



СУЧАСНА МУЛЬТИКУЛЬТУРНА ОСВІТА

ДЛЯ СТУДЕНТІВ
ЛІКАРСЬКИХ ТА
МЕДИЧНИХ
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ



НАУКОВИЙ РЕДАКТОР:
ШКУП МАЛГОЖАТА

Підготовлено в рамках

Проекту Erasmus+ KA220

MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union





СУЧАСНА МУЛЬТИКУЛЬТУРНА ОСВІТА ДЛЯ СТУДЕНТІВ ЛІКАРСЬКИХ ТА МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Науковий редактор: Шкуп Малгожата

Підготовлено в рамках
Проекту Erasmus+ KA220
MultiCultiMed



Co-funded by
the European Union

Фінансується Європейським Союзом. Однак висловлені погляди та думки належать виключно автору(ам) і не обов'язково відображають точку зору Європейського Союзу чи Європейського виконавчого агентства з питань освіти та культури (EACEA). Ні Європейський Союз, ні EACEA не несуть за них відповідальності.

Автори

Малгожата Шкуп, Малгожата Зимни, Магдалена Станкевич, Магдалена Кучинська, Кармен Ер'явець, Сабіна Крснік, Марія А. Мархвацька, Емілія Бурбела, Ольга Федорців, Володимир Дживак, Олена Русу, Панагіота Елліна, Параскеві Харіту, Марзена Мікла, Палома Мораль де Калатрава

Назва Сучасна мультикультурна освіта для студентів лікарських та медичних спеціальностей

Видання Перше видання

Видано: Тернопільським національним медичним університетом імені Івана Горбачевського МОЗ України, місто Тернопіль, Україна, видавництво 'Укрмедкнига', вул. Майдан Волі 1, 46001

Експертна рецензія: проф. Ірена Пападопулос, проф. Меріам Шулер-Оджак, Александра Коул

Графічний дизайн та технічна підтримка

Сабіна Крснік

Фото та зображення Canva Pro, використання із ліцензією.

Тираж ... копій

Співфінансується Європейським Союзом

Ця публікація була профінансована за підтримки Європейської Комісії в рамках програми Erasmus+, Ключова дія 2 – Партнерства співробітництва у вищій освіті.

Назва проекту: MultiCultiMed – Сучасна мультикультурна освіта для студентів медичних та медико-біологічних наук

Номер проекту: 2024-1-PL01-KA220-HED-000251323

Ця робота ліцензована за ліцензією Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International.



Ця публікація випущена під ліцензією Creative Commons Attribution-ShareAlike CC BY-SA (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

Зміст

Передмова	7
Про проєкт MultiCultiMed	8

1

РОЗДІЛ 1 — МОДЕЛЬ EMPOWER

Малгожата Шкуп (Польща)

1.1. Вступ.....	10
1.2. Модель EMPOWER – КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ.....	12
1.3. Культурна скромність у культурній освіті студентів медичних та медико-біологічних наук.....	14
1.4. Професійне благополуччя як основа ефективності мультикультурної освіти для студентів медичних та медико-біологічних наук.....	20
1.5. Розвиток рефлексивних культурних компетенцій серед медичних працівників у середовищі, що підтримує здоров'я та добробут.....	22
1.6. Освітні ресурси.....	25
1.7. Допоміжні інструменти.....	32

2

РОЗДІЛ 2 — РІЗНОМАНІТНІСТЬ ТА ІНКЛЮЗІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Малгожата Зімни (Польща)

2.1. Вступ.....	36
2.2. Переваги різноманітності та інклюзії в охороні здоров'я.....	37
2.3. Подолання бар'єрів.....	41
2.4. Інклюзивне лідерство.....	44
2.5. Професійна поведінка в контексті культурного розмаїття.....	46
Підсумкове міркування: Актуальність для культурної компетентності та моделі EMPOWER.....	57

3

РОЗДІЛ 3 — ГЛОБАЛІЗАЦІЯ ТА МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛІЗМ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНИХ КОМАНДАХ

(Ольга Федорців, Емілія Бурбела, Володимир Дживак (Україна))

3.1. Вступ.....	60
3.2. Що говорять дослідження.....	62
3.3. Мультикультуралізм та різноманітність у терапевтичних командах.....	66
Підсумкове міркування: Зв'язок з культурною компетентністю та моделлю EMPOWER.....	70

4

РОЗДІЛ 4 — КУЛЬТУРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Магдалена Станкевич (Польща)

4.1. Вступ	72
4.2. Пацієнт як суб'єкт системи охорони здоров'я.....	76
4.3. Культурна ідентифікація і охорона здоров'я.....	77
4.4. Культурні детермінанти здоров'я і хвороби.....	79
4.5. Виклики медичної практики.....	80
4.6. Психологічні механізми, що впливають на формування мультикультурних відносин у медичному середовищі.....	83
4.7. Расизм та структурне насильство як детермінанти психічного здоров'я - роль медичних працівників.....	86
<i>Підсумкове міркування: Зв'язок між культурною ідентичністю та охороною здоров'я і моделлю EMPOWER.....</i>	<i>90</i>

5

РОЗДІЛ 5 — МІЖКУЛЬТУРНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ: ЗМІНА ПЕРСПЕКТИВИ ТА РЕФЛЕКСИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ

Марія Анна Марчвацька (Німеччина)

5.1. Вступ.....	92
5.2. Культура - культурні орієнтири та взаємовплив.....	93
5.3. Культурне розмаїття: приклад Німеччини.....	96
5.4. Міжкультурна освіта як процес взаємодії.....	98
5.5. Розвиток комунікативної компетентності.....	101
5.6. Давайте змінимо нашу стратегію і відійдемо від есенціалізму.....	104
5.7. Висновки	106
<i>Підсумкове міркування: Зв'язок з культурною компетентністю та моделлю EMPOWER.....</i>	<i>110</i>

6

РОЗДІЛ 6 — БІЖЕНЦІ, МІГРАЦІЯ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Олена Русу, Панагіота Елліна, Параскеві Харіту (Кіпр)

6.1. Вступ	112
6.2. Вплив міграції на здоров'я.....	113
6.3. Медичні бар'єри для мігрантів та біженців.....	114
6.4. Інтеграція глобального здоров'я, міграція, біженці та транскультурні потреби.....	115
<i>Підсумкове міркування: Поєднання міграції та охорони здоров'я в моделі EMPOWER.....</i>	<i>117</i>

7

РОЗДІЛ 7 — ВПЛИВ ЗМІНИ КЛІМАТУ ТА ПАНДЕМІЇ НА ГЛОБАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

Олена Русу, Панагіота Елліна, Параскеві Харіту (Кіпр)

7.1. Вступ	120
7.2. Пандемії та їхній глобальний вплив.....	121
7.3. Зміна клімату як глобальна загроза здоров'ю населення.....	123
7.4. Висновки	124
<i>Підсумкове міркування: Зв'язок глобальних криз у сфері охорони</i>	
<i>здоров'я з моделлю EMPOWER.....</i>	<i>126</i>

8

РОЗДІЛ 8 — СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

Олена Русу, Панагіота Елліна, Параскеві Харіту (Кіпр)

8.1. Вступ.....	128
8.2. Старіння населення як глобальний виклик.....	131
8.3. Ставлення медичних працівників до літніх пацієнтів.....	134
8.4. Як культура впливає на розуміння старіння.....	135
8.5. Виклики, з якими стикаються літні іммігранти, що старіють у приймаючих країнах.....	136
8.6. Що говорять європейські угоди та конвенції на цю тему?.....	136
<i>Підсумкове міркування: Старіння населення та модель EMPOWER</i>	<i>143</i>

9

РОЗДІЛ 9 — ЕФЕКТИВНА МУЛЬТИКУЛЬТУРНА КОМУНІКАЦІЯ ТА ПРАКТИКИ СПІВПРАЦІ: СТРАТЕГІЇ ДЛЯ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА ДІАЛОГУ

Кармен Ерявець, Сабіна Крснік (Словенія)

9.1. Вступ.....	146
9.2. Міжкультурна комунікація в охороні здоров'я.....	149
9.3. Стратегії ефективної культурної комунікації	152
9.4. Прихильність до діалогу та співпраці в мультикультурній комунікації у сфері охорони здоров'я.....	168
<i>Підсумкове міркування: Мультикультурна комунікація та співпраця через призму моделі EMPOWER</i>	<i>179</i>

10

РОЗДІЛ 10 — ВПЛИВ КУЛЬТУРНИХ ЧИННИКІВ НА СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ТА ХВОРОБИ

Ольга Федорців, Емілія Бурбела, Володимир Дживак (Україна)

10.1. Вступ	182
10.2. Поняття здоров'я та хвороби в різних культурах.....	183
10.3. Сприйняття тіла.....	187
10.4. Вплив культури на формування уявлень про психічне здоров'я.....	189
<i>Підсумкове міркування: Культурні детермінанти здоров'я та модель EMPOWER.....</i>	<i>196</i>

11

РОЗДІЛ 11 — ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В МУЛЬТИКУЛЬТУРНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Паломо Мораль де Калатрава (Іспанія)

11.1. Вступ.....	198
11.2. Моделі акультурації.....	200
11.3. Акультураційний стрес та управління психічним здоров'ям.....	203
11.4. Синдром Улісса.....	206
Підсумкове міркування: Психічне здоров'я в мультикультурному суспільстві та модель EMPOWER.....	211

12

РОЗДІЛ 12 — РЕЛІГІЙНІ, ДУХОВНІ ТА КУЛЬТУРНІ ПРАКТИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

Мажена Міква (Іспанія)

12.1. Вступ.....	214
12.2. Короткий посібник з духовних та релігійних практик, пов'язаних зі здоров'ям.....	216
Підсумкове міркування: Релігійні та культурні практики і модель EMPOWER.....	236

13

РОЗДІЛ 13 — МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛІЗМ У МЕДИЦИНІ - ЕТИЧНІ ПИТАННЯ

Магдалена Кучинська (Польща)

13.1. Вступ.....	238
13.2. Людська гідність як найвища цінність у міжкультурних відносинах у медицині.....	244
13.3. Толерантність і мультикультуралізм у медицині.....	246
13.4. Три складові морального ставлення до мультикультуралізму в медицині.....	246
13.5. Висновки.....	248
Підсумкове міркування: Етика мультикультуралізму в медицині та модель EMPOWER.....	250

14

РОЗДІЛ 14 — ПРАВА ЛЮДИНИ

Ольга Федорців, Емілія Бурбела, Володимир Дживак (Україна)

14.1. Вступ.....	252
14.2. Що говорять дослідження?.....	256
Підсумкове міркування: Права людини в контексті моделі EMPOWER.....	260

Колектив авторів.....	261
-----------------------	-----

Передмова

Сучасна охорона здоров'я функціонує на перехресті динамічних соціальних, культурних і демографічних трансформацій. В епоху глобалізації, масової міграції, старіння населення та зростаючого значення прав людини і справедливості медична освіта більше не може обмежуватися лише передачею клінічних знань. Важливо підготувати майбутніх медичних працівників до ефективної, емпатійної та справедливої діяльності у все більш культурно різноманітному професійному середовищі.

Цей посібник був створений саме у відповідь на ці виклики. Він є результатом унікальної співпраці міжнародної команди експертів і поєднує в собі новітні підходи до міжкультурної освіти, академічні знання та практичний досвід. В її основі лежить оригінальна модель EMPOWER – концептуальна та освітня основа, яка сприяє ефективності, мультикультуралізму, професіоналізму, професійному благополуччю та доступу до допоміжних освітніх ресурсів. Ця модель підтримує розвиток осмислених культурних компетенцій і заохочує ставитися до пацієнтів як до рівноправних партнерів у терапевтичному процесі.

Ця книга – не просто джерело академічних знань, це запрошення до діалогу, роздумів і змін. Вона пропонує читачеві простір для роздумів про культурну толерантність, самосвідомість і спільну відповідальність у розбудові системи охорони здоров'я, відкритої до розмаїття. Вона також слугує теоретичним наріжним каменем ширшої освітньої екосистеми, збагаченої практичними інструментами та інтерактивними вправами, доступними через платформу MultiCultiMed.

Я заохочую вас підійти до цієї публікації з особистою зацікавленістю – як студент, майбутній професіонал і як людина.

З повагою,
Малґожата Шкуп

Про проєкт MultiCultiMed



Цей посібник було розроблено в рамках проєкту «MultiCultiMed – сучасна мультикультурна освіта для студентів-медиків та студентів наук про здоров'я» (проєкт № ...). Це міжнародна ініціатива, яку реалізують шість університетів з Польщі, Іспанії, Словенії, Кіпру, України та Німеччини. Проєкт був започаткований у відповідь на зростаючий попит на культурно компетентних медичних працівників та необхідність модернізації освітніх систем по всій Європі.

MultiCultiMed вирішує ключові глобальні виклики – міграцію, старіння населення та нерівність у сфері охорони здоров'я – за допомогою інноваційного та інтегрованого підходу до мультикультурної освіти. Він надає студентам не лише теоретичні знання, а й практичні інструменти для розвитку емпатії, розуміння розмаїття та ефективної роботи в мультикультурних командах.

Основні здобутки проєкту включають

- багатомовний, академічно обґрунтований посібник;
- інтерактивну освітню платформу з вправами, узгодженими зі змістом підручника;
- методичний посібник для викладачів та наставників;
- а також «Жива бібліотека» – колекція реальних історій з життя людей, які представляють соціально вразливі або культурно різноманітні групи.

Разом ці компоненти формують гнучку, багатовимірну освітню систему, яка підтримує розвиток культурної обізнаності та професійної компетентності серед студентів медиків, медсестер, психологів, дієтологів, фізіотерапевтів та студентів інших медичних наук.

Ми щиро запрошуємо вас ознайомитися з цим матеріалом і приєднатися до наших колективних зусиль, спрямованих на формування більш інклюзивного, справедливого і орієнтованого на людину майбутнього охорони здоров'я – в Європі та за її межами.

The MultiCultiMed Team



Розділ 1

МОДЕЛЬ EMPOWER

*– Інноваційна структура для
мультимікультурної освіти для
студентів медицини та наук
про здоров'я*

МАЛГОЖАТА ШКУПІ

Поморський медичний університет у Щецині
(Польща)

“

*Освіта, яка навчає вас розуміти світ, його людей та їх різноманітні
погляди, — це найважливіший інструмент для сприяння миру,
співчуттю та співробітництву.*

— Кофі Аннан

1.1 Вступ

Сучасна мультикультурна освіта для студентів-медиків – це освітній підхід, який інтегрує принципи культурного розмаїття, рівності та інклюзивності в медичну підготовку. Вона все частіше визнається як важливий компонент в освіті медичних працівників, що надає можливість розвинути навички, чутливі до культури та відмінностей, для ефективної роботи з різними групами пацієнтів. Оскільки суспільства стають все більш мультикультурними, медична освіта змістилася в бік навчальної програми, яка наголошує на культурній компетентності, що дозволяє майбутнім медичним працівникам розуміти і задовольняти різні потреби у сфері охорони здоров'я, на які впливає культурне походження (Liu et al., 2022; Verbree et al., 2023, Papadopoulos, 2024). Помітне зростання значення мультикультурної освіти в медичних навчальних програмах пов'язане з усвідомленням значних відмінностей у стані охорони здоров'я серед різних культурних груп. Дослідження показують, що культурно-компетентна допомога не тільки підвищує задоволеність пацієнтів, але й покращує надання медичної допомоги, вирішуючи унікальні проблеми, з якими стикаються представники меншин. (Majda et al., 2021). Отже, медичні університети переглядають свої освітні стратегії, щоб включити навчання культурної компетентності як одну з цілей освіти. (Liu et al., 2022; Zanetti et al., 2014). Незважаючи на позитивні зрушення, впровадження мультикультурної освіти не позбавлене викликів. Критики звертають увагу на такі проблеми, як недостатня інституційна підтримка, стійкі стереотипи, а також необхідність впровадження більш ефективних методів навчання та оцінки культурних компетенцій (Srinivasan et al., 2024). Це безперервний процес, який потребує моніторингу для оцінки та адаптації.

Дискусія навколо цих викликів підкреслює важливість постійних зусиль, спрямованих на вдосконалення освітніх практик і створення інклюзивного середовища, в якому пріоритетними є культурна смиренність і обізнаність у підготовці медичних працівників. Реформування медичної освіти, що включає ці елементи, має вирішальне значення для підготовки кадрів, здатних орієнтуватися в складнощах дедалі більш взаємопов'язаного світу. Озброєння майбутніх медичних працівників необхідними навичками, знаннями та формування їхнього ставлення до роботи з різноманітними спільнотами може відігравати життєво важливу роль у просуванні справедливості та покращенні результатів охорони здоров'я в системі охорони здоров'я. (Verbree et al., 2023; Majda et al., 2021).

Центральними елементами моделі EMPOWER є:

- розширення можливостей студентів у мультикультурній освіті
- сприяння розширенню прав і можливостей пацієнтів.

Модель EMPOWER – це інноваційний, авторський підхід до мультикультурної освіти, спеціально розроблений для студентів-медиків та студентів наук про здоров'я, спрямований на розвиток навичок культурних компетенцій та культурної толерантності серед майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я.

Модель EMPOWER спрямована на підвищення ефективності мультикультурної освіти та її адаптацію до реальних викликів повсякденної практики. Вона фокусується на **посиленні ролі як студентів, так і викладачів, кваліфікованих медичних працівників і пацієнтів**, що сприяє створенню більш відкритого і сприятливого середовища для набуття компетенцій.

Посилення ролі автономії пацієнтів сприяє самоуправлінню своїм здоров'ям та участі у прийнятті медичних рішень, що дозволяє їм брати активну участь в охороні здоров'я. Інтегруючи ці елементи, модель EMPOWER має на меті сприяти формуванню особистої відданості, смиренності, рефлексії, відповідальності та відкритості. Впровадження її принципів у мультикультурну освіту дозволить подолати розрив між теоретичними знаннями та їх практичним застосуванням.

Як нова концепція в медичній освіті, модель EMPOWER має на меті не лише підвищити ефективність підготовки майбутніх медичних працівників, а й задовольнити нагальну потребу в забезпеченні рівності та кращих результатів для пацієнтів, особливо з малозабезпечених груп населення. Зосередженість на глибокому залученні освітнього досвіду дає йому потенціал стати цінним інструментом у створенні більш інклюзивної системи охорони здоров'я, яка відповідає різноманітним потребам пацієнтів і громад.

З огляду на динамічний розвиток мультикультурної освіти та її широку сферу застосування, необхідна постійна критична оцінка та адаптація моделі до різних освітніх контекстів.

