,04 | 0,69 | -0,20 | **0,03** |
| **Πόσα έτη εργάζεστε ως ιατρός /νοσηλευτής** |  |  | -0,05 | 0,62 | -0,10 | 0,28 | -0,10 | 0,30 | -0,01 | 0,92 | -0,27 | **0,00** |
| **Επίπεδο γνώσης** |  |  |  |  | 0,62 | **0,00** | 0,31 | **0,00** | 0,13 | 0,17 | 0,41 | **0,00** |
| **Επίπεδο κατάρτισης** |  |  |  |  |  |  | 0,56 | **0,00** | 0,10 | 0,30 | 0,54 | **0,00** |
| **Επίπεδο άνεσης** |  |  |  |  |  |  |  |  | -0,08 | 0,37 | 0,34 | **0,00** |
| **Επίπεδο σημαντικότητας** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,19 | **0,03** |

# 4.Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας σε Δημόσια νοσοκομεία ημιαστικής περιοχής.

Το δείγμα της μελέτης αξιολογήθηκε ως προς το επίπεδο γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης της διαπολιτισμικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς παρουσιάστηκε σχετική έλλειψη, σε ορισμένους τομείς σε μεγαλύτερο βαθμό και σε άλλους σε μικρότερο. Πιο συγκεκριμένα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό βέβαια το γεγονός, ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική τη λήψη εκπαίδευσης για την πολιτισμική διαφορετικότητα. Εντούτοις, το ποσοστό των ατόμων που έχει λάβει εκπαίδευση σε θέματα πολυπολιτισμικότητας, κυμάνθηκε σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα.

Όσον αφορά στο επίπεδο γνώσεων και στο επίπεδο κατάρτισης, παρουσιάστηκαν μέτρια αποτελέσματα, ενώ το επίπεδο άνεσης διαχείρισης διαπολιτισμικών καταστάσεων ήταν λίγο πάνω του μετρίου. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα στη μελέτη των Jimenez et al. (2006) στην Ισπανία και των Herrero-Hahn et al. (2019) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κολομβία. Στις μελέτες αυτές πέρα από το χαμηλό επίπεδο γνώσεων διαπιστώθηκε ότι αυτό συνοδεύονταν και από χαμηλή εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στη φροντίδα διαφορετικών εθνοτικών ομάδων, ως αποτέλεσμα του χαμηλού επιπέδου άνεσης διαχείρισης διαπολιτισμικών καταστάσεων. Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα στη μελέτη της Αποστολάρα (2012). Επιπλέον, μέτριο επίπεδο άνεσης διαχείρισης διαπολιτισμικών καταστάσεων βρέθηκαν στις έρευνες των Jimenez et al. (2006), της Hagman (2006) και των Cang-Wong, Murphy & Adelman (2009).

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που είχε λάβει ειδική εκπαίδευση ως προς τη διαπολιτισμική φροντίδα κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν στη μελέτη των Li et al. (2020) που πραγματοποίησαν σε επαγγελματίες υγείας στη δυτική Κίνα, στη μελέτη της Αποστολάρα (2012), σε μελέτη των Coffman et al. (2004) καθώς και σε μελέτη των Cowan & Norman (2006), στις οποίες, επίσης, αποτυπώθηκε και χαμηλό επίπεδο γνώσεων διαπολιτισμικής φροντίδας.

Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος θεωρεί σημαντική τη λήψη εκπαίδευσης σχετικά με την πολιτισμική διαφορετικότητα. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε στις έρευνες των Easterby et al., 2012, Zhang et al. (2010) και Jimenez et al. (2006), στις οποίες οι επαγγελματίες υγείας επισήμαναν τη σημαντικότητα της λήψης εκπαίδευσης σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα. Επιπλέον, στη μελέτη της Αποστολάρα (2012), επισημάνθηκε η σπουδαιότητα της συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας ως προς τη φροντίδα ατόμων από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Σε αυτή τη μελέτη, ο δεύτερος ερευνητικός στόχος ήταν να μελετηθεί η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στην παρεχόμενη διαπολιτισμική φροντίδα