Мета

Під час вивчення цього розділу студенти поглиблюють свої розуміння, знання та навички у таких аспектах:

- розуміння основних принципів мультикультурної освіти в медицині та науках про здоров'я,
- розуміння значення освітніх ресурсів та інструментів, що підтримують інновації в медичній освіті, рефлексивної культурної компетентності, культурної скромності, професійного благополуччя, а також освітніх ресурсів та інструментів, що підтримують інклюзивність у медичній освіті,
- ознайомлення з моделлю EMPOWER як інноваційним підходом до мультикультурної освіти, спрямованим на посилення ролі студентів та пацієнтоорієнтованої допомоги,
- посилення ролі пацієнтів у покращенні результатів лікування та просуванні справедливості у сфері охорони здоров'я,
- залучення до самоаналізу особистих упереджень і стереотипів, що сприяє розвитку культурної скромності та обізнаності в медичній практиці.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Пояснити основні принципи мультикультурної освіти в контексті медицини та медичних наук, підкресливши її важливість у формуванні різноманітного та інклюзивного середовища охорони здоров'я.
 - Описати концепцію культурної скромності та її значення в медичній практиці, підкресливши її роль у поліпшенні відносин між пацієнтами та медичними працівниками та в покращенні результатів лікування.
-
- Використовувати освітні ресурси та інструменти, що сприяють інклюзивності, для розвитку власних рефлексивних культурних компетенцій, прагнучи зрозуміти феномен різноманітності в закладах охорони здоров'я.
 - Проаналізувати та застосувати модель EMPOWER в контексті мультикультурної освіти, продемонструвавши її вплив на поліпшення освітніх та доглядових процесів, зосередившись на посиленні ролі як пацієнтів, так і студентів.
 - Зрозуміти принципи посилення ролі пацієнтів та пояснити їхній вплив на поліпшення результатів у сфері охорони здоров'я, здатність до прийняття рішень та сприяння більшій рівності у сфері охорони здоров'я серед різних груп пацієнтів,
 - Критично осмислити особисті упередження та стереотипи і застосовувати принцип культурної скромності в медичній практиці, розуміючи, як ці упередження впливають на прийняття клінічних рішень, догляд за пацієнтами та спілкування.
 - Демонструвати здатність створювати інклюзивне та культурно чутливе середовище в галузі охорони здоров'я, включаючи ключові елементи мультикультурної освіти та посилюючи роль пацієнтів у клінічній практиці та щоденних взаємодіях з пацієнтами.

“Кожна людина має право на розуміння своїх культурних і духовних потреб, так само як і на задоволення своїх фізичних і психологічних потреб.

–Мадлен Лейнінгер М

1.2. Модель EMPOWER – ключові компоненти

У відповідь на зростаючу потребу в адаптації медичної освіти до різноманітних суспільств, пропонується новий підхід до мультикультурної освіти, заснований на моделі EMPOWER, яка спрямована на зміцнення компетенцій студентів у галузі медицини та медичних наук. Ця модель має 5 ключових характеристик, які разом описують комплексну освітню структуру, що підтримує розвиток майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я в мультикультурному контексті.

Е — **Ефективність** – підкреслює важливість ефективності в освіті, зосереджуючись на оптимізації процесів навчання та викладання. Ефективність освіти означає не тільки передачу знань, але й надання студентам можливості застосовувати їх у різних клінічних умовах, що є основою для надання високоякісних медичних послуг.

М — **Мультикультурність** – підкреслює важливість включення культурного різноманіття в освітні програми. В епоху глобалізації здатність розуміти та поважати різні культури є надзвичайно важливою при роботі з пацієнтами з різних культурних середовищ. Впровадження концепції мультикультуралізму в навчальну програму дозволяє студентам медичних спеціальностей краще підготуватися до ефективної взаємодії з пацієнтами, які мають різні цінності, переконання, пояснення, очікування та потреби в галузі охорони здоров'я.

Р — **Професійність** – відноситься до високого рівня емоційної чутливості, професійних знань, досвіду та етичної поведінки. Освіта студентів медичних та медико-санітарних спеціальностей полягає не тільки в набутті технічних навичок, а й у формуванні ставлення, заснованого на емпатії, етичній поведінці та відданості благополуччю пацієнтів. Ці цінності є основою високоякісної медичної допомоги та сприяють побудові довіри між пацієнтами та медичними працівниками.

W — **Благополуччя** – підкреслює важливість забезпечення розвитку фахівців у середовищі, яке сприяє їхньому здоров'ю та добробуту. Просування здорового способу життя в медичній освіті означає створення простору, де студенти не тільки вчать піклуватися про інших, але й про себе, як фізично, так і емоційно. Такий підхід є особливо важливим у контексті зростаючих викликів у сфері охорони здоров'я, з якими доводиться стикатися медичним працівникам.

ER — **Освітні ресурси** – зосереджуються на наданні відповідних освітніх ресурсів, що сприяють розвитку культурних та професійних компетентностей серед студентів. Відповідні навчальні матеріали, такі як література, цифрові ресурси та цікаві комплекти практичних вправ, є необхідними для розвитку навичок студентів у сфері охорони здоров'я з урахуванням соціальної та культурної різноманітності.

Таким чином, модель EMPOWER представляє інноваційний підхід, який не тільки дозволяє студентам медичних та медико-санітарних спеціальностей розвиватися в культурному контексті, але й готує їх до майбутньої роботи в суспільстві, яке стає дедалі більш різноманітним. Інтегруючи ці п'ять ключових характеристик моделі – **ефективність, мультикультурність, професіоналізм, благополуччя та відповідні освітні ресурси** – ця модель зміцнює компетенції студентів, готуючи їх до ролі лідерів у сфері охорони здоров'я та захисників рівності в охороні здоров'я в глобальному контексті.

Е – Ефективний – підкреслює ефективність

М – Мультикультурний – підкреслює мультикультурність

Р – Професіонал – високий рівень скромності, досвіду, компетентності та етичної поведінки

W – Благополуччя – розвиток професіоналів у середовищі, що сприяє здоров'ю та хорошему самопочуттю

ER – Освітні ресурси – відповідні освітні ресурси

Запропонована модель представляє підхід, заснований на скромності як центральному елементі, що підтримує чотири ключові складові ефективного функціонування в професійному та освітньому середовищах. Ці складові включають:

- Осмислені культурні компетенції,
- Професійне благополуччя,
- Освітні ресурси,
- Допоміжні інструменти.

Ця модель підкреслює, що скромність є основою для розвитку кожної з цих сфер, сприяючи створенню більш свідомого, чуйного та збалансованого робочого і навчального середовища (рис. 1).



Рис. 1. Ключові елементи моделі EMPOWER

1.3. Культурна скромність у культурній освіті студентів медичних та медико-санітарних наук

Поняття культурної скромності з'явилося наприкінці 1990-х років. Воно було визначено як динамічний і тривалий процес, що наголошує на саморефлексії та особистій критиці з метою усвідомлення власних упереджень та обмежень. Він визнає, що культурні ідентичності є складними і постійно еволюціонують, підкреслюючи важливість постійної цікавості, а не кінцевого оволодіння культурними знаннями (Pawlak-Sobczak, 2019). На відміну від культурної компетентності, яка може передбачати існування пункту, в якому вивчення різних культур є завершеним (досягнення компетентності), культурна скромність сприяє розумінню того, що навчання є нескінченним процесом, який вимагає від людей залишатися відкритими до нових досвідів та перспектив (Lekas, et al., 2020) (Табл. 1).

Таблиця 1. Порівняння культурної компетентності та культурної скромності

	Культурна компетентність	Культурна скромність
Цілі	Розвивати глибше розуміння культур меншин (цільових груп) з метою надання послуг більш ефективним та відповідним шляхом.	Сприяти самовдосконаленню та розвитку в галузі культури з метою підвищення обізнаності постачальників послуг.
Основні принципи	«Знання Навчання»	Саморефлексія Спільне навчання
Обмеження	Підкріплює уявлення про те, що людина може бути «компетентною» в культурі, відмінній від своєї власної. Підтримує міф про те, що культури є однорідними. Спирається на теоретичні знання, а не на життєвий досвід, і припускає, що фахівці можуть отримати «сертифікат» з культурного розуміння.	Професіоналам важко повністю зрозуміти концепцію навчання разом з пацієнтами та від пацієнтів. Відсутність остаточного результату, що може бути складним для представників академічних та медичних кіл.
Переваги	Дозволяє людям працювати над досягненням мети. Сприяє розвитку навичок.	Сприяє безперервному навчанню без фіксованої кінцевої мети, зосереджуючись на цінності процесу зростання та розуміння. Підтримує побудову позитивних відносин між фахівцями та пацієнтами, маючи на меті зменшення шкідливої нерівності в галузі охорони здоров'я.

Походження концепції культурної скромності пов'язане з намаганнями поліпшити взаємодію в галузі охорони здоров'я з різними соціальними групами. Впровадження культурної скромності частково було натхненне визнанням системної нерівності, з якою стикаються маргіналізовані групи.

Хоча підхід культурної скромності набирає популярності, автори підкреслюють, що не слід обирати один підхід на шкоду іншому. Натомість вони пропонують модель «і те, і інше», яка поєднує сильні сторони обох підходів.

Вони стверджують, що:

- Культурна компетентність та культурна скромність є взаємодоповнюючими поняттями.
- Разом вони сприяють більш ефективній та справедливій практиці в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, особливо в умовах зростаючої різноманітності та соціальних викликів (Greene-Moton & Minkler, 2019).
-

Модель айсберга служить основоположною метафорою в дискусіях про культурну обізнаність, підкреслюючи, що культура — це не тільки спостережувані форми поведінки, а й глибші аспекти, такі як цінності та переконання (So, et al., 2023), (рис. 2).

Ця модель, як і інші, підкреслює складність культурних взаємодій, ще більше підтверджуючи необхідність культурної скромності як доповнення до культурної компетентності, збагачуючи суто теоретичні знання рефлексивним компонентом. У міру того, як культурна скромність набирала популярності, вона стала визнаватися як невід'ємна складова для налагодження конструктивних партнерських відносин між медичними працівниками та громадами, де визнаються та враховуються динаміка влади та історичний контекст.

Цей перехід до більш інклюзивної та рефлексивної практики відповідає загальним тенденціям у медичній освіті, де все більший акцент робиться на підготовці фахівців, які не тільки володіють знаннями, але й емпатією та відповідальністю у взаємодії з пацієнтами з різних культурних середовищ (Solchanyk, et al., 2021; Tervalon & Murray-García, 1998).

із знаннями, але й емпатією та відповідальністю у взаємодії з пацієнтами з різних культурних середовищ (Solchanyk, et al., 2021; Tervalon & Murray-García, 1998).



Рис. 2. Метафора айсберга стосовно складності культури

*Культурна компетентність + культурна скромність =
рефлексивна культурна компетентність*

Розвиток культурної компетентності та прояв культурної скромності є безперервними процесами, які еволюціонують у відповідь на нові ситуації, досвід та відносини. Культурна компетентність слугує важливою основою для прояву культурної скромності. Для досягнення вищого рівня догляду за пацієнтами з різних культурних середовищ, необхідно інтегрувати процеси рефлексії та саморефлексії, дотримуючись переходу від культурної компетентності до культурної скромності:

1. **Розвиток особистої культурної свідомості:** що визначає мою культуру і як вона впливає на те, як я сприймаю інших і взаємодію з ними?
1. **Набуття знань про культури:** Які особливості мають інші культури і які унікальні сильні сторони вони мають? Що може бути особливо важливим для людей, які ідентифікують себе з ними?
1. **Визнання та усунення дисбалансу сил:** Як я можу використати своє розуміння власної культури та культур інших людей, щоб виявити та усунути несправедливість у сфері охорони здоров'я?
1. **Побудова системи охорони здоров'я на основі скромності:** які дії я можу вжити, щоб забезпечити більшу інклюзивність та справедливість у наданні медичної допомоги? (рис. 3).

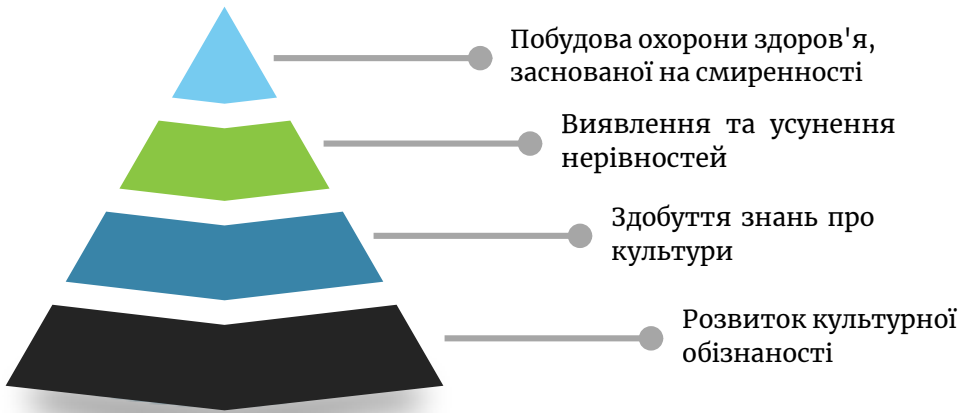


Рис. 3. Розмежування культурної скромності та культурної компетентності

Культурна скромність ґрунтується на кількох ключових принципах, які керують практиками у їх взаємодії з різноманітними групами населення. Ці принципи наголошують на самовдосконаленні, визнанні динаміки влади та розвитку партнерських відносин, заснованих на повазі (Yeager & Bauer-Wu, 2013).

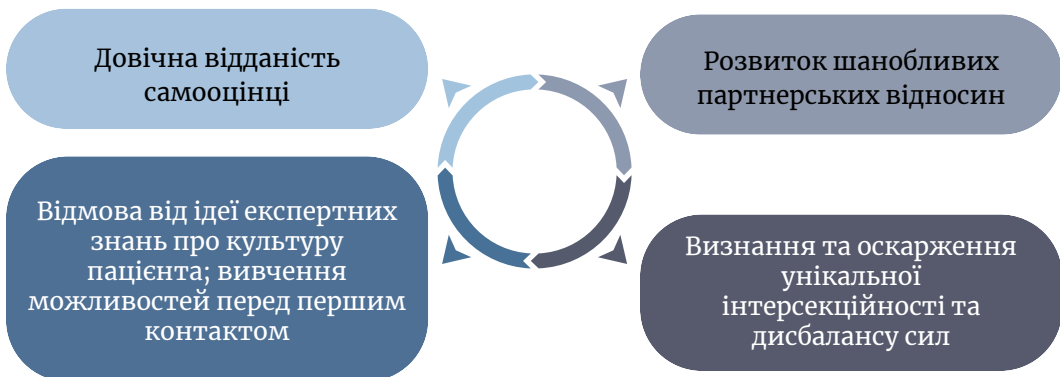


Рис. 4. Основні принципи культурної скромності

Відмова від ідей про необхідність володіння експертними знаннями про культуру пацієнта

У контексті мультикультурної освіти для студентів-медиків, сестринського справи та інших медичних наук важливим аспектом є відмова від ідеї володіння «експертними» знаннями про культуру пацієнта до першого контакту. Сучасні підходи до культурної компетентності в галузі охорони здоров'я підкреслюють, що кожен пацієнт є унікальним, з індивідуальним та змінюваним культурним досвідом. Практика припущення, що існує єдине універсальне «експертне» знання про культуру певної групи, може призвести до спрощень і стереотипів, що може негативно вплинути на якість медичного обслуговування. Гнучкий та відкритий підхід до різноманітних ідентичностей пацієнтів є більш ефективним, ніж використання заздалегідь сформованих культурних знань. Натомість вони повинні розвивати навички ставити запитання, слухати та залучати пацієнтів до процесу діагностики та лікування, враховуючи їхні індивідуальні культурні потреби та досвід.

Впровадження в медичну освіту стратегій, що зосереджуються на розвитку навичок розуміння пацієнтів та дослідженні можливостей взаємодії до першої зустрічі, може допомогти уникнути хибних узагальнень.

Культурне розуміння в контексті охорони здоров'я не ґрунтується на засвоєнні стереотипів, а скоріше на безперервному процесі навчання та адаптації до потреб пацієнтів, що є надзвичайно важливим для досягнення рівності в охороні здоров'я (Betancourt, et al., 2003).

Крім того, розвиток здатності активно слухати та демонструвати відкритість до культурного розмаїття має бути фундаментальним елементом медичної освіти, що забезпечує ефективну взаємодію з пацієнтами з різних соціальних та культурних середовищ (Zghal, et al., 2021).

Визнання та виклик унікальної взаємозалежності та дисбалансу сил

Інтерсекціональність досліджує, як різні соціальні ідентичності — такі як раса, гендер, соціально-економічний статус, сексуальність та багато іншого — перетинаються, впливаючи на досвід людей та їхній доступ до медичного обслуговування. Визнання цих перехресних ідентичностей дозволяє медичним працівникам зрозуміти складність культурного походження пацієнтів, що призводить до більш персоналізованого та ефективного лікування. Завдяки розумінню та прийняттю інтерсекціональності медична освіта може вийти за межі традиційних моделей культурної компетентності, сприяючи глибшому розумінню багатогранної природи ідентичності пацієнтів. Такий підхід не тільки збагачує навчальний досвід студентів, але й сприяє зменшенню нерівності в галузі охорони здоров'я шляхом просування більш інклюзивних та емпатичних практик у сфері охорони здоров'я (Rehman, et al., 2023; Paniagua, 2024).

Культурна скромність також передбачає гостре усвідомлення неминучого дисбалансу сил, що існує у відносинах між практикуючим лікарем і пацієнтом. Медичні працівники повинні усвідомлювати, що їхня роль передбачає авторитет і можливість як надавати, так і відмовляти в наданні необхідних послуг (So et al., 2023). Визнаючи цю динаміку, практикуючі фахівці можуть працювати над створенням більш справедливого середовища, яке сприяє співпраці та повазі. Цей принцип підкреслює важливість розвитку партнерських відносин, які надають повноваження клієнтам та громадам, а не закріплюють ієрархічні відносини (Solchanyuk, et al., 2021; Shah, et al., 2024).

Розвиток партнерських відносин, заснованих на повазі

Третій принцип культурної скромності стосується необхідності розвитку взаємовигідних партнерських відносин з окремими особами та громадами. Цей принцип закликає практиків налагоджувати відносини з пацієнтами з різних культурних груп у спосіб, що поважає автономію, зосереджуючись на спільному навчанні та спільному прийнятті рішень (Paniagua, 2024; Gonzales-Walters, et al., 2024). Цінуючи внесок та думки інших, практикуючі лікарі можуть

покращити своє розуміння різних культур та створити більш інклюзивні практики, що відповідають потребам кожного пацієнта (So, et al., 2023).

Обов'язок самооцінки протягом усього життя

Одним з основних принципів культурної скромності є постійне прагнення до самооцінки та самокритики. Цей принцип визнає, що розуміння власного культурного походження та упереджень є безперервним і динамічним процесом. Важливим елементом роботи в галузі охорони здоров'я є необхідність критичного самоаналізу та аналізу того, як власний досвід і цінності впливають на формування взаємодії з іншими. Таке постійне самооцінювання дозволяє людям краще усвідомлювати свої припущення та боротися з упередженнями у своїй практиці.