Σύμφωνα με τα παρόντα ευρήματα, το επίπεδο γνώσεων φαίνεται πως συσχετίζεται με το φύλο, το επάγγελμα, την παρακολούθηση σεμιναρίων διαπολιτισμικής υγείας και την ύπαρξη κοινωνικών συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Το επίπεδο κατάρτισης, παρουσίασε αντίστοιχα συσχέτιση με τους ίδιους παράγοντες και επιπλέον με την εκπαίδευση που είχαν λάβει οι επαγγελματίες υγείας.

Όσον αφορά στο επίπεδο γνώσης βρέθηκε πως σχετίζεται με τα επίπεδα κατάρτισης, άνεσης και εκπαίδευσης. Στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε και ανάμεσα στο επίπεδο κατάρτισης και το επίπεδο άνεσης, καθώς επίσης και μεταξύ των επιπέδων κατάρτισης και εκπαίδευσης. Τέλος, το επίπεδο σημαντικότητας παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης.. Στην έρευνα της Αποστολάρα (2012) τα επίπεδα γνώσεων και κατάρτισης σχετίστηκαν με το επίπεδο εκπαίδευσης, την παρακολούθηση σεμιναρίων διαπολιτισμικής υγείας και την ύπαρξη κοινωνικών συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Στη μελέτη των Lietal. (2020) η διαπολιτισμική αυτο-αποτελεσματικότητα σχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τύπο απασχόλησης, τον επαγγελματικό τίτλο, το μηνιαίο εισόδημα, το τμήμα εργασίας και τα καθήκοντα εργασίας. Επίσης, παρατηρήθηκε πως όσοι έχουν περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, υψηλότερους επαγγελματικούς τίτλους και υψηλότερα εισοδήματα παρουσίασαν υψηλή αντιληπτή ικανότητα διαπολιτισμικής φροντίδας και αποτελεσματικότητας. Στη μελέτη των Gyasietal. (2017) διερευνήθηκε το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών και η κλινική πρακτική όσον αφορά στη διαπολιτισμική υγειονομική περίθαλψη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το επίπεδο γνώσεων ήταν μέτριο. Επίσης, εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της γνώσης και της εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της θρησκείας και του εισοδήματος. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στη μελέτη των Herrero-Hahnetal. (2019), σύμφωνα με την οποία, το επίπεδο των γνώσεων σχετίζεται με το φύλο, την ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας και τις κοινωνικές συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής.

Επίσης συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στην ηλικία και στα έτη των επαγγελματιών υγείας, αποτελέσματα τα οποία βρέθηκαν και στις μελέτες των Cortis (2003), Molinari & Monserud (2009) και Sarafis & Malliarou (2013).

Τέλος, στην παρούσα μελέτη η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, αποτέλεσμα το οποίο βρέθηκε και στις μελέτες των Gob et al. (2016), Dawson & Lighthouse (2010), Kardong-Edgreen et al. (2005) και Majumdar et al (2004)

# 5. Συμπεράσματα

Ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης ποικιλομορφίας του πληθυσμού, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να φροντίσουν τους ασθενείς σε όλο και πιο διαφορετικό πολιτιστικό και γλωσσικό περιβάλλον. Η διαπολιτισμική φροντίδα απαιτεί την περίθαλψη των ασθενών ως μοναδικά άτομα, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτιστικές τους ανάγκες.

Επιπλέον, η διαπολιτισμική φροντίδα προϋποθέτει οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν, να κατανοούν και να προσδιορίζουν τους πολιτιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών και να ασκούν την ιατρονοσηλευτική τους πρακτική ανάλογα. Η παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας, από τους επαγγελματίες υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον τρόπο που ανταποκρίνονται κατάλληλα στις πεποιθήσεις υγείας και ασθενειών των ασθενών τους, στις επιρροές της θρησκείας, στη λήψη αποφάσεων περί υγειονομικής περίθαλψης, στη μητρική γλώσσα, στις αξίες και άλλες πολιτιστικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν διαθέτει ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων, κατάρτισης και άνεσης διαχείρισης διαπολιτισμικών περιστατικών, ενώ επίσης, δήλωσε πως δεν έχει λάβει επαρκή εκπαίδευση για την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας. Για το λόγο αυτό το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θεωρεί απαραίτητη την εκπαίδευση πάνω στην διαπολιτισμική περίθαλψη. Όλα τα παραπάνω συνθέτουν ένα προφίλ το οποίο χαρακτηρίζεται από μέτριο έως χαμηλό επίπεδο διαπολιτισμικής ικανότητας φροντίδας και αποτελεσματικότητας όσον αφορά στην περίθαλψη ασθενών.

Γενικά, τα έτη εμπειρίας, η ηλικία, η εκπαίδευση, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση και το φύλο φαίνεται πως επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη διαπολιτισμική αποτελεσματικότητα.

Τα παρόντα αποτελέσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συμβάλλουν στη διαπολιτισμική ερευνητική προσπάθεια που σχετίζεται με την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων και εμπειριών με στόχο την αύξηση της πολιτιστικής αυτο-αποτελεσματικότητας και τη βελτίωση της παρεχόμενης διαπολιτισμικής φροντίδας.

## Προτάσεις

Η ενσωμάτωση του πολιτιστικού περιεχομένου στο πρόγραμμα σπουδών των επαγγελμάτων υγείας είναι απαραίτητη. Οι θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις θα βοηθήσουν τους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας να συνδέσουν τις πολιτιστικές ικανότητες με την πρακτική που βασίζεται σε τεκμήρια. Μέσω της εκπαίδευσης θα τους επιτραπεί να αποκτήσουν πολιτιστικές δεξιότητες συμβάλλοντας στην απόκτηση των κατάλληλων πρακτικών συμπεριφοράς. Αυτές προσαρμόζονται σε διαφορετικούς πολιτισμούς με αποτέλεσμα την προσέγγιση της φροντίδας πιο ολιστικά και πολιτισμικά. Αυτές οι ικανότητες περιλαμβάνουν (α) εφαρμογή γνώσης κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγειονομική περίθαλψη σε πολλαπλά πλαίσια, (β) χρήση σχετικών πηγών δεδομένων και βέλτιστων αποδεικτικών στοιχείων για την παροχή πολιτισμικά ικανής φροντίδας για διαφορετικούς πληθυσμούς, (δ) συνηγορία υπέρ της κοινωνικής δικαιοσύνης, συμπεριλαμβανομένης της δέσμευσης για την υγεία των ευάλωτων πληθυσμών και την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία και (ε) συμμετοχή σε συνεχή προγράμματα ανάπτυξης των πολιτιστικών ικανοτήτων.

## Περιορισμοί Μελέτης

Ως περιοριστικός παράγοντας μπορεί να εκληφθεί ο σχετικά περιορισμένος αριθμός των συμμετεχόντων του δείγματος. Στους περιοριστικούς παράγοντες μπορεί επίσης να συμπεριληφθεί η αυτοαναφορά και αυτοεκτίμηση του πληθυσμού όσον αφορά στις υπό διερεύνηση ψυχοκοινωνικές μεταβλητές (αντίληψη, εκτίμηση γνώσεων και ικανοτήτων, εκτίμηση αποτελεσματικότητας κ.α.). Η αυτοαναφορά και αυτοεκτίμηση μπορεί να συμπεριλάβει αποκλίσεις (υπερεκτιμήσεις / υποεκτιμήσεις), οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα αντίστοιχα αποτελέσματα με απόρροια την καταγραφή συστηματικών σφαλμάτων. Τέλος, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου. Η χρήση ερευνητικών εργαλείων με διαφοροποιημένη στάθμιση πιθανόν να οδηγούσε στη συλλογή διαφορετικών δεδομένων και κατ’ επέκταση στη διεξαγωγή διαφορετικών συμπερασμάτων. Για τη γενίκευση των παρόντων ευρημάτων απαιτείται η διενέργεια περισσότερων αντίστοιχων ερευνητικών μελετών και η διεξαγωγή σε ευρύτερη κλίμακα.