Разом ці принципи складають основу для впровадження культурної скромності в охороні здоров'я, що в кінцевому підсумку призводить до поліпшення результатів лікування пацієнтів і сприяє створенню більш інклюзивного середовища в медичних і медико-біологічних науках.



1.4. Професійне благополуччя як основа ефективності мультикультурної освіти для студентів медичних та медико-санітарних наук

Професійне благополуччя охоплює цілісний підхід до добробуту, який об'єднує різні аспекти здоров'я, включаючи фізичні, емоційні, професійні, соціальні, духовні та інтелектуальні аспекти (Belthur et al., 2024). Воно визначається як активне та успішне здійснення діяльності, вибору, способу життя, традицій та ритуалів, що сприяють досягненню стану цілісного здоров'я (Chatterjee et al., 2022). Це широке визначення суперечить поширеній думці, що благополуччя обмежується фізичним здоров'ям і фізичною формою, і спонукає до більш комплексного розгляду всіх факторів, що впливають на індивідуальне та колективне благополуччя в професійному середовищі.

Професійне благополуччя є фундаментальним фактором ефективності мультикультурної освіти, особливо в галузі медичних та оздоровчих наук. З огляду на стрімке зростання різноманітності суспільств в Європі, інтеграція міжкультурних компетенцій у професійне благополуччя є необхідною для ефективного задоволення різноманітних потреб пацієнтів, поліпшення результатів у сфері охорони здоров'я та підтримання високого рівня задоволеності персоналу.

Вплив зростаючих вимог на благополуччя працівників охорони здоров'я: вирішення проблеми вигорання та культурної компетентності в умовах різноманітного середовища пацієнтів

В останні роки системи охорони здоров'я в усьому світі стикаються з дедалі більшим тиском, щоб задовольнити потреби все більш різноманітного контингенту пацієнтів. У міру того як демографічні зміни продовжують формувати суспільства, від медичних працівників дедалі частіше вимагають надання медичної допомоги з урахуванням культурних відмінностей, етнічного різноманіття та соціальних детермінант здоров'я. Хоча культурна компетентність відіграє значну роль у підготовці медичних працівників, все частіше визнається, що пов'язані з нею очікування можуть — ненавмисно — сприяти збільшенню емоційного навантаження. Як зазначають Elbanna та ін. (2023), надмірна зосередженість на необхідності бути «компетентним» у будь-якій культурній ситуації може створювати тиск і невизначеність, особливо в контексті дедалі більш різноманітного складу пацієнтів.

Зростаюча культурна різноманітність пацієнтів вимагає від медичних працівників володіння широким набором навичок, включаючи культурну компетентність, щоб орієнтуватися в складних взаємодіях і забезпечувати якісну медичну допомогу. У міру того як системи охорони здоров'я адаптуються до обслуговування різноманітних спільнот, від медичних працівників очікується глибоке розуміння культурних нюансів, що впливають на уявлення пацієнтів про здоров'я, стилі спілкування та переваги щодо лікування. Однак ця постійно зростаюча потреба в культурній компетентності ставить додаткові вимоги до медичних працівників, які вже стикаються з такими проблемами, як тривалий робочий день, високий рівень стресу та емоційне навантаження, пов'язане з доглядом за пацієнтами (Fan et al., 2024).

Дослідження показують, що коли медичні працівники мають підтримувати високий рівень кваліфікації в різних сферах, включаючи культурну компетентність, вони відчувають вищий рівень стресу, тривоги та вигорання. Інтенсивна емоційна праця, необхідна для взаємодії з пацієнтами з різних культурних середовищ, може негативно позначитися на медичних працівниках, викликаючи почуття виснаження, розчарування та відчуження (Shepherd et al., 2019). Цей ризик є особливо високим, коли культурна компетентність оцінюється таким чином, що акцент робиться на недоліках, а не на сильних сторонах.

Культурна компетентність загалом вважається необхідною для працівників сфери охорони здоров'я, оскільки вона дозволяє їм ефективно взаємодіяти з різними групами населення. Однак інструменти, які зазвичай використовуються для оцінки культурної компетентності, такі як анкети та форми самооцінки, зосереджуються переважно на виявленні недоліків. Такі оцінки, як правило, висвітлюють прогалини в знаннях або очевидні недоліки в розумінні культурних особливостей, підсилюючи дефіцитний підхід (Lin, et al., 2017). Такий метод оцінки може створити негативне середовище з високим рівнем тиску, що підриває почуття компетентності та благополуччя медичних працівників.

Згідно з дослідженнями, такі оцінки, засновані на недоліках, часто призводять до підвищення рівня стресу серед медичних працівників (Karatuna, et al., 2022). Замість того, щоб відчувати себе впевненими завдяки можливості підвищити свою культурну обізнаність, вони можуть відчувати тривогу і невпевненість через свої уявні недоліки. У свою чергу, цей стрес може проявлятися у вигляді низки шкідливих емоційних реакцій, включаючи уникнення взаємодії з пацієнтами або уникнення пацієнтів з різних культурних середовищ. У крайніх випадках медичні працівники можуть проявляти пасивно-агресивну поведінку, таку як розчарування або обурення, що ще більше погіршує якість догляду за пацієнтами.

Психологічний вплив оцінювання на основі визнання недоліків

Ключовою проблемою сучасного підходу до оцінки культурної компетентності є його схильність до створення атмосфери самокритики та сорому. Медичні працівники, коли їм демонструють оцінки, що підкреслюють їхні недоліки, можуть внутрішньо сприймати почуття провалу, що може посилити стрес і сприяти вигоранню. Такий підхід, замість того щоб мотивувати до вдосконалення, часто призводить до відсторонення, уникнення та розчарування. Все більше доказів свідчать про те, що цей негативний психологічний вплив може призвести до хибного кола вигорання, коли медичні працівники відчувають себе все більш нездатними задовольняти різноманітні потреби своїх пацієнтів (Tajfel & Turner, 1986).

Одне з досліджень показало, що лікарі та медсестри, які регулярно піддавалися оцінці, що вказувала на їхні недоліки в культурній компетентності, були більш схильні до стресу та тривоги. Якщо не звертати уваги на ці емоційні реакції, вони можуть погіршити якість надання медичної допомоги пацієнтам і призвести до зниження задоволеності роботою серед медичних працівників. Крім того, емоційне навантаження, пов'язане з навчанням культурної компетентності, якщо його не контролювати належним чином, може сприяти зростанню випадків вигорання серед медичних працівників (Tanios, et al., 2021).

1.5. Модель EMPOWER — розвиток комунікативних культурних компетенцій серед медичних працівників у середовищі, що сприяє здоров'ю та добробуту

Модель EMPOWER пропонує не тільки враховувати потреби пацієнтів з різних культурних середовищ, але й визнавати та цінувати потреби студентів і працівників охорони здоров'я в контексті комплексного підходу до розвитку культурної компетентності та культурної скромності (Elbanna, et al., 2023). Він підкреслює необхідність створення навчального середовища, яке сприяє здоров'ю та благополуччю студентів, а також зосереджується на забезпеченні почуття безпеки під час розвитку рефлексивної культурної компетентності, сприянні внутрішній мотивації, наданні соціальної підтримки та підвищенні ефективності освітніх заходів (рис. 5).

Модель EMPOWER

зосереджується на сприянні професійному зростанню фахівців у середовищі, що сприяє здоров'ю та добробуту.

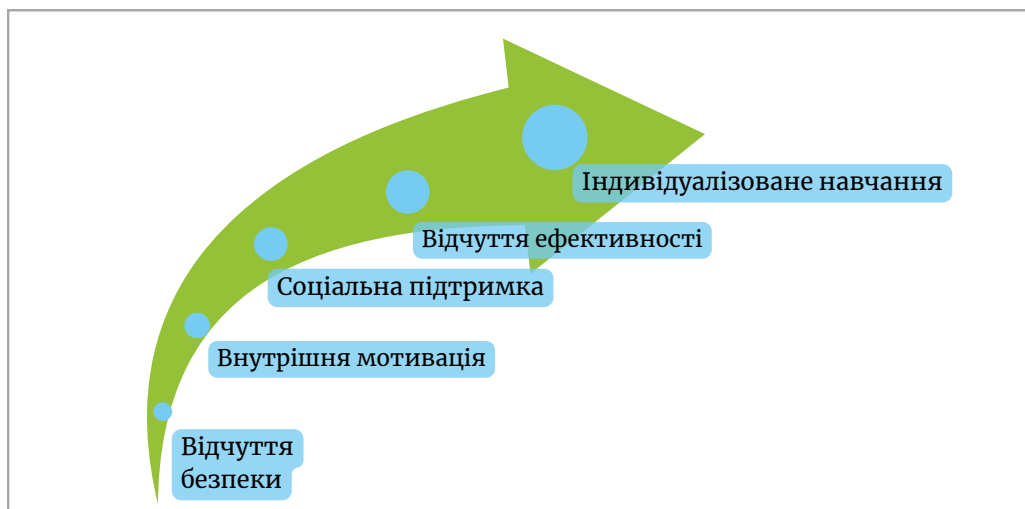


Рис. 5. Модель EMPOWER – розвиток професіоналів у сприятливому для здоров'я та добробуту середовищі

Неможливо знати все про інші культури! Це факт. Достатньо бути відкритим до діалогу та поглядів інших людей.

Одним з основних аспектів моделі EMPOWER є створення середовища, в якому учасники почуваються безпечно під час набуття нових компетенцій, особливо тих, що стосуються чутливих питань, таких як стереотипи та різноманітність. Безпечне освітнє середовище заохочує учасників висловлювати свої питання та сумніви, не боячись осуду, що сприяє більш глибокій залученості в процес навчання. Усвідомлення та прийняття того, що неможливо отримати повне знання про всі культури, дозволяє сформулювати ставлення, яке передбачає усвідомлення власних обмежень та відкритість до діалогу. Таке безпечне освітнє середовище сприяє готовності до безперервного навчання та сприйнятливості до різних точок зору.

Внутрішня мотивація відіграє вирішальну роль у забезпеченні ефективності мультикультурного навчання, особливо в контексті благополуччя учнів. Коли учасники мають внутрішню мотивацію, їхня залученість у процес навчання стає більш автентичною та стійкою. Внутрішня мотивація, яка визначається як бажання вчитися, що зумовлене особистим інтересом до предмета, усвідомленням цінності освіти та прагненням до саморозвитку, сприяє глибшому розумінню та засвоєнню питань, пов'язаних із культурним розмаїттям. Цей тип мотивації веде до більш вдумливого підходу до предмета, сприяючи розвитку відкритого мислення щодо різних точок зору та чутливості до потреб і досвіду інших. Крім того, коли учасники відчують, що вони мають реальний вплив на власний розвиток, а процес навчання відповідає їхнім цінностям та інтересам, їхнє психологічне та емоційне благополуччя поліпшується. В підсумку, ефективність мультикультурного навчання полягає не тільки в отриманні знань, але й у створенні середовища, яке сприяє особистому зростанню, відкритості до інших та підтримці добробуту учасників.

Соціальна підтримка є невід'ємною складовою ефективного навчання, і в рамках моделі EMPOWER вона відіграє вирішальну роль у процесі набуття рефлексивних культурних компетентностей. Підтримка, яку надають викладачі, наставники та групи однолітків, сприяє створенню середовища, сприятливого для співпраці та взаємної довіри, що є надзвичайно важливим для професійного розвитку в галузі охорони здоров'я. Викладач виступає в ролі наставника та опори, не тільки передаючи знання, але й заохочуючи до осмислення власних упереджень, стереотипів та поглядів. Студентська група, в свою чергу, утворює спільноту, де учасники можуть ділитися своїм досвідом, успіхами та викликами, пов'язаними з розвитком культурних компетенцій. Завдяки такій співпраці учасники відчують себе менш ізольованими в процесі навчання, що дозволяє їм налагоджувати міцніші зв'язки з іншими та підвищує мотивацію до подальшого особистого та професійного зростання.

Ключовим аспектом моделі EMPOWER є формування у учасників відчуття ефективності та результативності їхніх зусиль. Результати дослідження показують, що люди, які вірять у свою здатність досягти поставлених цілей, є більш мотивованими та залученими до навчального процесу. Тому ця модель наголошує на регулярному наданні учасникам зворотного зв'язку, підкреслюючи прогрес, а не лише вказуючи на недоліки. У моделі EMPOWER оцінка прогресу базується на позитивному заохоченні. Важливим елементом є також можливість для учасників самостійно відстежувати свої успіхи, що посилює їхнє відчуття контролю над процесом навчання та ефективністю своїх дій.

Однією з ключових особливостей моделі EMPOWER є надання індивідуалізованого освітнього шляху, що включає в себе надзвичайно цікаві інструменти, спрямовані на підвищення культурної компетентності та культурної скромності серед студентів та медичних працівників.

Індивідуальний освітній шлях дозволяє кожному учаснику навчатися у власному темпі, з урахуванням його унікального досвіду, стилю навчання та конкретних потреб. Такий підхід є необхідним для сприяння глибокому, змістовному навчанню в контексті культурної компетентності, де не існує єдиного універсального методу.

Медичні працівники та студенти мають різний освітній рівень та досвід, і їхня готовність до вивчення мультикультуралізму може значно відрізнятись. Запропонований метод навчання гарантує, що кожен учасник має можливість самостійно обирати відповідний рівень завдань і допомоги, що робить процес навчання актуальним і ефективним. Індивідуальний шлях у рамках моделі EMPOWER включає в себе ряд гнучких модулів для самостійного навчання у власному темпі та обсязі, а також завдання, що зосереджуються на практичному застосуванні культурних знань. Цей шлях розроблений таким чином, щоб бути пристосованим до потреб учасників, дозволяючи їм повертатися до складних тем і братися за більш складні завдання в міру просування, забезпечуючи при цьому соціальну підтримку (від викладачів або груп однолітків) протягом усього процесу навчання.

Для підтримки індивідуалізованого освітнього шляху модель EMPOWER поєднує в собі низку цікавих інструментів, спрямованих на підвищення культурної компетентності та сприяння культурній скромності. Ці інструменти призначені для привертання уваги учасників та їх активного залучення до навчального процесу. Вправи, запропоновані в цьому посібнику, інтегровані з цифровою платформою, що дозволяє використовувати сучасні технології для підтримки навчального процесу. Запропоновані завдання та вправи виконують різні функції, але всі вони сприяють досягненню загальної мети — надати студентам та медичним працівникам можливість конструктивно взаємодіяти з культурним розмаїттям.

Модель EMPOWER не розглядає культурну компетентність та культурну скромність як кінцеві цілі, а як постійні процеси особистого та професійного розвитку.

Індивідуальний освітній шлях, разом із його цікавими інструментами, сприяє постійному розвитку, надаючи учасникам можливість переглядати матеріали, аналізувати свій досвід та ставити нові освітні цілі. Такий підхід заохочує їх до навчання протягом усього життя, що дозволяє задовольняти мінливі потреби різних груп пацієнтів з емпатією, повагою та культурною чуйністю.

Кінцевою метою моделі EMPOWER є створення середовища, в якому медичні працівники відчують підтримку, компетенцію та впевненість у своїй здатності надавати культурно-компетентну допомогу. Завдяки персоналізованому, цікавому навчальному досвіду, що зосереджується на культурній компетентності та скромності, модель EMPOWER гарантує, що медичні працівники не тільки готові до викликів багатокультурного світу, але й мають у своєму розпорядженні інструменти для досягнення успіху в ньому. Цей процес покращує самопочуття людей, а також їхню професійну ефективність, приносячи користь не тільки самим учасникам, але й пацієнтам та громадам, якими вони опікуються.

Модель EMPOWER представляє інноваційний підхід до освіти в галузі охорони здоров'я, акцентуючи увагу на підтримці здоров'я та благополуччя фахівців у процесі розвитку їхньої культурної компетентності.

Метою є надання медичним працівникам необхідної відкритості для підвищення їхньої культурної обізнаності, а також сприяння розвитку культурної скромності — усвідомлення власних обмежень у розумінні інших культур та відкритості до навчання у інших.

Забезпечуючи почуття безпеки, сприяючи внутрішній мотивації, надаючи соціальну підтримку, формуючи почуття ефективності та використовуючи цікаві освітні інструменти, модель EMPOWER сприяє всебічному професійному розвитку. В результаті медичні працівники стають більш компетентними та впевненими у роботі з пацієнтами з різних культурних середовищ, що призводить до підвищення якості медичного обслуговування та поліпшення відносин з пацієнтами.

1.6. МОДЕЛЬ EMPOWER – Освітні ресурси

Модель EMPOWER представляє трансформаційний підхід до мультикультурної освіти, який зосереджений на вихованні культурної компетентності та скромності серед медичних працівників. Ця модель підкреслює важливість розробки освітніх ресурсів, які не тільки надають знання, але й забезпечують стійкий та ефективний процес навчання. Модель EMPOWER базується на чіткій, цілеспрямованій структурі, розробленій для задоволення мінливих потреб як учасників навчання, так і різноманітних груп пацієнтів, яких вони обслуговують.

1. Початок ефективної мультикультурної освіти (визначення чітких, цілеспрямованих результатів)
2. Ефективне планування навчання (створення цілісного та інклюзивного досвіду)
3. Залучення до практичного застосування (забезпечення відповідності професійній практиці)
4. Трансформація та посилення процесу передачі знань (застосування знань у різних середовищах)
5. Посилення та підтримка прогресу в навчанні (постійне посилення за допомогою механізмів оцінювання та зворотного зв'язку)
6. Вплив дій та документація (підтримка довгострокових покращень)

Впровадження ефективної мультикультурної освіти: визначення чітких, цілеспрямованих результатів

Ініціювання ефективної мультикультурної освіти в рамках моделі EMPOWER починається з ключового завдання визначення чітких, цілеспрямованих результатів, які керують процесом навчання. Першим кроком у цьому підході є встановлення цілей, які є не тільки навчальними, але й цілісними, з акцентом на глибокому розумінні культурної динаміки, що впливає на охорону здоров'я. Ці цілі покликані мотивувати учасників до дослідження впливу культурних факторів на спілкування з пацієнтами, надання медичних послуг та професійні взаємодії в умовах зростаючої глобалізації. Визначаючи ці навчальні цілі, модель EMPOWER прагне створити комплексну систему, яка готує медичних працівників до роботи в складних мультикультурних умовах, сприяючи розвитку більш культурно компетентного та емпатичного підходу до надання медичної допомоги.

Ключовим елементом цієї освітньої основи є інтеграція осмислення та критичного мислення, що дозволяє учасникам усвідомити власні культурні упередження та стереотипи. Ця самосвідомість є важливою для розуміння того, як особисті переконання та неусвідомлені упередження можуть впливати на професійну практику, особливо під час взаємодії з різними групами пацієнтів.

Завдяки організованим заходам, що спонукають до саморефлексії, учасників заохочують дослідити, як їхні культурні фільтри формують їхні реакції на пацієнтів та колег, сприяючи розвитку мислення, відкритого до зростання та адаптації. Така рефлексивна практика є необхідною для виховання культурної скромності, яка гарантує, що медичні працівники усвідомлюють обмеженість свого розуміння інших культур і прагнуть до постійного навчання.