# Βιβλιογραφία

**Ελληνική**

Αποστολάρα, Π. (2012). *Διερεύνηση της πολιτισμικής ικανότητας του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των παιδιατρικών νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).

Αργυριάδης, Α. (2016). Διαπολιτισμικότητα και Υγεία. Ένα καίριο δίπτυχο στην σύγχρονη Ελλάδα. Κωνσταντάρας Ιατρικές εκδόσεις

Θανασάς, Ι.Κ. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Επιστημονικά Χρονικά, 24(3): 347-361

Καλαφάτη, Μ. Παϊκοπούλου, Δ. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική, 50(1): 49-62

Μαλλιαρού, Μ. Δαμίγου, Δ. Χαωδρινού, Α. Σαράφης, Π. (2008). Δείκτες ποιότητας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Πρακτικά 4ο συμπόσιο τομέα επείγουσας και εντατικής νοσηλευτικής, 277-288

Μάρκοβιτς, Ι. & Μοναστηρίδου, Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Hellenic journal of Nursing Science, 1(4)

Μπουτσιούκα, Ε. Καλοκαιρινού Α. Πατηράκη Ε. Σουρτζή Π. Κωνσταντίνου, Ε.Α. Γιαννακοπούλου, Μ. (2017). Πεποιθήσεις Φοιτητών Νοσηλευτικής Σχετικά με την Επάρκεια Γνώσεων και Ικανοτήτων τους για Διαπολιτισμική Φροντίδα: Πιλοτική Μελέτη. Hellenic J. of nursing, 56(1): 69-77

Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Παρατηρητήριο οικονιμικώ και κοινωνικών εξελίξεων

Πασσά, Γ. Γαλάνης, Π. Κωνσταντακοπούλου, Ο. Θεοδώρου, Μ. Σίσκου, Ο. Κριαρή, Α. Καϊτελίδου, Δ. (2018). Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Το ΒήματουΑσκληπιού, 17(3)

Τατσιώνη, Α. Καραθάνος, Β. & Μίσσιου, Α. (2015). Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Ελληνικά ακαδημαϊκά ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα, σ. 16

Τούντας, Γ. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(4): 351-354

**Ξενόγλωσση**Anand, R. & Lahiri, I. (2009). Intercultural Competence in Health Care Developing Skills for Interculturally Competent Care. In : D.K.Deardoff (Ed.) *The Handbook of Intercultural Competense, 387-402. Sage, Newbury Park*

Buttell, P. Hendler, R. &Daley, J. (2007). Quality in Healthcare: Concepts and Practice

Cang-Wong, C., Murphy, S., Adelman, T. (2009). Nursing responses to transcultural encounters: what nurses draw on when faced with a patient from another culture. *The Permanent Journal, 13*(3), 31-37.

Cortis, J.D.(2003). Culture, values and racism: application to nursing.*Int Nurs Rev., 50*(1), 55-64.

Côté, D. (2012). Intercultural communication in health care: challenges and solutions in work rehabilitation practices and training: a comprehensive review. Disability and Rehabilitation, 35(2): 153–163

Cowan, D.T., Norman, I. (2006). Cultural competence in nursing: new meanings. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(1), 82-88.

Dawson, L., Lighthouse, S. (2010). Assessment of self-efficacy for cultural competence in prescribing. *The Journal of Nurse Practitioners, 6*, 44-48.

Degrie, L. Gastmans, C. Mahieu, L. Casterle, B.D. Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. BMC Medical Ethics, 18(2)

Easterby, L.M., Siebert, B., Woodfield, C.J., Holloway, K., Gilbert, P., Zoucha, R., et al. (2012). A Transcultural Immersion Experience: Implications for Nursing Education. *The ABNF Journal, 23*(4), 81-84.