Ефективне планування навчання: створення цілісного та інклюзивного досвіду

Дизайн ефективного навчального процесу наголошує на створенні освітньої структури, яка сприяє формуванню цілісного та інклюзивного середовища для фахівців у галузі охорони здоров'я. Ключовим елементом цього підходу є розуміння того, що різноманітність є не просто зовнішнім фактором, який потрібно враховувати, а фундаментальною складовою самого навчального процесу. Модель EMPOWER підкреслює важливість розробки навчальних програм, що поєднують практичні кейси, дослідження та досвід роботи в галузі охорони здоров'я, отриманий з різних культурних перспектив. Завдяки врахуванню різних культурних точок зору навчальна програма забезпечує медичним працівникам розуміння складності глобальних проблем охорони здоров'я, краще готуючи їх до надання допомоги різним групам пацієнтів з чуйністю та компетентністю.

Модель EMPOWER ще більше покращує досвід навчання, включаючи **принципи трансформаційного навчання**, яке має на меті змінити погляди учасників та поставити під сумнів їхні переконання. В основі трансформаційного навчання лежать три ключові компоненти:

- Дезорієнтуюча дилема,
- Критичне осмислення,
- Діалог і дія.

Дезорієнтуюча дилема – це діяльність або вправи, покликані поставити під сумнів існуючі переконання учасників, спонукаючи їх зіткнутися зі своїми стереотипами та переглянути свої погляди. Ці дилеми виводять студентів із зони комфорту, стимулюючи глибоке критичне мислення. **Критичне осмислення** — це процес, за допомогою якого учасники аналізують та оцінюють свої переконання та цінності, особливо стосовно культурної динаміки в галузі охорони здоров'я. Така самосвідомість сприяє визнанню того, як особисті переконання та цінності впливають на взаємодію з пацієнтами та колегами. Нарешті, «**Діалог та дія**» підкреслює важливість спілкування з людьми з різних середовищ, що призводить до зміни поглядів та практичного застосування нових підходів у професійній діяльності. Ці три компоненти працюють синергічно, створюючи трансформаційне освітнє середовище, яке не тільки збагачує інтелектуально, але й впливає на особистий та професійний розвиток (Mezirow, 1991).

На додаток до цих основних елементів, модель EMPOWER сприяє емпіричному навчанню для розвитку емпатії. Цей підхід підкреслює цінність інтенсивного навчального досвіду, такого як програми роботи з громадою, тренінги з пацієнтами з різних культурних середовищ та культурний обмін. Такі заходи дозволяють медичним працівникам на власному досвіді відчувати складнощі та виклики роботи з різними групами населення, тим самим покращуючи їхню культурну обізнаність та емпатію. Завдяки цьому учасники отримують глибше розуміння життєвого досвіду інших людей, що є надзвичайно важливим для створення милосердної, орієнтованої на пацієнта медичної допомоги.

З метою розширення сфери застосування принципів експериментального навчання для розвитку емпатії, модель EMPOWER поєднує теоретичну частину, викладену в посібнику, з освітньою платформою програми MultiCultiMed, яка включає «Людську бібліотеку». Це інноваційний освітній ресурс, який дозволяє студентам ознайомитися з інтерв'ю, проведеними з представниками різних культурних груп, які часто стикаються з дискримінацією або маргіналізацією. Мета цього інструменту — розвивати емпатію та поглиблювати розуміння точок зору інших людей, особливо тих, хто представляє соціальні, етнічні, релігійні та культурні меншини. Інтерв'ю, наповнені особистими історіями, досвідом та роздумами, дають учасникам навчального процесу уявлення про життя людей з різних культур, сприяючи розширенню їхнього світогляду, зменшенню упереджень та розвитку міжособистісних навичок, необхідних для роботи з різноманітними пацієнтами. «Людська бібліотека» створює простір для навчання через слухання та глибше розуміння, сприяючи розвитку культурних компетенцій.

Не менш важливим для ефективного навчання є активна участь у навчальному процесі. Модель EMPOWER заохочує учасників активно залучатися до навчання, особливо шляхом пошуку взаємодії з колегами з різних середовищ. Такі заходи сприяють взаємній повазі та спільному набуттю культурних знань, даючи учасникам можливість вчитися один у одного. Активна участь сприяє формуванню почуття спільності та приналежності, що є необхідним для створення позитивної та інклюзивної освітньої атмосфери. Крім того, це сприяє розвитку критичного мислення, навичок вирішення проблем та командної роботи, які є необхідними для професійної діяльності в мультикультурному середовищі.



Залучення до практичного застосування: забезпечення відповідності професійній практиці

Модель EMPOWER приділяє значну увагу застосуванню набутих культурних компетенцій у практичній професійній діяльності. Цей аспект зосереджується на подоланні розриву між теоретичними знаннями та практикою. Мета полягає не тільки в тому, щоб студенти набули теоретичних знань, а й у тому, щоб вони розвинули необхідні навички для їх ефективного застосування в професійному середовищі. Модель включає в себе низку вправ, що імітують реальні ситуації, підкріплених взаємодією з колегами, з метою об'єднання різних точок зору та спільного пошуку рішень. Такі заходи, як рольові ігри, вправи з міжкультурної комунікації та симуляції вирішення проблем, пов'язані з доглядом за пацієнтами з різних культурних середовищ, мають на меті підготувати студентів до викликів, з якими вони можуть зіткнутися в мультикультурному медичному середовищі. Завдяки моделюванню реальних ситуацій студенти заохочуються застосовувати свої знання в динамічному та сприятливому середовищі, що допомагає їм краще зрозуміти складнощі догляду за пацієнтами в різних культурних контекстах, сприяючи розвитку критичного мислення та навичок вирішення проблем.

Модель EMPOWER також підкреслює важливість взаємного навчання та зворотного зв'язку в процесі постійного вдосконалення. Завдяки впровадженню систем зворотного зв'язку та дискусій між однолітками, студенти мають можливість вчитися на досвіді та поглядах інших. Такий спільний підхід сприяє глибшому розумінню питань мультикультурності в галузі охорони здоров'я, одночасно розвиваючи культуру самовдосконалення та конструктивної критики. Відгуки колег дають студентам цінну інформацію про їхню власну практику, допомагаючи їм визначити напрямки для вдосконалення та заохочуючи їх постійно вдосконалювати свої рефлексивні культурні компетенції. Цей процес не тільки зміцнює здатність студентів взаємодіяти з різноманітними групами пацієнтів, але й сприяє створенню середовища взаємної підтримки та навчання в освітній спільноті.

Трансформація та вдосконалення передачі знань: застосування знань у різноманітних середовищах

У моделі EMPOWER аспект «Трансформація та вдосконалення передачі знань» зосереджується на наданні низки вправ і завдань, які збільшують ймовірність того, що студенти не тільки здобудуть теоретичні знання, але й отримають необхідну підготовку для їх застосування в різних реальних умовах охорони здоров'я.

Ключову роль у зміцненні передачі знань та підтримці професійного розвитку відіграють викладач-наставник та група студентів. Наставники, які слугують зразками найкращих практик у сфері культурно-компетентної охорони здоров'я, можуть надавати студентам рекомендації, підтримку та приклади ефективного догляду за пацієнтами в різних умовах. Підтримка, що надається в рамках студентської групи, сприяє обміну досвідом та отриманню зворотного зв'язку. Поєднання наставництва з боку викладача та підтримки в рамках студентської групи створює спільне навчальне середовище, в якому студенти можуть вдосконалювати свої навички, покращувати практику та набувати впевненості у наданні культурно-компетентного догляду.

Сприяння зростанню: роль вчителів у механізмах зворотного зв'язку та оцінювання

Модель EMPOWER приділяє велику увагу постійному вдосконаленню та підтримці студентів протягом усього процесу їхнього мультикультурного навчання в галузі охорони здоров'я. Цей аспект зосереджується на систематичній оцінці результатів навчання не для того, щоб висвітлити недоліки чи критикувати помилки, а для забезпечення постійного розвитку. Застосування зворотних зв'язків та допоміжних інструментів оцінювання може допомогти відстежувати прогрес, визначати напрямки, що потребують додаткової підтримки, та забезпечувати ефективний розвиток мультикультурних компетентностей у студентів. Надання студентам конструктивних відгуків про їхні успіхи дозволяє їм вдосконалити підходи до надання медичної допомоги в умовах культурного розмаїття, виявляючи сфери, в яких вони можуть вдосконалитися, навчаючись на своїх помилках та покращуючи свої комунікативні навички. Цей безперервний процес зворотного зв'язку та рефлексії є невід'ємною частиною створення навчального середовища, заснованого на постійному розвитку, в якому студенти відчують підтримку у своїх зусиллях щодо підвищення своїх рефлексивних культурних компетентностей.

Важливим аспектом є також розвиток педагогічного персоналу, відповідального за навчання студентів медичних та медико-санітарних спеціальностей в галузі мультикультуралізму. Освітня платформа MultiCultiMed надає доступ до **ресурсів, призначених для викладачів**. Його мета полягає не тільки в наданні змістовних рекомендацій, а й практичних порад та інструментів, які допоможуть їм ефективно проводити заняття, залучати студентів та контролювати прогрес у розвитку культурних компетентностей.

Платформа MultiCultiMed може слугувати посібником, пропонуючи викладачам детальні інструкції щодо методики виконання вправ та організації дискусій у групі студентів. Викладачі мають доступ до інтерактивних та цікавих методів навчання, які сприяють розвитку мультикультурних компетентностей серед студентів. Крім того, вона містить рекомендації щодо інтерпретації результатів вправ, тестів та оцінок, пов'язаних з мультикультурною освітою. Більше того, платформа надає викладачам широкий спектр тем для обговорення, які можна використовувати під час занять, допомагаючи студентам більш свідомо підходити до культурних питань. Зміст платформи для викладачів не тільки надасть їм доступ до цікавих навчальних матеріалів, але й може стати частиною їхнього власного процесу професійного розвитку.

Забезпечення довгострокових вдосконалень

Модель EMPOWER підкреслює важливу роль вправ, що сприяють глибокому залученню та активності, у створенні тривалих змін у сприйнятті студентами медичних спеціальностей викликів, пов'язаних з мультикультуралізмом у догляді за пацієнтами, та у вирішенні цих викликів. Зокрема, модель просуває освітні підходи, що виходять за межі теоретичного навчання, пропонуючи цікаві практичні заняття, які сприяють застосуванню мультикультурних компетенцій у професійній діяльності в реальному житті.

Завдяки глибокій залученості студентів до практичних вправ і сценаріїв, заснованих на рефлексивних культурних компетенціях, модель EMPOWER гарантує, що набуті ними навички та знання не просто викладаються, а засвоюються, що призводить до тривалих змін у їхньому розумінні та підході до охорони здоров'я в різних культурних контекстах.

Центральним аспектом цього підходу є оцінка тривалого впливу, яка має на меті виміряти ефективність програми у покращенні мультикультурної компетентності та професійного благополуччя студентів з плином часу. Керівники програми планують впровадити систему збору відгуків від учасників програми, яка надаватиме дані про те, як компетенції, набуті під час програми, застосовуються в їхній професійній діяльності.

Крім того, важливим елементом моделі EMPOWER є її глобальна актуальність та адаптація до мінливих реалій медичної практики. Матеріали, що пропонуються студентам і викладачам, можна адаптувати до широкого спектру медичних закладів у всьому світі, зосередившись не тільки на теоретичному навчанні, а й на практичному застосуванні мультикультурних компетентностей у різноманітних реальних умовах. На практиці це означає створення гнучких структур, які можна адаптувати до конкретних потреб різних систем охорони здоров'я та регіонів у всьому світі.

Ми вважаємо, що сила моделі EMPOWER, яка забезпечує довгострокові поліпшення в мультикультурній освіті, полягає в глобальній адаптованості запропонованих вправ і змісту. Завдяки захоплюючим освітнім методам та гнучкому підходу, що відповідає потребам різних культурних та професійних середовищ, модель EMPOWER не тільки допомагає студентам розвивати необхідні навички для надання культурно-компетентного догляду, але й підтримує постійний розвиток та самоаналіз. Ці стратегії гарантують, що вплив програми виходить далеко за межі аудиторії, приводячи до сталих покращень у практиці охорони здоров'я в усьому світі.



Короткий виклад основних принципів моделі EMPOWER Освітні ресурси

Модель EMPOWER для мультикультурної освіти в галузі охорони здоров'я та медичних досліджень базується на фундаментальних принципах, що надають пріоритет всебічному та сталому розвитку культурної компетентності. Ці принципи зосереджуються на складності середовища охорони здоров'я та мають на меті надати студентам знання та інструменти, необхідні для ефективного обслуговування різноманітних груп пацієнтів.

Взаємопов'язаність є ключовим поняттям, що лежить в основі моделі, визнаючи взаємопов'язані та унікальні ідентичності як студентів, так і пацієнтів. Підкреслюючи, як перехресні ідентичності — такі як раса, стать, соціально-економічний статус, культурне походження та багато інших — впливають на результати лікування, модель сприяє глибшому розумінню різноманітних потреб пацієнтів. Студентів заохочують до того, щоб вони аналізували, як ці перехресні ідентичності впливають на їхній підхід до догляду за пацієнтами, та розробляли більш цілісні та виважені стратегії, що враховують індивідуальні потреби в мультикультурному контексті.

Основні принципи моделі EMPOWER Освітні ресурси:

- Інтерсекціональність
- Критичне осмислення
- Практичні знання
- Безперервне зростання та благополуччя

Критичне осмислення є ще одним центральним принципом моделі EMPOWER, який заохочує студентів аналізувати власні упередження, культурні уявлення та професійну поведінку. Завдяки структурованому осмисленню студенти отримують можливість визначити, як ці особисті фактори впливають на їхні взаємодії з пацієнтами та загальний підхід до надання медичної допомоги. Цей процес допомагає студентам краще усвідомлювати свої переконання та слабкі місця, сприяючи формуванню мислення, орієнтованого на постійну самооцінку та вдосконалення медичної практики. Завдяки критичному аналізу студенти можуть переглянути свої стереотипи та вдосконалити свою культурну компетентність, забезпечуючи більш емпатичне та інклюзивне ставлення до пацієнтів.

Практичні знання — це підхід, спрямований на надання студентам практичних навичок, методів та інструментів, які можна відразу ж застосувати в медичній практиці. Цей принцип гарантує, що студенти не тільки вивчають теорію, але й отримують практичні знання, необхідні для вирішення щоденних завдань у багатокультурному середовищі. Завдяки наданню студентам практичних, науково обґрунтованих стратегій, ця модель сприяє забезпеченню культурно-компетентного догляду, поліпшенню результатів лікування пацієнтів та покращенню міжкультурної комунікації.

Нарешті, постійне зростання та благополуччя є принципом, який служить основою для довгострокового успіху та стійкості фахівців у галузі охорони здоров'я. Модель визнає, що подолання викликів у багатокультурній сфері охорони здоров'я може бути психічно та емоційно виснажливим, і має на меті підтримати студентів у розвитку стійкості та психічного благополуччя, необхідних для успішної кар'єри. Цей акцент на особистому розвитку виходить за межі культурних компетенцій, гарантуючи, що студенти усвідомлюють величезну важливість ефективного управління стресом, підтримують психологічну рівновагу та сприяють стабільному професійному життю протягом усієї своєї кар'єри.

1.7. МОДЕЛЬ EMPOWER – Допоміжні інструменти

Інструменти, що допомагають студентам розвивати культурну компетентність та культурну скромність, розроблені таким чином, щоб бути конструктивними, спонукати до роздумів та сприяти розвитку, а не зосереджуватися на негативних аспектах, вказувати на недоліки чи критикувати. Метою є створення безпечного, емпатичного навчального середовища, орієнтованого на постійний розвиток.

Освітня платформа MultiCultiMed надає простір для ведення **щоденника для відображення своїх думок**. Мета такого щоденника – заохотити студентів регулярно розмірковувати над своїм досвідом, викликами та прогресом у вивченні культури та різноманітності.

Щоденники можна використовувати різними та гнучкими способами, залежно від індивідуальних потреб. Наприклад, студенти можуть вести щоденники, в яких вони записують свої думки про спілкування з пацієнтами з різних культур, свої відчуття щодо вивчення різноманітності та визначають напрямки, що потребують подальшого розвитку. Важливим аспектом є також фіксація успіхів і позитивного досвіду, що свідчить про прогрес.

Платформа MultiCultiMed дозволяє легко записувати думки та надає доступ до готових питань для осмислення, які допомагають студентам глибше зануритися у свої враження (наприклад, такі питання: «З якими труднощами я зіткнувся в цій ситуації? Що я можу покращити наступного разу? Що я зробив добре?» тощо).

Платформа також включає рефлексійні завдання з 360° зворотним зв'язком, що дозволяє студентам отримувати відгуки від різних осіб (наприклад, однолітків, викладачів, пацієнтів, спостерігачів), що допомагає їм краще зрозуміти свій розвиток в контексті культурного різноманіття.

Ці інструменти призначені для сприяння чесному та щирому аналізу особистого розвитку без стигматизації помилок. Вони зосереджуються на підтримці процесу навчання, визначенні напрямків для вдосконалення, а також на відзначення успіхів, які мотивують до подальшого самовдосконалення.

Важливим елементом є створення простору, де студенти почуваються в безпеці, мають можливість досліджувати власні погляди та переконання і заохочуються до постійного вдосконалення як у плані культурної компетентності, так і особистої скромності.

Список літератури

- Belthur, M. V., Federico-Martinez, G., Drane, D., & Hartmark-Hill, J. (2024). Physician leadership behaviors and strategies: Insights to integrate and prioritize faculty well-being. *Physician Leadership Journal*, 11(5), 12–19. <https://doi.org/10.55834/plj.1067073980>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. 2nd. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Chatterjee, K., Edmonds, V. S., Girardo, M. E., Vickers, K. S., Hathaway, J. C., & Stonnington, C. M. (2022). Medical students describe their wellness and how to preserve it. *BMC Medical Education*, 22(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03552-y>
- Elbanna, M. F., Thomas, M. R., Patel, P. R., & McHenry, M. S. (2023). Cultivating cultural humility to address the healthcare burnout epidemic—Why it matters. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 212, 27536130231162350. <https://doi.org/10.1177/27536130231162350>
- Fan, J., Chang, Y., Li, L., Jiang, N., Qu, Z., Zhang, J., Li, M., Liang, B., & Qu, D. (2024). The relationship between medical staff burnout and subjective wellbeing: The chain mediating role of psychological capital and perceived social support. *Frontiers in Public Health*, 12, 1408006. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1408006>
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165–181. <https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244>
- Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Gonzales-Walters, F., Weldon, S., & Essex, R. (2024). Cultivating cultural humility through healthcare simulation-based education: A scoping review protocol. *International Journal of Healthcare Simulation*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.54531/rafh4191>
- Greene-Moton, E., & Minkler, M. (2019). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, 20(1), 142–145. <https://doi.org/10.1177/1524839919884912>
- Karatuna, I., Owen, M., Westerlund, H., & Berthelsen, H. (2022). The role of staff-assessed care quality in the relationship between job demands and stress in human service work: The example of dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12795. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912795>
- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Lin, C. J., Lee, C. K., & Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research*, 25(3), 174–186. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153>
- Liu, J., Miles, K., & Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education*, Second Language, Culture and Diversity, 7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633>
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Bodys-Cupak, I., Kurowska, A., & Barzykowski, K. (2021). Evaluating the effectiveness of cultural education training: Cultural competence and cultural intelligence development among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4002. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084002>
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.
- Paniagua, F. A. (2024). *Teaching cultural competence and cultural humility in medical education: A practical guide* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003529057>

Pawlak-Sobczak, K. (2019). Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny–pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery (The systemic-partner model in the medical personnel-foreign patient relationship: Opportunities vs. barriers). *Władza Sądzenia*, 16, 67-95. <https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05>

Rehman, M., Santhanam, D., & Sukhera, J. (2023). Intersectionality in medical education: A meta-narrative review. *Perspectives on Medical Education*, 12(1), 517-528. <https://doi.org/10.5334/pme.1161>

Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N., & Sibbald, M. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare professionals and trainees: A scoping review. *BMC Medical Education*, 24, 991. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05981-3>

Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19, 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>

So, N., Price, K., O'Mara, P., & Rodrigues, M. A. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. *The Medical Journal of Australia*, 220(1), 12-13. <https://doi.org/10.5694/mja2.52182>

Solchanyk, D., Ekeh, O., Saffran, L., Burnett-Zeigler, I. E., & Doobay-Persaud, A. (2021). Integrating cultural humility into the medical education curriculum: Strategies for educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(5), 554-560. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1877711>

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>

Verbree, A. R., Isik, U., Janssen, J., & Dilaver, G. (2023). Inclusion and diversity within medical education: A focus group study of students' experiences. *BMC Medical Education*, 23, 61. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3>

Yeager, K. A., & Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Applied Nursing Research*, 26(4), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008>

Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A., & Ferguson, W. (2014). A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education*, 5, 37-44. <https://doi.org/10.5116/ijme.52ec.d075>

Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S., & Pfaff, K. (2020). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: A cross-sectional study of Canadian newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508-517. <https://doi.org/10.1177/1043659620967441>



Розділ 2

Різноманітність та інклюзивність у сфері охорони здоров'я

Малгожата Зімни

Поморський медичний університет у Щецині (Польща)

“

Різноманітність та інклюзивність у сфері охорони здоров'я — це не просто керівні принципи, а фундаментальні стовпи, які гарантують, що кожен пацієнт відчувається визнаним, почутим і шанованим, адже справжнє здоров'я починається з рівності

2.1. Вступ

Різноманітність та інклюзивність вже давно є широко вживаними термінами в різних контекстах, але лише в останні роки вони стали невід'ємною частиною дискусій про охорону здоров'я.

Багате різноманіття, що відображає мозаїку спільнот з точки зору раси/етнічної приналежності, статі, сексуальної орієнтації, імміграційного статусу, фізичної інвалідності та соціально-економічного рівня, може становити виклик як для медичних працівників, так і для пацієнтів. Однак це також відкриває можливості для позитивних змін. Щоб такі зміни були успішними, зусилля повинні бути спрямовані на **різноманітність, рівність та інклюзивність**, а не лише на різноманітність. Все більше усвідомлюється взаємозв'язок між робочим середовищем медичних працівників, результатами лікування пацієнтів та загальною ефективністю організації (Gill, 2018).

Різноманітність та інклюзивність у сфері охорони здоров'я передбачають врахування різних точок зору, культур, досвіду та ідентичностей у повсякденній медичній практиці. Такий підхід вимагає прийняття та поваги до расової, етнічної, культурної, гендерної, вікової та релігійної різноманітності, а також розуміння викликів, з якими стикаються особи з інвалідністю або ті, хто належить до маргіналізованих соціальних груп.

Основною метою є забезпечення рівних можливостей, доступу та високоякісної медичної допомоги для всіх, незалежно від їхнього походження чи життєвих обставин (Стенфорд, 2020).

Цілі

У цьому розділі студенти поглиблюють свої знання та навички в таких аспектах:

- Розуміння переваг різноманітності та інклюзивності в охороні здоров'я
- Визначення стратегій подолання бар'єрів, пов'язаних з роботою в культурно різноманітному середовищі
- Визнання ключових аспектів професійної поведінки в контексті культурного різноманіття
- Розуміння важливості ключових характеристик, необхідних медичному персоналу для ефективної роботи в багатокультурному середовищі

Результати навчання

Після ознайомлення з цим розділом читачі зможуть:

- Визнавати та цінувати переваги культурного різноманіття в галузі охорони здоров'я;
- Визначати методи подолання перешкод у доступі до медичної допомоги;
- Адаптувати медичну допомогу до індивідуальних потреб пацієнтів шляхом впровадження ключових аспектів професійної поведінки в контексті культурного різноманіття;
- Ефективно співпрацювати в багатокультурному медичному середовищі, розуміючи та розвиваючи ключові характеристики, необхідні для медичного персоналу.

2.2. Переваги різноманітності та інклюзивності в охороні здоров'я

Сучасна охорона здоров'я функціонує в дедалі більш різноманітному суспільстві, де пацієнти мають різне культурне, соціальне та мовне походження. Прийняття цієї різноманітності не тільки підвищує якість надаваних послуг, але й сприяє зміцненню довіри між пацієнтами та медичними працівниками. Інклюзивний підхід до охорони здоров'я дозволяє краще адаптувати діагностику та лікування до індивідуальних потреб пацієнтів, зменшуючи бар'єри у доступі та покращуючи результати лікування.

2.2.1. Покращення результатів у сфері охорони здоров'я

Розуміння культурних відмінностей допомагає краще розпізнавати індивідуальні потреби пацієнтів, що дозволяє більш точно узгодити медичну допомогу з їхніми очікуваннями та життєвими обставинами. Це дозволяє лікарям і медичному персоналу не тільки ефективніше діагностувати і лікувати, але й будувати відносини, засновані на довірі, що підвищує ефективність терапії та покращує комфорт пацієнтів.

Краща комунікація з пацієнтами значно впливає на успішність лікування. Використання перекладачів або навчальних матеріалів, адаптованих до мови та культури пацієнта, полегшує розуміння медичних інструкцій. Це дозволяє пацієнтам краще дотримуватися терапевтичних рекомендацій, підвищуючи ефективність лікування та покращуючи результати оздоровлення (Borowczyk, 2023). Зростаюча усвідомленість важливості ефективної комунікації в системах охорони здоров'я стає все більш поширеною. З огляду на те, що курси з комунікації повинні бути адаптовані до особливостей конкретної культури, мови та інших контекстуальних питань, багато країн і спільнот, що використовують спільну мову, запропонували свої рекомендації щодо навчальних програм з комунікації в рамках бакалаврських медичних дисциплін. Зі зростанням усвідомлення важливості медичної комунікації, її викладання було інтегровано в основну медичну програму навчання. Медичні факультети по всьому світу почали вводити відповідні курси в свої навчальні програми до кінця 20 століття. Один із перших досвідів був отриманий в Університеті Лагоса в 1984 році (Ersek, 2020). Більш сучасні приклади включають Медичну школу Лейпцизького університету – COMSKIL Тренінг комунікативних навичок (Gebhardt, 2021) і Навчальний план довгострокової комунікації (Zimmermann, 2021), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Ghent University (Kienle, 2021), Гарвардську медичну школу (Райдер, 2006).

Однією зі стратегій, яку вже впровадили багато організацій, є послуги перекладу, які мають вирішальне значення для пацієнтів з обмеженим знанням місцевої мови та для розробки письмових матеріалів (Karliner, 2007). Іншою стратегією підвищення культурної компетентності є залучення пацієнтів-навігаторів, персоналу та захисників прав пацієнтів. Найефективнішим рішенням є, по можливості, наймання медичного персоналу, який культурно найбільше відповідає більшості пацієнтів, що перебувають під опікою (Nair, 2019).

Подолання нерівності в галузі охорони здоров'я: У літературі з цього питання найчастіше наголошується на аспекті рівності, який розуміється як забезпечення рівних прав для осіб з однаковими потребами у медичній допомозі (рівний доступ для рівних потреб) (Culyer, 1995). Різноманітність у

сфері охорони здоров'я дозволяє краще виявляти та усувати бар'єри, що обмежують доступ до медичних послуг, такі як мовні, фінансові або соціальні бар'єри. Це може включати співпрацю з громадськими організаціями, організаціями іммігрантів та біженців, а також іншими соціальними групами, такими як неурядові організації, фонди, асоціації, релігійні групи та соціальні клуби.

Запобігання медичним помилкам: Розуміння культурного контексту пацієнта може допомогти запобігти непорозумінням, які іноді призводять до неправильних діагнозів або лікування (Push, 2020).

2.2.2. Зростання довіри пацієнтів до системи охорони здоров'я

Формування відносин, заснованих на довірі: Довіра є основою ефективної медичної допомоги, і пацієнти, які відчують, що їхня культура, цінності та традиції поважаються, більш схильні бути відкритими та співпрацювати з медичними працівниками. Коли лікарі, медсестри та інші медичні

Повага до культурного різноманіття та побудова довіри в галузі охорони здоров'я не тільки зміцнюють відносини між пацієнтом і медичним працівником, але й покращують результати лікування та загальну якість медичної допомоги.

працівники демонструють розуміння індивідуальних потреб пацієнтів, беручи до уваги їх культурне та соціальне походження, пацієнти відчують себе більш прийнятими та поважно ставляться до них. Такий підхід допомагає зміцнити зв'язок між пацієнтом і медичним персоналом, що сприяє кращій комунікації та більш ефективному лікуванню.

Наприклад, якщо пацієнт з певної культури має занепокоєння щодо лікування або процедур, які суперечать його традиціям, медичний персонал, який проявляє розуміння та надає відповідну

інформацію, може допомогти зменшити ці занепокоєння, визнаючи, цінуючи та надаючи як емоційну, так і інформаційну підтримку. Повага до культури пацієнта також впливає на його почуття безпеки, що може зменшити небажання звертатися за медичною допомогою. Пацієнти, які відчують, що їхня ідентичність приймається, більш схильні до тривалого лікування, дотримання медичних рекомендацій та активної участі в процесі лікування.

Крім того, такий підхід допомагає зменшити мовні та культурні бар'єри, які можуть перешкоджати ефективній комунікації та створювати дистанцію між пацієнтом і медичними працівниками. В результаті, побудова відносин, заснованих на довірі та культурному розмаїтті, не тільки сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів, але й покращує ефективність лікування, знижує ризик медичних помилок та сприяє загальному підвищенню якості медичного обслуговування.

Зменшення тривоги та стресу: Коли пацієнти відчують, що їх розуміють, поважають і цінують, їхня емоційна реакція на ситуації, пов'язані з медичним обслуговуванням, значно поліпшується. Тривога і стрес є поширеними реакціями на медичні втручання, особливо коли пацієнти відчують відсутність розуміння з боку медичних працівників через відмінності в стилях спілкування, культурному походженні або відсутність емпатії (Rozlog, 1999). Однак, коли медичні працівники приділяють час розумінню унікальних потреб, проблем та культурного контексту пацієнта, вони створюють

середовище, в якому пацієнт відчуває, що його чують і що він у безпеці. Таке розуміння сприяє формуванню позитивних терапевтичних відносин, що веде до більшої відкритості та готовності співпрацювати з медичним персоналом. Коли пацієнти почуваються комфортніше, вони більш схильні відкрито обговорювати свої симптоми, побажання щодо лікування та занепокоєння, що дозволяє медичним працівникам надавати більш індивідуалізовану допомогу. Це, в свою чергу, покращує загальний досвід пацієнта під час лікування. Більше того, зменшення тривоги та стресу має прямий вплив на результати лікування.

Високий рівень стресу може перешкоджати процесу одужання, оскільки він негативно впливає на імунну систему та погіршує перебіг деяких захворювань. Коли пацієнти відчувають менше стресу, вони більш схильні дотримуватися медичних рекомендацій, виконувати плани лікування та активно дбати про своє здоров'я, що сприяє швидшому одужанню. По суті, виховання взаєморозуміння не тільки створює більш позитивне та сприятливе для співпраці середовище, але й прискорює процес лікування, полегшуючи емоційне та психічне навантаження, яке може перешкоджати одужанню (Sirois, 2018).

Коли пацієнти відчувають, що їх розуміють і підтримують, це зменшує стрес і тривогу, сприяє співпраці, що покращує результати лікування та прискорює процес одужання.

2.2.3. Підвищення ефективності роботи медичної команди

Культурно різноманітні команди є більш креативними: Культурна різноманітність у командах об'єднує людей з різними поглядами, досвідом та підходами до вирішення проблем. Таке поєднання точок зору сприяє інноваціям, оскільки члени команди можуть підходити до вирішення завдань з різних боків, що призводить до більш креативних та ефективних рішень. Коли люди з різних культурних середовищ співпрацюють, вони можуть черпати з більш широкого спектру знань, традицій та стратегій, що часто призводить до унікального та нетрадиційного мислення (Шмідт, 2023).

Наприклад, у сфері охорони здоров'я культурно різноманітна команда може розробити більш різноманітні та комплексні підходи до догляду за пацієнтами, враховуючи не тільки медичні фактори, а й культурні уподобання, соціальну динаміку та різні способи боротьби з хворобами. Ця різноманітність допомагає виявити потенційні прогалини в лікуванні та сприяє розробці нових методів або інструментів, які можна використовувати для поліпшення результатів лікування пацієнтів.

Крім того, культурно різноманітні команди частіше ставлять під сумнів традиційні методи та статус-кво, створюючи середовище, в якому заохочується креативність. Ці команди, як правило, є більш гнучкими та відкритими до експериментів з новими ідеями, що є особливо важливим у таких швидкозмінних галузях, як охорона здоров'я, де інновації є ключовим фактором для поліпшення догляду та лікування пацієнтів (Teixeira, 2024.).

Культурна різноманітність у медичних командах сприяє розвитку креативності, сприяє співпраці та стимулює інновації, що в кінцевому підсумку призводить до більш ефективного та результативного лікування

Створюючи інклюзивне середовище, в якому схвалюються та цінуються різноманітні точки зору, організації можуть повністю реалізувати потенціал своїх команд, що призведе до підвищення ефективності, здатності вирішувати проблеми та творчості в цілому.

Зменшення ризику конфліктів: Розуміння та прийняття різноманітності в командах відіграє вирішальну роль у зменшенні напруженості та сприянні співпраці. Коли члени команди визнають і поважають культурні відмінності, походження та погляди, це створює більш гармонійне робоче середовище. Таке розуміння допомагає запобігти непорозумінням, які можуть виникнути через неправильне спілкування, стереотипи або припущення щодо поведінки та цінностей інших людей.

Розуміння та визнання різноманітності в командах не тільки зменшує конфлікти, але й зміцнює співпрацю, створюючи більш гармонійне та продуктивне робоче середовище.

У культурно різноманітній команді часто більший акцент робиться на відкритому спілкуванні, активному слуханні та емпатії. Ці практики допомагають членам команди орієнтуватися в потенційних культурних відмінностях і знаходити спільну мову, запобігаючи конфліктам, перш ніж вони розгорнуться. Визнання того, що поведінка людини може бути зумовлена культурними нормами, а не особистими проблемами, може зменшити почуття розчарування або обурення, які інакше могли б виникнути.

Крім того, команди, які активно просувають інклюзивність, заохочують людей висловлювати свої думки без страху бути засудженими, що допомагає вирішувати проблеми, перш ніж вони стають джерелом конфліктів. Коли кожен член команди відчуває повагу і цінується, ризик виникнення негативної конкуренції або розколу в групі зменшується. В результаті покращується співпраця, і команда може зосередитися на досягненні спільних цілей, а не відволікатися на внутрішні суперечки.

Створюючи середовище, в якому різноманітність не тільки приймається, але й вітається, організації можуть сприяти створенню більш позитивної та продуктивної атмосфери. Це призводить до формування більш згуртованих команд, зниження рівня стресу та підвищення ефективності робочих процесів, що в кінцевому підсумку дає кращі результати, особливо в таких відповідальних сферах, як охорона здоров'я.

Розвиток міжособистісних навичок: Робота в багатокультурному середовищі надає унікальну можливість розвинути ключові міжособистісні навички, такі як емпатія, гнучкість та ефективна комунікація, особливо в складних і непростих ситуаціях. Взаємодія з людьми з різним досвідом, цінностями та переконаннями спонукає членів команди вийти за межі своєї зони комфорту та зрозуміти точку зору інших.

Емпатія в мультикультурному контексті передбачає здатність поставити себе на місце іншої людини, розуміючи її потреби, емоції та реакції в культурному контексті. У такому середовищі члени команди вчаться ефективно спілкуватися, беручи до уваги мовні, культурні та соціальні відмінності, що сприяє кращому взаєморозумінню та зменшенню напруженості.

Робота в багатокультурному середовищі сприяє розвитку емпатії, гнучкості та ефективної комунікації, створюючи міцніші та згуртованіші команди, готові до викликів сучасної охорони здоров'я.

Гнучкість, ключовий аспект роботи в багатокультурному середовищі, означає здатність адаптуватися до нових і незнайомих ситуацій та коригувати свою поведінку і підхід відповідно до мінливих умов і потреб інших людей.

Ця гнучкість дозволяє ефективно вирішувати конфлікти, знаходити спільну мову при різних стилях роботи та ефективно управляти різноманітними вимогами пацієнтів і колег.

Крім того, робота в мультикультурній команді підвищує здатність ефективно спілкуватися в складних ситуаціях, коли культурні відмінності можуть призвести до непорозумінь. Уміння чітко пояснювати свої наміри, вести діалоги та знаходити спільну мову в розмовах є надзвичайно цінним у командній роботі, особливо в галузі охорони здоров'я, де кожна взаємодія може вплинути на результати лікування.

В результаті робота в різноманітному середовищі не тільки збагачує міжособистісні навички, але й сприяє створенню більш згуртованих, ефективних та емпатичних команд, які краще підготовлені до вирішення викликів сучасної охорони здоров'я.

2.3. Подолання бар'єрів

2.3.1. Міжкультурна освіта

Міжкультурне навчання для медичного персоналу є фундаментальним для ефективної медичної допомоги в різноманітних спільнотах.

Коли персонал добре підготовлений до роботи в мультикультурному середовищі, він набуває навичок, що дозволяють краще розуміти та адаптувати свої дії до потреб пацієнтів з різних культур. Цей тип освіти не тільки навчає звичаїв, вірувань і цінностей, але й допомагає зрозуміти, як ці культурні аспекти впливають на ставлення пацієнтів до лікування та здоров'я. Наприклад, у деяких культурах сімейні зв'язки можуть бути дуже міцними, що означає, що медичні рішення можуть вимагати консультації з родиною пацієнта. Інші культури можуть віддавати перевагу традиційним методам лікування, що може вплинути на відкритість пацієнта до звичайних методів терапії (Jongen, 2018).