Goh, M.L., Ang, E.N., Chan, Y.H., He, H.G., Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Applied Nursing Research :ANR., 31*, 126-131.

Gulliford, M. Morgan, M. Gibson, B.J. Figueroa, J.I. Hughes, D. Beech, R. (2001). What does 'access to health care' mean?. J of Health services research & policy, 7(3):186-8

Gyasi, R.M., Abass, K., Adu-Gyamfi, S., Accam, B.T. (2017). Nurses' knowledge, clinical practice and attitude towards unconventional medicine: Implications for intercultural healthcare. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 29*, 1-8

Hagman, L. (2006). Cultural self-efficacy of licensed registered nurses in New Mexico. *Journal of cultural diversity, 13*, 105-12.

Herrero-Hahn, R., Rojas, J.G., Montoya-Juárez, R., García-Caro, M.P., Hueso-Montoro, C. (2019). Level of Cultural Self-Efficacy of Colombian Nursing Professionals and Related Factors. *Journal of Transcultural Nursing, 30*(2), 137-145.

Høye, S., Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive & critical care nursing, 24 (6)*, 338-48.

Høye, S. &  Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *J. Adv. Nurs., 66* (4), 858-867.

Jimenez, J.A.V., Contreras, J.L.M., Shellman, J., Gonzalez, M.L.C., Bernal, H. (2006). The Level of Cultural Self-Efficacy Among a Sample of Spanish Nurses in Southeastern Spain. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(2), 164-170.

Kardong-Edgren, S., Bond, M. L., Schlosser, S., Cason, C., Jones, M. E., Warr, R. et al. (2005). Cultural attitudes, knowledge, and skills of nursing faculty toward patients from four diverse cultures. *Journal of Professional Nursing, 21*, 175-182.

Kirschbaum, K.A. (2017). Intercultural Communication in Healthcare. The International Encyclopedia of Intercultural Communication, 1-13.

Li, J., Wu, B., He, Z., Liu, J., Xiao, R., Luo Y. (2020). Investigation for the Transcultural Self-Efficacy of Nurses in Guizhou, China. International Journal of Nursing Sciences. 7. 10.1016/j.ijnss.2020.03.004.

Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., Carpio, B. (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 36*, 161-166.

Menendez, E.L. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. Ciênc. saúde coletiva, 21(1).

Merekoulia, K. & Tsironi, M. (2019). Αναδρομική μελέτη εφαρμογής επιχειρησιακού σχεδίου υγειονομικής ετοιμότητας. Achaike Iatrike, 38(1-2).

Molinari,D.L., Monserud, M. (2009). Rural nurse cultural self-efficacy and job satisfaction.*J TranscultNurs., 20*(2), 211-8.

Olthuis, G. & Heteren, G. van. (2003). Multicultural Health Care in Practice*. Health Care* Analysis, 11(3): 199-206.

Paternotte, E. Dulmen, V.S. Bank, L. Seeleman, C. Scherpbier, A. Scheele, F. (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. International J. of Medical education, 8: 170-175.

.Paternotte, E. van Dulmen, S. van der Lee, N. Scherpbier, A.J.J.A. & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. Patient Education and Counseling, 98(4): 420–445.

Sarafis, P.A., Malliarou, M.M. (2013). Cultural self-efficacy of baccalaureate nursing students in a Greek University.*Iran J Nurs Midwifery Res., 18*(6), 446-50.

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation, Bulletin of the World Health Organization.

Watermeyer, J. Thwala, Z. & Beukes, J. (2020). Medical Terminology in Intercultural Health Interactions. Health Communication, 1-10.

Watsin, B. (2008). Intercultural communication in health-care.University of Queensland.

WHO Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf\_file/0006/199536/Health2020- Short.pdf?ua=1).

WHO (2008). World health report. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever).

WHO. (2019). Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity.

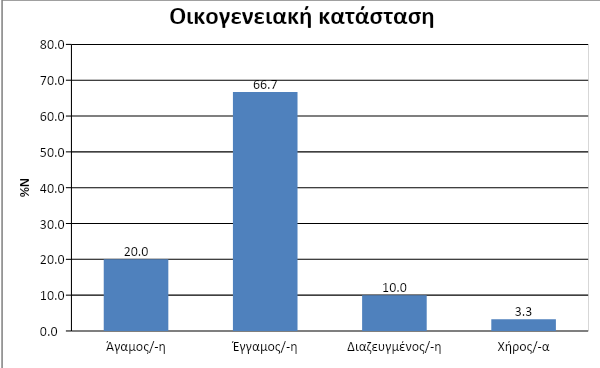
Wickramage, K. Vearey, J. Zwi, A.B. Robinson, C. Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. BMC Public Health.

Wojtczak, A. (2017). Global perspectives in health, vol ii. Encyclopedia of Life Support Systems.

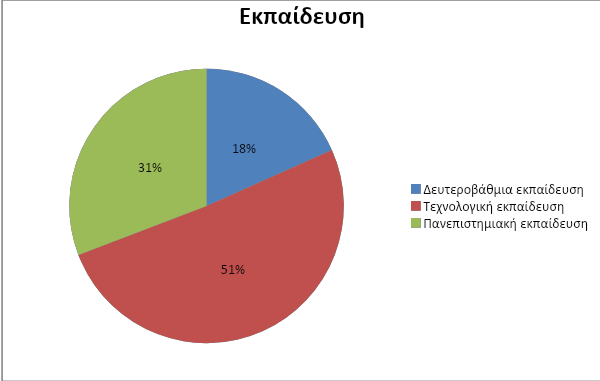
Zhang X.L., Peng Y.Q., Yu H.P., Xu L. (2010). Educational advancement of multicultural nursing in China. Chinese General Practice, 13, 133–135.

# Παράρτημα

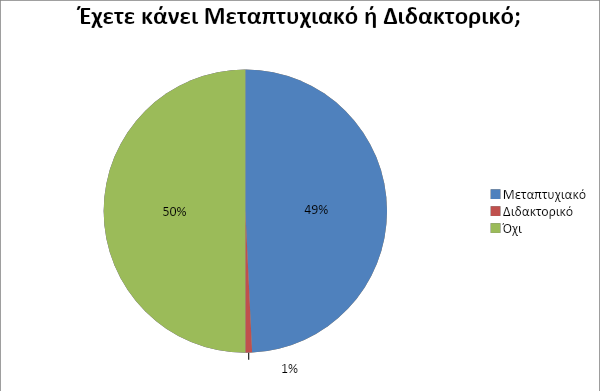
**Διάγραμμα 1: Οικογενειακή κατάσταση**



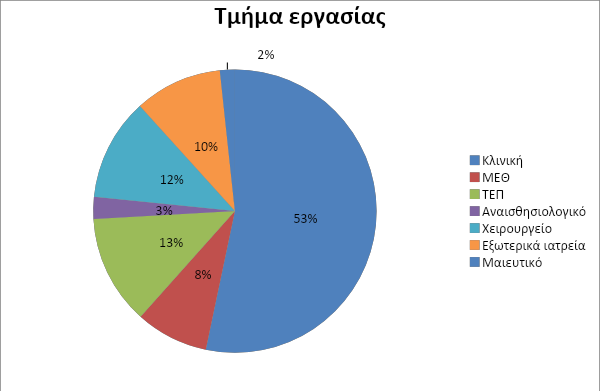
**Διάγραμμα 2: Εκπαίδευση**



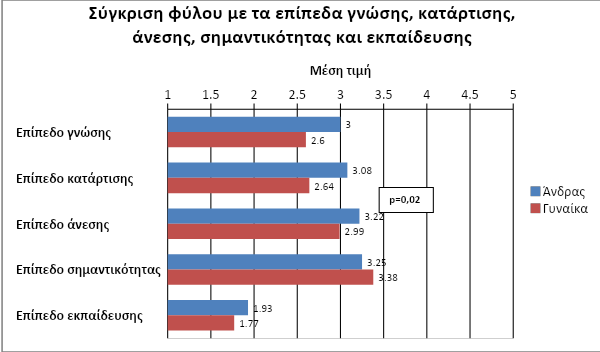
**Διάγραμμα 3: Έχετε κάνει Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό;**