Таке навчання може також стосуватися відмінностей у вербальній та невербальній комунікації, які мають вирішальне значення для ефективної передачі медичної інформації. Жести, тон голосу і навіть постава тіла можуть мати різне значення в різних культурах, і неправильне розуміння цих сигналів може призвести до непорозумінь. Завдяки міжкультурній освіті медичні працівники вчаться уникати непорозумінь, що призводить до поліпшення якості взаємодії з пацієнтами (Brach & Fraserirector, 2000). Крім того, міжкультурне навчання допомагає медичному персоналу розвинути більшу чутливість до відмінностей у підходах до здоров'я та хвороби. Знання про те, як пацієнти з різних культур сприймають процес лікування, може впливати на те, як медичні працівники приймають терапевтичні рішення, пропонують лікування або пояснюють медичні процедури. Розуміння того, що пацієнти можуть мати різні очікування щодо методів лікування, дозволяє застосовувати більш індивідуальний підхід, що збільшує шанси на успішну співпрацю між пацієнтом і медичним персоналом.

Подолання бар'єрів у сфері охорони здоров'я має вирішальне значення для забезпечення рівного доступу до високоякісної медичної допомоги для всіх пацієнтів, незалежно від їх культурних, мовних або особистих обставин.

В результаті міжкультурної освіти медичні працівники стають більш свідомими своєї ролі не тільки як фахівців, але й як осіб, які допомагають пацієнтам відчувати себе зрозумілими та поважаними. Такий тип освіти сприяє покращенню якості медичного обслуговування, зменшенню кількості медичних помилок та підвищенню рівня задоволеності пацієнтів, оскільки пацієнти почуваються безпечніше у спілкуванні з персоналом, який розуміє їх культурне походження та потреби.

Системи охорони здоров'я, які впроваджують навчання з питань культурного різноманіття та сприяють інклюзивним професійним процесам, відіграють вирішальну роль у подоланні розриву між медичними командами та досягненні справедливих результатів лікування для всіх пацієнтів.

Системи охорони здоров'я, які впроваджують навчання з питань культурного різноманіття та сприяють інклюзивним професійним процесам, відіграють вирішальну роль у подоланні розриву між медичними командами та досягненні справедливих результатів лікування для всіх пацієнтів. Ці тренінги повинні охоплювати такі теми, як культурна скромність, культурна чутливість, культурна обізнаність, комунікативні навички та стратегії подолання культурних бар'єрів (Saha, 2008).

2.3.2. Подолання упереджень

Усвідомлення власних переконань та їх впливу на медичні рішення є важливим елементом у створенні справедливої та рівноправної системи охорони здоров'я. Кожна людина, незалежно від рівня освіти чи професійного досвіду, має певні несвідомі уподобання та переконання, які можуть впливати на рішення під час взаємодії з пацієнтами. У медичному середовищі ці упередження можуть призвести до нерівного ставлення до пацієнтів, що в кінцевому підсумку може вплинути на якість медичної допомоги, діагностику та результати лікування (Томпсон, 2023).

Подолання упереджень у сфері охорони здоров'я гарантує, що кожен пацієнт буде отримувати справедливе та шанобливе ставлення і найкращу можливу допомогу, незалежно від його походження. Усвідомлення таких упереджень є першим кроком до їх усунення. Коли медичні працівники розуміють, що певні моделі поведінки, ставлення або упередження можуть впливати з їхніх несвідомих переконань, вони частіше замислюються над своїми реакціями та рішеннями. Наприклад, лікар може підсвідомо припустити, що пацієнт з певної соціальної групи не буде дотримуватися медичних рекомендацій, що може призвести до неповної комунікації або менш ефективних методів лікування. Завдяки обізнаності про упередження медичний персонал може навчитися розпізнавати ці несвідомі переконання та діяти більш об'єктивно, беручи до уваги потреби пацієнтів, а не покладаючись на стереотипні припущення (Balakrishnan, 2019).

Важливим аспектом усунення упереджень у сфері охорони здоров'я є постійне вдосконалення та участь у тренінгах з питань рівності, справедливості та інклюзивності. Ці тренінги допомагають медичним працівникам розпізнавати та розуміти механізми, що призводять до упередженості, а також надають техніки та стратегії, які допомагають пом'якшити їхні негативні наслідки.

Усунення упереджень у сфері охорони здоров'я гарантує, що кожен пацієнт буде отримувати справедливе та шанобливе ставлення і найкращу можливу допомогу, незалежно від його походження.

Одним із прикладів цього є навчання ефективній комунікації з пацієнтами зрізних культур, щоб мінімізувати ризик несправедливих висновків або суджень.

Подолання упереджень не тільки покращує якість медичного обслуговування, але й сприяє зміцненню довіри між пацієнтами та системою охорони здоров'я. Пацієнти, які відчують, що до них ставляться справедливо, незалежно від їхнього походження, соціального статусу, раси чи релігії, більш відкриті до співпраці з медичними працівниками. Крім того, підвищення обізнаності медичного персоналу про упередження призводить до більш збалансованих і справедливих медичних рішень, що може сприяти кращим результатам лікування та загальній задоволеності пацієнтів (Thirsk, 2022).

Як результат, викорінення упереджень у сфері охорони здоров'я є не тільки етичним, але й практичним питанням, що сприяє створенню більш справедливої, ефективної та рівноправної медичної системи, в якій усі пацієнти мають рівні можливості отримати найкращу медичну допомогу (Horst, 2019).



2.3.3. Доступність мови

Мовна доступність у сфері охорони здоров'я є ключовим елементом забезпечення рівного доступу до медичних послуг для пацієнтів, які не розмовляють домінуючою мовою країни або регіону. Сучасні суспільства стають все більш мовно різноманітними, і мовні бар'єри

Доступність мови є мостом, який з'єднує пацієнтів з ефективною та професійною медичною допомогою.

можуть значно вплинути на якість медичного обслуговування. Якщо пацієнт не повністю розуміє медичну інформацію, інструкції або процедури, це може призвести до серйозних помилок у лікуванні, непорозуміннь щодо терапевтичних рекомендацій та зниження відчуття безпеки та комфорту (більше про доступність мови див. у розділі 09).

Мовна доступність — це міст, який з'єднує пацієнтів з ефективною та турботливою медичною допомогою. Добре налагоджений підхід до мовної доступності допомагає створити більш інклюзивне середовище в галузі охорони здоров'я, де кожен пацієнт має рівні можливості розуміти та користуватися медичними послугами, незалежно від мовних бар'єрів. Такий підхід не тільки покращує комунікацію, але й зміцнює довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я та сприяє їх більшій залученості до процесу лікування.

2.4. Інклюзивне лідерство

2.4.1. Сприяння різноманітності: формування команд, що відображають різноманітність громад, як важливий крок у забезпеченні ефективної та емпатичної медичної допомоги

Команди, що складаються з осіб різного етнічного, культурного та мовного походження, а також тих, хто має різний життєвий та професійний досвід, краще розуміють потреби пацієнтів з різних середовищ. Таке представлення допомагає подолати комунікаційні бар'єри, побудувати довіру та адаптувати допомогу до конкретних потреб різних соціальних груп.

Різноразоманітність у медичних командах також сприяє інноваціям у вирішенні проблем. Різні точки зору та підходи до ситуацій можуть призвести до більш креативних та ефективних рішень, що є надзвичайно важливим у швидкозмінному середовищі охорони здоров'я. Крім того, різноманітні команди краще підготовлені до викликів глобалізації, включаючи питання охорони здоров'я, які вимагають знання різних культур і систем охорони здоров'я.

Включення різноманітності в процеси підбору персоналу та навчання створює можливості не тільки для окремих осіб, які можуть поділитися своїми унікальними поглядами, але й для організацій, які стають більш гнучкими та ефективними. Цей підхід відображає прагнення до побудови справедливого суспільства, в якому кожна людина, незалежно від її походження, має доступ до високоякісної медичної допомоги.

Сприяння різноманітності є не тільки етичним обов'язком, але й практичною стратегією, яка сприяє розвитку команди, покращує досвід пацієнтів та підвищує стандарти медичного обслуговування, роблячи його більш доступним та ефективним для всіх.

2.4.2. Взаємодія: активне залучення персоналу та пацієнтів до процесу прийняття рішень

Залучення є ключовим елементом у побудові ефективних та інклюзивних систем охорони здоров'я. Активне залучення як медичного персоналу, так і пацієнтів до процесів прийняття рішень дозволяє краще зрозуміти їхні потреби, пріоритети та проблеми.

Коли медичні працівники відчують, що їхні думки чують і враховують, їхня мотивація, задоволеність роботою та почуття приналежності зростають. Аналогічно, пацієнти, які беруть активну участь у своєму лікуванні, відчують більший контроль над своїм здоров'ям, що підвищує їхню зацікавленість у лікуванні та дотримання медичних рекомендацій.

*Співпраця
процвітає там,
де цінується
кожна думка.*

Залучення персоналу до процесів прийняття рішень включає регулярні консультації, збір відгуків та створення простору для відкритого обміну ідеями, незалежно від посади чи професійного досвіду. Такий підхід допомагає організаціям виявляти проблеми, з якими стикаються їхні команди, та спільно розробляти рішення, що підвищують ефективність і якість медичного обслуговування.

Залучення пацієнтів означає створення середовища, в якому їхні думки та уподобання справді впливають на медичні рішення. Це вимагає від медичних працівників не тільки емпатії та відкритості, але й уміння пояснювати складну медичну інформацію у зрозумілій формі. Залучення пацієнтів до обговорення їхніх планів лікування, цілей щодо здоров'я та терапевтичних методів сприяє формуванню довіри та відчуття партнерства.

На практиці залучення пацієнтів можна підтримувати за допомогою регулярних зустрічей команди, консультативних груп за участю пацієнтів, опитувань щодо якості медичного обслуговування або цифрових інструментів, які дозволяють пацієнтам надавати відгуки в режимі реального часу. Активна участь усіх зацікавлених сторін у процесах прийняття рішень сприяє створенню більш збалансованих та ефективних систем, які краще відповідають різноманітним потребам громад.

Залученість – це не тільки інструмент для поліпшення організаційних і командних процесів, але й цінність, яка зміцнює довіру, будує відносини та сприяє розвитку культури взаємної поваги та співпраці.

2.4.3. Моделювання відносин

Лідери відіграють вирішальну роль у формуванні організаційної культури, тому їхній підхід до різноманітності та інклюзивності є таким важливим. Вони повинні активно демонструвати відкритість до різних точок зору, повагу до різних поглядів та готовність співпрацювати з людьми з різних середовищ.

Подавати приклад означає, що лідери не тільки говорять про такі цінності, як рівність і толерантність, але й щодня демонструють їх у своїй поведінці. Наприклад, лідер може активно слухати членів команди, брати участь в обговореннях із співробітниками з різних середовищ або приймати рішення, що відображають їхні потреби та пропозиції.

Керівники також повинні сприяти прозорості та відкритому спілкуванню, створюючи середовище, в якому кожен відчуває себе комфортно, висловлюючи свої думки та занепокоєння. Такий підхід не тільки формує довіру, але й мотивує всю команду дотримуватися цих цінностей у повсякденній роботі.

*Лідерство найефективніше
сприяє змін, коли воно
базується на повазі, відкритості
та цілеспрямованих діях.*

Крім того, керівники можуть брати участь у тренінгах з питань різноманітності та інклюзивності, демонструючи своє прагнення до саморозвитку та готовність вчитися. Своїми діями вони можуть надихати інших приймати зміни та створювати робоче середовище, яке відображає повагу, емпатію та співпрацю. В результаті, позиція керівника стає рушійною силою всієї організації, формуючи атмосферу, в якій різноманітність розглядається як перевага, а інклюзивність – як норма.

2.5. Професійна поведінка в контексті культурного різноманіття

Професійна поведінка в контексті культурного різноманіття означає те, як люди на робочому місці та в інших фахових спільнотах повинні поводитися, щоб поважати та цінувати культурне різноманіття та відмінності між людьми. Сучасні організації та суспільства стають дедалі більш культурно різноманітними, що ставить перед працівниками та керівниками виклики в плані ефективної співпраці, комунікації та управління культурно різноманітними командами (Araque & Weiss, 2024).

Основні професійні навички, пов'язані з культурним різноманіттям на робочому місці, базуються на **саморефлексії, гнучкості, емпатії та захисті прав пацієнтів**.

Справжній професіоналізм полягає у здатності сприймати різноманітність з повагою, розумінням і гнучкістю, забезпечуючи, щоб кожен відчував себе цінним і причетним.

2.5.1. Самоаналіз

Самоаналіз у контексті роботи з людьми з різних культур – це процес глибокого осмислення власних переконань, цінностей та ставлення, щоб краще зрозуміти, як ці внутрішні аспекти формують нашу реакцію на інших, особливо під час взаємодії з людьми з різних культур. Самоаналіз є особливо важливим у сфері охорони здоров'я, медичних професіях та будь-якій галузі, де пряма взаємодія з пацієнтами та колегами вимагає чутливості до різноманітності. Наведена нижче діаграма ілюструє процеси культурного та адаптивного розвитку. Кожен етап пов'язаний з наступними кроками, що демонструє їх взаємозалежність (Alkhamees, 2023).



Рис. 6. Процес культурного та адаптивного розвитку

Усвідомлення власних переконань і цінностей

Самоаналіз починається з усвідомлення власних переконань, які можуть впливати з виховання, релігії, культурних традицій, освіти або особистого досвіду. Наприклад, якщо людина походить з культури, де сім'я відіграє центральну роль, вона може мати інший погляд на пріоритети в житті пацієнта, який дотримується інших цінностей. Розуміння того, як ці переконання можуть впливати на сприйняття інших, є надзвичайно важливим для професійної поведінки у взаємодії з пацієнтами та колегами з різних культур.

Виявлення упереджень та стереотипів

Кожен з нас має певні переконання, які можуть бути наслідком несвідомого наслідування культурних стереотипів, що існують у суспільстві. Саморефлексія допомагає виявити ці переконання та стереотипи, що дозволяє уникнути їх або мінімізувати їх вплив у взаємодії з іншими людьми. Наприклад, лікар може помітити, що раніше він, можливо, помилково вважав, що пацієнти з певних культур віддають перевагу конкретним методам лікування або спілкування. Усвідомлення цих стереотипів дозволяє розробити більш відкритий підхід до пацієнтів з різних культур.

Розуміння впливу власних поглядів на взаємодію

Наше ставлення до інших може суттєво впливати на якість взаємодії, особливо в контексті культурних відмінностей. Самоаналіз допомагає зрозуміти, як наші емоції, реакції та поведінка формують наші взаємини з пацієнтами та колегами. Наприклад, якщо хтось має негативне ставлення до осіб з певним культурним походженням, це може вплинути на хід спілкування, перешкоджаючи розвитку довіри. Регулярна оцінка власних поглядів дозволяє нам покращити ці взаємодії, що є особливо важливим у професіях, які вимагають емпатії та розуміння.



Вплив культури на поведінку та сподівання

Самоаналіз також передбачає розуміння того, як культурні відмінності впливають на очікування та поведінку як пацієнтів, так і колег. Розуміння того, що культура може впливати на спосіб вираження емоцій, сприйняття авторитету або ставлення до часу, забезпечує кращу основу для створення відповідних комунікаційних стратегій. Наприклад, в деяких культурах пряма конфронтація може вважатися грубістю, тоді як в інших вона сприймається як прояв чесності. Усвідомлення цих відмінностей допомагає уникнути непорозумінь і конфліктів.

Розвиток адаптивних навичок

Самоаналіз також допомагає розвинути здатність адаптуватися до різних ситуацій та людей. Розуміння власних реакцій на різні стилі поведінки, які можуть впливати з різних культурних цінностей, дозволяє краще узгодити власне ставлення з очікуваннями та потребами інших. Наприклад, під час роботи з пацієнтом з іншої культури, який може мати інший підхід до лікування, самоаналіз допомагає адаптувати комунікацію таким чином, щоб поважати його переконання та водночас забезпечити належний догляд.



Навчання на основі досвіду

Самоаналіз — це також процес навчання на власному досвіді. Після кожної взаємодії з пацієнтом або колегою корисно проаналізувати, що пройшло добре, а що можна було б поліпшити. Наприклад, чи вдалося встановити довіру, чи була комунікація чіткою, чи виникали напруження, пов'язані з культурними відмінностями, під час розмови? Такий аналіз дозволяє постійно вдосконалювати міжособистісні навички та краще готуватися до подібних ситуацій у майбутньому.

Регулювання емоцій та керування стресом

Культурні відмінності можуть викликати емоції, які не завжди легко контролювати. Самоаналіз допомагає зрозуміти, які емоції викликають конкретні ситуації, пов'язані з міжкультурними взаємодіями. Така обізнаність дозволяє навчитися краще регулювати свої емоції, що є надзвичайно важливим при роботі з пацієнтами, які можуть перебувати у стані стресу або тривоги, особливо коли стикаються з культурними бар'єрами в галузі охорони здоров'я.

Культура як ресурс

Самоаналіз також допомагає усвідомити, що культурне розмаїття може бути цінним ресурсом, який збагачує нашу професійну практику. Розуміння того, що кожна культура має свої унікальні цінності, переконання та погляди, може сприяти формуванню емпатичного підходу до пацієнтів і колег. В результаті ми не тільки покращуємо якість відносин, але й підвищуємо свою здатність творчо та гнучко вирішувати проблеми.

2.5.2. Гнучкість

Гнучкість у контексті роботи з пацієнтами означає здатність адаптувати свою поведінку, стиль спілкування та терапевтичний підхід до індивідуальних потреб, очікувань та культурних особливостей пацієнта. Це надзвичайно важлива навичка, особливо з огляду на різноманітність людей, з якими доводиться зустрічатися в медичному середовищі.

Визнання індивідуальних потреб пацієнта

Кожен пацієнт є унікальним, як фізично, так і емоційно, а також з точки зору своїх культурних, релігійних або особистих переконань. Гнучкість означає здатність визнавати ці відмінності та реагувати на них у спосіб, який відповідає індивідуальним особливостям пацієнта. Наприклад, пацієнт з іншим культурним походженням може мати інший підхід до лікування і віддавати перевагу традиційним методам над сучасними технологіями. Аналогічно, людина з травматичним минулим може потребувати особливого підходу, що характеризується більшою терплячістю та емпатією під час розмов (Schouten, et al., 2023).

Адаптація стилю спілкування

Гнучкість також передбачає здатність адаптувати стиль спілкування залежно від пацієнта. Залежно від віку, рівня освіти, рідної мови та культури, спосіб передачі інформації може потребувати модифікації. Наприклад, літній пацієнт із проблемами слуху може потребувати чіткої та повільної мови, тоді як молодший пацієнт, який має кращий доступ до сучасних засобів масової інформації, може віддавати перевагу більш динамічній та лаконічній формі спілкування. Крім того, в культурному контексті відмінності у вербальній та невербальній комунікації можуть суттєво впливати на ефективність спілкування. У деяких культурах пряме запитання може вважатися нечемним, тоді як в інших це вважається нормальним.

Адаптація терапевтичного підходу

Гнучкість також означає можливість коригувати підхід до лікування відповідно до уподобань пацієнта. Наприклад, пацієнт, який сповідує певну релігію, може віддавати перевагу терапіям, що відповідають його вірі, з включенням молитов, медитації або інших духовних практик у терапевтичний процес. З іншого боку, пацієнт з медичним досвідом може бути більш відкритим до сучасних методів лікування, але йому можуть знадобитися детальні пояснення щодо процесу. У таких випадках гнучкий терапевтичний підхід може передбачати поєднання традиційних методів із сучасними, поважаючи переконання пацієнта та забезпечуючи ефективне лікування.

Емпатія та активне слухання

Гнучкість у спілкуванні також пов'язана з емпатією та здатністю активно слухати. Коли пацієнт відчуває, що його розуміють і поважають, він більш схильний відкрито обговорювати свій стан здоров'я, проблеми та потреби. Гнучкість означає, що медичні працівники можуть адаптувати свою реакцію до емоцій та рівня комфорту пацієнта. Наприклад, якщо пацієнт висловлює побоювання щодо лікування, гнучкість передбачає зміну тону голосу, мови тіла та способу пояснення процедур, щоб забезпечити відчуття безпеки та комфорту.

Розуміння впливу культури на очікування пацієнтів

Гнучкість у спілкуванні також означає визнання того, що культурні відмінності можуть впливати на очікування пацієнта щодо лікування, спілкування та відносин з медичними працівниками. Наприклад, в деяких культурах існує більша повага до ієрархії, це означає, що пацієнт може очікувати, що лікар прийматиме всі рішення без його участі в деталях. В інших культурах пацієнти можуть віддавати перевагу співпраці, коли вони повністю залучені до процесу прийняття рішень.

Гнучкість у реагуванні на зміни стану здоров'я пацієнта

Гнучкість – це не тільки здатність адаптуватися до первинного підходу до пацієнта, але й здатність реагувати на зміну обставин під час лікування. Зміни у стані здоров'я пацієнта, його реакції на лікування або розвиток емоційних потреб вимагають швидкої адаптації. Гнучкість означає коригування плану лікування відповідно до індивідуальних потреб пацієнта.

Збереження професіоналізму в умовах мінливих реалій

Хоча адаптація до пацієнта є надзвичайно важливою, не менш важливо зберігати професіоналізм і захищати особисті межі. Гнучкість не означає відмову від етичних або професійних стандартів, а скоріше здатність коригувати підхід таким чином, щоб він залишався сумісним з вимогами професії та благополуччям пацієнта. Наприклад, якщо пацієнт намагається перетнути професійні межі (наприклад, вимагаючи неетичних дій), гнучкість передбачає м'яке, але тверде нагадування йому про професійні обмеження.

Професіоналізм передбачає чуйність, визнання відмінностей та надання допомоги, адаптованої до потреб кожної окремої людини.

Креативне вирішення проблем

Робота з пацієнтами з різних культурних середовищ або з різними потребами також вимагає вміння творчо мислити для вирішення проблем. Іноді пацієнт може мати незвичайні потреби, які не можна легко задовольнити за допомогою стандартних процедур. У таких випадках гнучкість дозволяє знайти нові, відповідні рішення, які є ефективними та враховують індивідуальні потреби пацієнта.

2.5.3. Емпатія

Емпатія є ключовою навичкою у роботі з пацієнтами, особливо в контексті культурного різноманіття. Вона передбачає здатність розуміти та розділяти почуття пацієнта, незалежно від його культурного, релігійного, соціального чи емоційного походження. У сфері охорони здоров'я емпатія сприяє більш ефективній комунікації, формує довіру та дозволяє адаптувати медичну допомогу до індивідуальних потреб пацієнта (Gonzalez-Tapia, 2023).

Розуміння емоцій пацієнта

Емпатія починається з уміння розпізнавати та розуміти емоції пацієнта, навіть якщо вони виражаються не так, як ми звикли. Пацієнт може відчувати страх, невпевненість, біль або розчарування, і розуміння цих почуттів є надзвичайно важливим для надання належного догляду. Незалежно від культурного походження пацієнта, його емоції заслуговують на повагу та розуміння. Емпатія дозволяє медичним працівникам адаптувати свою комунікацію, щоб пацієнт відчував, що його чують і розуміють.



Активне слухання

Активне слухання є основою емпатії. Воно передбачає повну концентрацію на пацієнті, розуміння його слів, а також вміння помічати невербальні сигнали, такі як міміка, поза тіла та тон голосу. Активне слухання дозволяє краще зрозуміти пацієнта та його потреби, що особливо важливо в контексті культурних відмінностей. Часто те, що говорить пацієнт, не повністю відображає глибину його емоцій, тому важливо слухати «між рядками» і помічати те, що залишається невисловленим.

Розуміння різних культурних перспектив

Емпатія полягає не тільки в тому, щоб розділяти почуття пацієнта, але й у розумінні того, що він може по-іншому сприймати світ через свою культуру, релігію чи традиції. Наприклад, у деяких культурах існує велика повага до авторитету лікаря, що може змусити пацієнта вагатися висловлювати свої побоювання чи сумніви, навіть якщо він їх відчуває. В інших культурах пацієнти можуть бути більш відкритими до обговорення своїх проблем зі здоров'ям. Емпатія вимагає розуміння цих відмінностей і коригування спілкування, щоб пацієнт відчував себе комфортно і мав можливість вільно висловлювати свої потреби.

Співчуття без осуду

Емпатія також передбачає вміння утримуватися від суджень. Незалежно від того, як пацієнт сприймає свою ситуацію або які рішення приймає щодо свого здоров'я, важливо виявляти розуміння та співчуття. Пацієнт може приймати рішення, які, на перший погляд, суперечать медичним рекомендаціям. Без емпатії їх легко осуджувати. Розуміння того, що рішення пацієнта можуть бути обумовлені його страхами, переконаннями, життєвим досвідом або культурним походженням, допомагає створити середовище, в якому пацієнт відчуває підтримку, а не критику.

Адаптація до індивідуальних потреб

Емпатія вимагає від медичних працівників адаптувати свій підхід до індивідуальних потреб пацієнта, беручи до уваги не тільки стан його здоров'я, але й емоційні та культурні аспекти його життя. Для деяких пацієнтів може бути корисним детальне пояснення процесу лікування, тоді як для інших найважливішим може бути забезпечення поваги до їхніх духовних або культурних переконань. Емпатія дозволяє медичним працівникам розпізнавати ці тонкі відмінності та відповідно адаптувати свій підхід.

Побудова довіри та стосунків

Емпатія є основою для побудови довіри між пацієнтом та медичними працівниками. Пацієнт, який відчуває, що його розуміють і поважають, більш схильний до співпраці, що є надзвичайно важливим для процесу лікування. Довіра, в свою чергу, покращує комунікацію, сприяє кращому розумінню потреб пацієнта, більш ефективному лікуванню та більшій задоволеності медичними послугами.

Вирішення складних ситуацій

Емпатія також є неocenенною у вирішенні емоційно складних ситуацій. Для пацієнтів на термінальній стадії захворювання, тих, хто має серйозні проблеми зі здоров'ям, або тих, хто переживає кризу, емпатія допомагає надати підтримку, відчуття безпеки та комфорту. Розуміння емоцій пацієнта в такі моменти є надзвичайно важливим, щоб допомогти йому пройти через складні випробування, надаючи не тільки фізичну підтримку, але й емоційну розраду.

Зміцнення почуття гідності пацієнта

Емпатія допомагає зберегти гідність пацієнта, особливо в ситуаціях, які можуть бути для нього складними або принизливими, таких як медичні огляди або процедури. Прояв розуміння та співчуття допомагає пацієнту почуватися комфортніше, що є надзвичайно важливим для його самопочуття та сприйняття якості наданої медичної допомоги.

Емпатія в догляді за пацієнтами — це здатність зануритися в їхню ситуацію і зрозуміти їхню точку зору, незалежно від культурних відмінностей. Це включає активне

Емпатія в догляді – це розуміння, що виходить за межі відмінностей.

слухання, уникнення суджень, розуміння емоцій та культурного контексту пацієнта, а також адаптацію підходу до індивідуальних потреб. Завдяки емпатії пацієнт відчуває повагу, розуміння та підтримку, що значно покращує якість медичного обслуговування та зміцнює відносини між пацієнтом і медичними працівниками (Riess, 2014).

2.5.4. Захист прав пацієнтів

Захист прав пацієнтів у сфері охорони здоров'я означає активне сприяння рівності та справедливості у доступі до медичної допомоги, зокрема шляхом усунення нерівності та підтримки маргіналізованих груп. Адвокація не обмежується боротьбою за права пацієнтів; вона також включає роботу над реформуванням систем, які можуть перешкоджати рівному та справедливому доступу до медичної допомоги. Дії в рамках адвокації можуть охоплювати широкий спектр заходів, від зусиль на індивідуальному рівні до системних змін (Sundler, 2020).

Сприяння рівноправному доступу до медичного обслуговування

Захист прав пацієнтів наголошує, що кожна людина, незалежно від її походження, соціального статусу чи економічного становища, має право на рівний доступ до високоякісної медичної допомоги. Багато людей, особливо представники маргіналізованих груп (наприклад, особи з малозабезпечених сімей, етнічних меншин, люди з інвалідністю), стикаються з перешкодами в доступі до медичної допомоги, такими як відсутність медичного страхування, труднощі в спілкуванні з медичними працівниками або обмежений доступ до спеціалізованих послуг. Захист прав пацієнтів має на меті усунути ці перешкоди та боротися за те, щоб кожен пацієнт мав рівні можливості отримати медичну допомогу, адаптовану до його індивідуальних потреб.

Усунення соціальної та економічної нерівності

Соціальні та економічні нерівності мають прямий вплив на якість та доступність медичної допомоги. Захист прав пацієнтів зосереджується на виявленні та усуненні цих нерівностей, які можуть впливати на рішення пацієнтів щодо їхнього здоров'я або обмежувати їхній доступ до належної медичної допомоги. Особи, які живуть у бідності, люди похилого віку, етнічні меншини, та представники ЛГБТК+ можуть зазнавати дискримінації в сфері охорони здоров'я, що призводить до погіршення стану їхнього здоров'я. Такі дії, як ініціювання медичної політики, спрямованої на усунення цих нерівностей, мають на меті створення більш справедливої системи охорони здоров'я, яка враховує потреби кожного пацієнта.

Підтримка маргіналізованих груп

Адвокація особливо важлива для соціальних груп, які можуть не мати права голосу в традиційних процесах прийняття рішень. Такі групи, як етнічні меншини, люди з інвалідністю, люди похилого віку, ЛГБТК+ особи та ті, хто живе з ВІЛ/СНІДом, часто стикаються з додатковими труднощами в доступі до медичного обслуговування. Представники працюють від імені цих осіб, щоб забезпечити їм доступ до відповідних медичних послуг та підвищити обізнаність про їхні конкретні потреби в охороні здоров'я.

Підтримка маргіналізованих груп включає навчання як суспільства, так і медичних працівників щодо цих проблем і сприяння рівності в усіх аспектах охорони здоров'я.

Освіта та соціальна свідомість

Захист прав пацієнтів – це не лише робота в системі охорони здоров'я, а й навчання суспільства та установ з питань, пов'язаних з нерівністю в доступі до медичного обслуговування. Співпраця з неурядовими організаціями, проведення громадських кампаній, створення звітів та досліджень щодо нерівності в охороні здоров'я, а також просування державної політики, що підвищує доступність та якість медичних послуг для маргіналізованих груп – усе це сприяє адвокаційним зусиллям. Підвищення суспільної обізнаності щодо нерівності в охороні здоров'я має вирішальне значення для мобілізації змін на місцевому, національному та глобальному рівнях.

Співпраця із законодавцями та формування політики охорони здоров'я

Адвокація в охороні здоров'я також включає зусилля зі створення державної політики, яка сприяє рівності та справедливості в доступі до медичного обслуговування. Це включає не лише дії на місцевому рівні, але й вплив на законодавців та політиків для впровадження змін у правилах охорони здоров'я, які будуть більш справедливими та рівноправними. Це може включати лобіювання змін у політиці медичного страхування, доступі до ліків та реформах систем охорони здоров'я, які вирішують проблему нерівності, що виникає з різних соціальних та економічних факторів.

Дії на індивідуальному рівні

Адвокація не обмежується системними чи політичними діями, а також може включати зусилля на індивідуальному рівні. У контексті охорони здоров'я це може включати допомогу пацієнтам у орієнтуванні в системі охорони здоров'я, представництво їхніх інтересів у взаємодії з лікарями або медичними закладами та надання підтримки протягом усього процесу лікування. Часто пацієнти з маргіналізованих груп можуть не знати, як ефективно користуватися системою охорони здоров'я, і роль адвоката полягає в наданні інформації, емоційної підтримки та допомоги у вирішенні потенційних проблем.

Підтримка рівності в системі охорони здоров'я відіграє вирішальну роль, оскільки кожна людина заслуговує на те, щоб її голос був почутий, і кожна людина має право на рівний доступ до медичної допомоги.

Проблеми захисту прав пацієнтів

Адвокація може стикатися з багатьма викликами, зокрема з опором з боку інституцій, які звикли функціонувати таким чином, що не ставлять рівність та справедливість на перше місце. Крім того, зміни в системі охорони здоров'я вимагають часу, ресурсів та співпраці з боку різних зацікавлених сторін.

Незважаючи на ці виклики, зусилля з захисту прав пацієнтів мають вирішальне значення для прагнення до більш справедливої, рівної та доступної системи охорони здоров'я. Захист інтересів пацієнтів у сфері охорони здоров'я – це активне прагнення до просування рівності, справедливості та усунення нерівності в доступі до медичної допомоги. Це включає як системні, так і індивідуальні дії, спрямовані на підтримку маргіналізованих груп, навчання суспільства, співпрацю з особами, що приймають рішення, та створення політики охорони здоров'я, що сприяє рівності. Мета полягає у створенні справедливої системи охорони здоров'я, яка гарантує кожному пацієнту доступ до відповідних медичних послуг, незалежно від його соціального чи культурного походження..

Список літератури

- Alkhamees, M., & Alasqah, I. (2023). Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. *Heliyon*, 9(12), e22667. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22667>
- Araque, J. C., & Weiss, E. L. (n.d.). Cultural proficiency and diversity considerations in the workplace. *W Leadership with Impact* (pp. 63–286).
- Balakrishnan, K., & Arjmand, E. M. (2019). The impact of cognitive and implicit bias on patient safety and quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(1), 35–46.
- Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., Doroszevska, A., Libura, M., Chojnacka-Kuraś, M., Małecki, Ł., Kowalski, Z., & Jankowska, A. K. (2023). Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – The review and recommendations. *BMC Medical Education*, 23(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04533-5>
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(Suppl 1), 181–217.
- Culyer, T. (1995). Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science & Medicine*, 40(6), 727–730.
- Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J. G., Feder, S. L., Shreve, S. T., et al. (2020). End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62, 213–222.
- Fatima Cody Stanford. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249.
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc83.
- Gill, G. K., McNally, M. J., & Berman, V. (2018). Effective diversity, equity, and inclusion practices. *Healthcare Management Forum*, 31(5), 196–199. <https://doi.org/10.1177/0840470418773785>
- Gonzalez-Tapia, G., & Lazzaro-Salazar. (2023). Medical empathy in the physician-patient relationship: A review from a cultural perspective. *Revista Médica de Chile*, 151(9), 1233–1240. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000901233>.
- Horst, A., Schwartz, B. D., Fisher, J. A., Michels, N., & Van Winkle, L. J. (2019). Selecting and performing service-learning in a team-based learning format fosters dissonance, reflective capacity, self-examination, bias mitigation, and compassionate behavior in prospective medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3926.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, Article 232.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42, 727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Kienle, R., Freytag, J., Lück, S., Eberz, P., Langenbeck, S., Sehy, V., et al. (2021). Communication skills training in undergraduate medical education at Charité – Universitätsmedizin Berlin. *GMS Journal of Medical Education*, 38, Doc56.
- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 7, e2219. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002219>
- Puch, E. A., Nowak-Jaroszyk, M., & Swora-Cwynar, E. (2020). Medical error in theory and practice – A review of the most important issues. *Medycyna Pracy*, 71(5), 613–630.
- Rider, E. A., Hinrichs, M. M., & Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28, e127–e134.

-
- Riess, H., & Kraft-Todd. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>
- Rozlog, L. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Sheridan, J. F., & Glaser, R. (1999). Stress and immunity: Implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*, 70(7), 786–792. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.7.786>
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285.
- Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtson, M., & Uman, T. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. *Health Care Management Review*, 48(4).
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2018). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46–54.
- Sundler, A. J., Darcy, L., Raberus, A., & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights – A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations*, 23(3), 614–621.

Заключне осмислення: Відповідність культурній компетентності та моделі EMPOWER

від Малгожати Шкуп

Розділ «Різноманітність та інклюзія в охороні здоров'я» безпосередньо узгоджується з положеннями моделі EMPOWER, слугуючи її практичним та концептуальним розширенням. Обговорювані питання, такі як важливість культурного різноманіття, необхідність інклюзивного лідерства, розвиток міжособистісних навичок та усунення бар'єрів у доступі до охорони здоров'я, відображають основні принципи моделі: **ефективність, мультикультуралізм, професіоналізм, благополуччя та освітні ресурси.**

Зміст цього розділу особливо сприяє розвитку рефлексивних культурних компетенцій, які є основою моделі EMPOWER. Акцент на самосвідомості, емпатії, гнучкості та саморефлексії в медичних командах перегукується з концепцією культурної скромності — центрального компонента EMPOWER. У цьому розділі наголошується, що справжнє розуміння пацієнта вимагає не лише знань, а й бажання вчитися у нього, що є провідним принципом моделі.

Більше того, цей розділ сприяє посиленню ролі пацієнтів, особливо в контексті побудови довірливих та культурно чутливих відносин. Принцип активної участі пацієнтів, на якому робиться особливий акцент у моделі EMPOWER, чітко відображається в описаних стратегіях адаптації медичної допомоги до культурних та мовних потреб користувачів медичних послуг.

У цьому розділі також розглядається важливість професійного благополуччя медичних працівників, демонструючи, що робота в культурно різноманітному середовищі вимагає емоційної, освітньої та організаційної підтримки. Акцент на розвитку м'яких навичок, таких як емоційна регуляція та управління стресом, відповідає компоненту Wellness моделі EMPOWER, яка виступає за здорове середовище для навчання та роботи.