**Διάγραμμα 4: Τμήμα εργασίας**

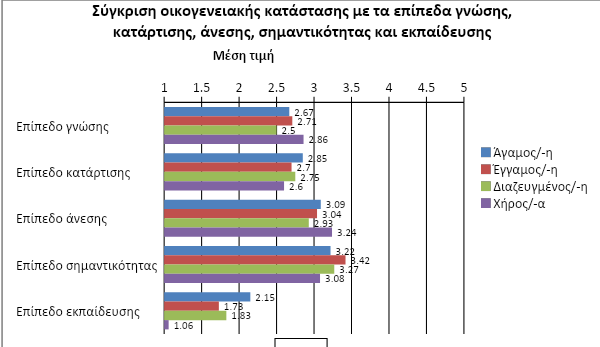


**Διάγραμμα 5: Σύγκριση φύλου με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

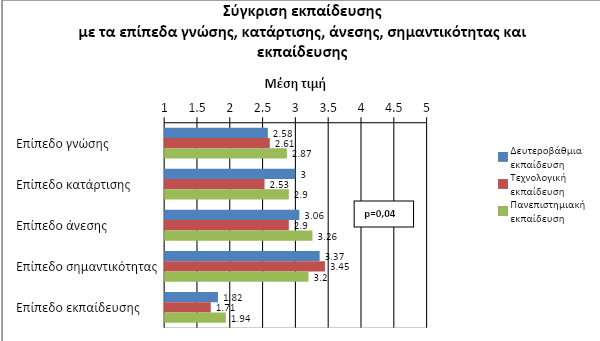


**p=0,01**

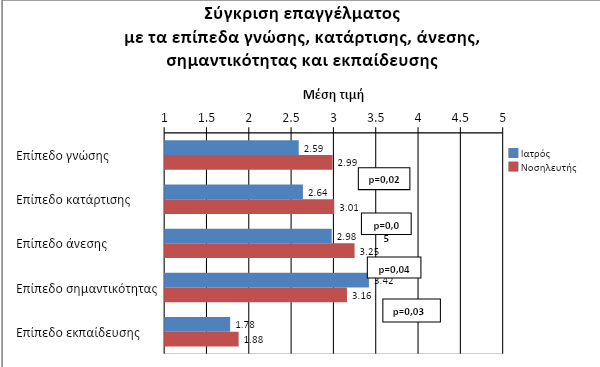
**Διάγραμμα 6: Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**



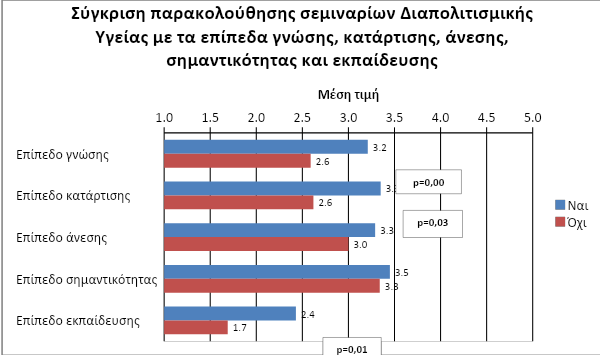
**Διάγραμμα 7: Σύγκριση εκπαίδευσης με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**



**Διάγραμμα 8: Σύγκριση επαγγέλματος με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**



**Διάγραμμα 9: Σύγκριση παρακολούθησης σεμιναρίων Διαπολιτισμικής Υγείας με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**



**Διάγραμμα 11: Σύγκριση ύπαρξης συναναστροφών με άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής με τα επίπεδα γνώσης, κατάρτισης, άνεσης, σημαντικότητας και εκπαίδευσης**