На завершення, цей розділ забезпечує міцну теоретичну та практичну основу для впровадження моделі EMPOWER в освіту та практику охорони здоров'я. Він демонструє, що ефективна охорона здоров'я в культурно різноманітному суспільстві вимагає не лише знання **відмінностей, але й відкритості, скромності та постійного розвитку**, і цьому всьому активно сприяє модель EMPOWER.



**Хочете заглибитися?
Відвідайте платформу MultiCultiMed!**

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам втілити знання в практику та зміцнити ваші рефлексивні культурні компетенції.

*Досліджуйте. Розмірковуйте. Розширяйте
МОЖЛИВОСТІ.*



www.multicultimed.eu





Розділ 3

Глобалізація та мультикультуралізм у медичній освіті та терапевтичних командах

**ОЛЬГА ФЕДОРЦІВ, ЕМІЛІЯ БУРБЕЛА,
ВОЛОДИМИР ДЖИВАК**

*Тернопільський національний медичний університет
імені Івана Горбачевського МОЗ України (Україна)*

“

**Усунення нерівності в охороні здоров'я як усередині країн,
так і за їх межами є основним принципом медичного
професіоналізму.**

*«Медичний професіоналізм у новому тисячолітті: Медична хартія»
Американська рада внутрішньої медицини, Американський коледж лікарів,
Американське товариство внутрішньої медицини, Європейська федерація
внутрішньої медицини та Канадська медична асоціація, 2002*

3.1. Вступ

Глобалізація змінює здоров'я та охорону здоров'я. Зростання глобальної міграції та вимушеного переміщення через війни, конфлікти, кризи, стихійні лиха збільшує ризики поширення різних захворювань та підкреслює взаємозв'язок у сфері охорони здоров'я та медицини між континентами (Drain, et al., 2007)

Глобалізація в освіті призводить до розширення академічної мобільності, уніфікації навчальних програм та методів викладання, швидкого розвитку дистанційного навчання, використання нових форм в освіті, що сприяє інтеграції медичної науки в науковий глобальний простір (Дворник та ін., 2022). Як зазначає Найт (2020), ландшафт інтернаціоналізації суттєво змінився за останні роки, що має як позитивні, так і негативні наслідки для вищих навчальних закладів у всьому світі. Ця еволюція є частиною ширшого зрушення до глобалізації, в якому установи дедалі більше зосереджуються на підготовці студентів до взаємопов'язаного світу.

В останні роки спостерігається значне зростання попиту на навчання з питань глобальної охорони здоров'я та мультикультуралізму серед студентів-медиків та студентів-медиків. Зміни в медичних професіях та за їх межами вимагають розширення навчання студентів з питань глобальної охорони здоров'я, щоб вони могли ефективніше виконувати свої професійні та суспільні обов'язки (Izadnegahdar, et al., 2008). Для університетів інтернаціоналізація передбачає прийняття більш гостинного ставлення, створення більших можливостей для іноземних студентів та викладачів, впровадження різних ініціатив, сприяння міжнародним партнерствам та програмам обміну, пропонування можливостей для вивчення мов та культур, а також сприяння різноманітності та інклюзивності в університетському житті.

Культурне розмаїття – це «існування різноманітних культурних чи етнічних груп у суспільстві». Іншими словами, це явище стосується населення, де представлені численні відмінності між культурами. До видів різноманітності на робочому місці належать, серед іншого, раса, етнічна приналежність, вік, здібності, мова, національність, соціально-економічний статус, стать, релігія чи сексуальна орієнтація. З огляду на політичну та світову історію, важливо розуміти, що означає культурне розмаїття на робочому місці та в команді, особливо якщо метою команди є захист життя та здоров'я людини.



Культура – це те, що формує людину, впливає на її поведінку, переконання та визначає її ідентичність. Культурне розмаїття на робочому місці – це включення працівників різного походження, раси, статі, сексуальної орієнтації та політичних поглядів. Термін «культурне розмаїття» заохочує середовище інклюзії, в якому люди різних культур та походження об'єднуються для роботи в команді.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої знання, навички та підходи до:

- **Дослідження глобалізації:** вміння аналізувати, як глобалізація впливає на практику та політику охорони здоров'я в різних культурних контекстах, зосереджуючись на таких концепціях, як етноцентризм, акультурація, асиміляція та інтеграція.
- **Визначення ключових понять:** уточнення таких термінів як глобалізація, етноцентризм, акультурація, асиміляція та інтеграція.
- **Визначення мультикультуралізму:** визнання важливості мультикультуралізму у сприянні інклюзивній медичній освіті та ефективним терапевтичним заходам.
- **Підкреслення різноманітності:** підкреслення важливості різноманітних точок зору для покращення догляду за пацієнтами та результатів у медичних закладах.

Результати навчання

До кінця ознайомлення з цим розділом читачі зможуть:

- **Описати**, як глобалізація впливає на системи та практику охорони здоров'я в різних культурних середовищах.
- **Визначати ключові терміни:** давати визначення поняттям «мультикультуралізм» та його значення для створення інклюзивного середовища медичної освіти, «глобалізація», «космополітизм», «етноцентризм», «аккультурація», «політика мультикультуралізму на робочому місці».
- **Розуміти, що таке мультикультуралізм:** усвідомлювати, як різноманітність культурного походження покращує командну роботу та співпрацю в закладах охорони здоров'я.
- **Ілюструвати** роль різноманітних точок зору у покращенні догляду за пацієнтами та результатів у клінічній практиці.
- **Обговорювати** переваги культурної компетентності та глобальної медичної освіти у формуванні майбутньої поведінки та професіоналізму медичних працівників.

Відповідні визначення та терміни

Глобалізація: Глобалізація в охороні здоров'я стосується зростаючої взаємопов'язаності систем охорони здоров'я, практик та політик у всьому світі. Це включає обмін медичними знаннями, технологіями та ресурсами, а також переміщення медичних працівників та пацієнтів через кордони. Розуміння глобалізації є важливим для студентів-медиків та студентів наук про здоров'я, оскільки вона впливає на громадське здоров'я, доступ до медичної допомоги та поширення хвороб (Beaglehole & Bonita, 2010)..

Космополітизм: Космополітизм у медичному контексті підкреслює важливість ставлення до всіх пацієнтів з повагою та гідністю, визнаючи їхнє різноманітне походження та культурну ідентичність. Медичні працівники повинні застосовувати космополітичний підхід до охорони здоров'я, що передбачає відкритість до різних переконань та практик у сфері охорони здоров'я, а також розуміння того, що культурна компетентність є життєво важливою для ефективного догляду за пацієнтами та результатів лікування (Hagger & Orbell, 2003).

Етноцентризм: Етноцентризм стосується практики оцінювання інших культур за стандартами власної культури, що може призвести до упередженості в наданні медичної допомоги. Для студентів-медиків та студентів наук про здоров'я, розуміння етноцентризму є критично важливим для розпізнавання потенційних упереджень, які можуть впливати на взаємодію з пацієнтами, дотримання режиму лікування та загальні результати здоров'я. Це підкреслює важливість культурної скромності та поваги в медичній практиці (Henrickson, 2006).

Аккультурація: Аккультурація в охороні здоров'я стосується того, як пацієнти з різним культурним походженням адаптуються до нових систем та практик охорони здоров'я. Студенти повинні бути обізнаними з цим процесом, оскільки він може впливати на поведінку пацієнтів, їхні переконання щодо хвороби та ставлення до лікування. Розуміння досвіду адаптації пацієнта може допомогти медичним працівникам пропонувати більш персоналізовану та ефективну допомогу (Rojas & Smith, 2009).

Політика мультикультуралізму на робочому місці: Політика мультикультуралізму на робочому місці в охороні здоров'я передбачає створення інклюзивного середовища, яке цінує різноманітність між медичними працівниками та пацієнтами. Для студентів-медиків розуміння цих правил є важливим для сприяння співпраці та комунікації в різноманітних командах, покращення орієнтованої на пацієнта допомоги та подолання нерівності в охороні здоров'я між різними культурними групами (Kuehn, 2017).

Мультикультуралізм: Мультикультуралізм в охороні здоров'я визнає та цінує присутність різноманітних культурних груп серед пацієнтів. Для студентів прийняття мультикультуралізму означає усвідомлення культурних відмінностей у переконаннях, практиках та уподобаннях щодо здоров'я. Ця перспектива має вирішальне значення для надання компетентної допомоги, яка поважає індивідуальні потреби та покращує результати здоров'я в різноманітному суспільстві (Bhui & Dinos, 2015).

3.2. Що кажуть дослідження

3.2.1. Глобалізація

Концепція глобальної грамотності включає критичне мислення щодо глобальних проблем, культурну чутливість, співпрацю та міжкультурну повагу (Bulut & Öksüzöğlü, 2021).

Глобальна грамотність включає чотири основні виміри (Zhang, Hsu & Wang, 2010):

1. усвідомлення різноманітних культур,
2. прийняття глобального громадянства,
3. Визнання взаємозв'язку націй,
4. впевненість у використанні нових навичок для досягнення успіху в «глобальному селі».

Глобальне село — це соціологічний та філософський термін, який стосується того факту, що сучасне людство живе у тісній взаємодії завдяки технологічному прогресу, який зменшує географічні та культурні бар'єри. Концепція підкреслює, як глобалізація та комунікаційні технології створюють відчуття спільноти серед людей з різних куточків світу.

Два основні фундаментальні принципи важливі для визначення громадянина світу:

- космополітизм – як прийняття та розуміння культури інших
- етноцентризм – як основа збереження власної етнічної та культурної ідентичності.

Космополітизм стосується ідеології, згідно з якою всі люди, незалежно від їхньої національної, етнічної чи культурної приналежності, належать до єдиної глобальної спільноти. Він пропагує ідею про те, що люди мають моральні зобов'язання перед іншими поза межами своїх місцевих чи національних зв'язків, наголошуючи на універсальних цінностях та взаємній повазі між різними культурами. Для офіційної документації такі організації, як Організація Об'єднаних Націй, часто пропагують принципи, що відповідають космополітизму, зокрема щодо прав людини, глобальної співпраці та сталого розвитку. Наприклад, у документах, пов'язаних з освітою з питань глобального громадянства, космополітизм зображується як такий, що сприяє відчуттю приналежності до великої людської родини та пропагує ідею взаємозв'язку між людьми в усьому світі (Pogge, 2006).

Сучасні студенти-медики та студенти наук про здоров'я, стикаючись з викликом розуміння та усвідомлення складності й унікальності індивідуального досвіду. Це є основою концепції космополітизму, яка разом з гуманізмом, турботою про інших, потребою в міжкультурному сприйнятті та чутливості має бути невід'ємними рисами професій, тісно пов'язаних з доглядом, турботою та лікуванням людей.

3.2.2. Глобалізація в медичній освіті

Глобалізація в освіті призводить до зростання академічної мобільності, уніфікації навчальних програм та методів викладання, швидкого розвитку дистанційного навчання; зростає розуміння необхідності використання нових форм освіти. Програми обміну для студентів добре відомі: Erasmus (ЄС), DAAD (Німеччина), Global UGRAD (США).

З кожним роком дедалі більше студентів охоче користуються цими можливостями. Цьому сприяє взаємне визнання дипломів, формування мережевого європейського університету, отримання другої вищої освіти, створення європейського центру розвитку освіти та необмежені державні кордони вищого навчального закладу.

Гнучкість, адаптивність, модульність, економічна ефективність, орієнтація на споживача та опора на передові комунікаційні та інформаційні технології стають характерними рисами сучасного освітнього процесу. Це створило умови для розвитку світового освітнього простору, акультурації, експорту та імпорту освіти, об'єднання світового інтелектуального, творчого, інформаційного та науково – педагогічного потенціалів.

Хоча медицина нерозривно пов'язана з явищем глобалізації, дуже мало студентів-медиків та студентів факультетів наук про здоров'я мають досвід у сфері глобальної охорони здоров'я та достатні знання з культурології. Часто це пов'язано з високими витратами, відсутністю мотивації та зацікавленості викладачів. Це також може бути пов'язано з навчальними програмами, які або не включають ці компоненти, або вимагають від студентів розвитку власних здібностей.

Для спілкування між студентами, а також викладачами та медичними працівниками існують різні платформи, чати, групи, де обговорюються цікаві клінічні випадки, завдання чи тести, особливості догляду залежно від обставин, можливості міжнародних стажувань, участь у грантових програмах тощо. Варто спробувати до них долучитися..

Сучасний світ інтенсивно глобалізується, а поглиблення міжкультурних комунікацій сприяє трансформації світоглядів та породжує інноваційні пошуки в кожній культурі. Взаємодія культур породжує необхідність переосмислення важливості міжкультурних контактів та власної культурної ідентичності, яка ґрунтується на ідеї міжкультурної толерантності, адекватного сприйняття культурних відмінностей, що є за таких обставин необхідними передумовами для ефективних відносин між культурами та взаєморозуміння між їхніми носіями (Ковтун і Хармаш, 2020).

3.2.3. Етноцентризм

Згідно з Даттоном та ін. (2016), існує два типи етноцентризму: позитивний та негативний. Позитивний етноцентризм стосується гордості за свою етнічну групу чи націю та готовності жертвувати заради неї, тоді як негативний етноцентризм передбачає необґрунтовані упередження та ворожість до інших етнічних груп.

Етноцентризм (грец. *ethnos* – група, плем'я, народ; лат. *centrum* – осередок, центр) – це здатність індивідів, соціальних груп та спільнот (як носіїв етнічної ідентичності) сприймати та оцінювати життєві явища крізь призму традицій та цінностей власної етнічної спільноти, що виступає певним загальним стандартом або оптимумом.

Хоча певний ступінь етноцентризму є поширеним, він може відрізнятися залежно від расових та етнічних груп. Крім того, інтенсивність або навіть полярність етноцентризму може коливатися та змінюватися залежно від навколишніх обставин, змін у соціальному колі чи інших факторів. Наприклад, дослідження турецьких дослідників (Karadas та ін., 2023; Köse, İpek & Çorur, 2024) аналізували рівень етноцентризму та ксенофобії серед медсестер, які працювали з біженцями, оскільки їхня кількість у Туреччині різко зросла за останні кілька років. Було виявлено, що рівень етноцентризму був нижчим за середній, а ксенофобії – вищим за середній, причому існував прямопропорційний зв'язок – зі зростанням рівня етноцентризму зростає і рівень ксенофобії. Це дослідження демонструє сучасні тенденції та проблеми у наданні медичних послуг у певних суспільствах.

Дослідження, проведене японськими вченими, показало, що люди з вищим рівнем етноцентризму не завжди відкидають інші культури, мають обмежену глобальну грамотність або не мають бажання бути громадянами світу. На противагу цьому, гордість та ідентифікація з японською культурою та цінностями позитивно пов'язані з глобальною грамотністю. Згідно з теорією соціальної ідентичності, етноцентризм у більшості випадків розглядається переважно як внутрішньогрупова позитивність, незалежна від зовнішніх груп (Zhang & Takahashi, 2024). Це означає, що етнічну ідентичність не слід розглядати просто як неприйняття іноземних груп чи іноземних культур.

“

Війна یشтовхає до змін та адаптацій, і навпаки, зміни в суспільстві впливають на війну», «війна — це своєрідний еліксир для суспільства, який робить його сильнішим та проявляє його благородні сторони»

– MacMillan, M. (2020). *War: How conflict shaped us*. [First U.S. edition]. New York, Random House.

Етнічна ідентичність стає ще більш вираженою в часи конфліктів. Використовуючи дані з тридцяти шести африканських країн (Bizumic, Monaghan & Priest, 2021), було досліджено зв'язок між етнічним конфліктом та різними показниками соціальної згуртованості та виявлено позитивну кореляцію. Цей висновок вважається результатом етноцентричної динаміки, спричиненої конфліктом: війна посилює етнічну ідентифікацію та просоціальну поведінку. Подібних висновків дійшли й українські історики, аналізуючи війни, що відбувалися на території України. Війна якісно прискорила процеси національного самопізнання. Вона спонукала до чіткого вибору «друг чи ворог». Результатом стало поглиблення національної саморефлексії. Війна стала засобом переосмислення, пошуку та конструювання власної ідентичності (Борчук і Костючок, 2024).

Незважаючи на те, що етноцентризм часто розглядається як перешкода для міжетнічної та міжкультурної взаємодії, він служить для підтримки та збереження етнічної самоідентичності, цілісності та специфічності (Устименко, 2018).



3.3. Мультикультуралізм та різноманітність у терапевтичних командах

“З усіх форм нерівності несправедливість у сфері охорони здоров'я є найбільш шокуючою та нелюдською”

– Dr Martin Luther King

Культурне розмаїття відіграє ключову роль у командах, забезпечуючи рівність та багатство різноманітних точок зору. Численні дослідження, проведені у високорозвинених країнах, підкреслюють його позитивний вплив та важливість інклюзивності для успіху бізнесу та економіки (Jaganya, Janani & Durgalakshm, 2024).

Види різноманітності на робочому місці:

- **гендер** (жінки становлять більший відсоток робочої сили, ніж будь-коли раніше),
- **раса та етнічна приналежність** (розвиток етнічної та расової ідентичності призводить до покращення культурного різноманіття),
- **трансгендерна спільнота** (складний діапазон людей з точки зору походження, досвіду та проблем, які потребують особливої уваги з точки зору стратегії роботодавця),
- **вік** (як молодші, так і старші працівники можуть стикатися з упередженнями; забезпечення навчання для всіх вікових груп та програм наставництва може допомогти забезпечити різноманітність та інклюзивність на робочому місці),
- **працівники з інвалідністю** (інвалідність може охоплювати багато відмінностей і повинна вирішуватися шляхом боротьби з негативним сприйняттям людей з психічними або фізичними вадами),

- о **психічне здоров'я** (зосередження уваги на психічному здоров'ї, поряд із забезпеченням благополуччя на робочому місці, допоможе боротися з різноманітними проблемами психічного здоров'я),
- о **нейрорізнманіття** (визнання та забезпечення сприятливого середовища для людей з неврологічними відмінностями допомагає командам розпізнавати відмінності та вподобання у виборі виду роботи),
- о **стиль мислення** (кожна людина має різний стиль мислення, що може підвищити креативність, якщо людина та її роль у команді добре узгоджені, і навпаки, це може спричинити стрес, якщо вони не узгоджені належним чином).

Мультикультурна команда – це команда, члени якої походять з різних країн, різних етнічних груп та культур, і розмовляють різними мовами. Кожен член такої команди повинен демонструвати культурну чутливість. Також важливо виявляти повагу до різноманітності та враховувати різні культурні звичаї та вимоги.

Культурне розмаїття на робочому місці дозволяє створювати команди, які об'єднують різні погляди та таланти, підвищуючи інновації та сприяючи підвищенню ефективності та продуктивності. Компанії з керівними командами, що входять до 25% найвищого расового та етнічного різноманіття, мають на 33% більше шансів перевершити своїх конкурентів з точки зору прибутковості (Hunt et al., 2018).

*Мультикультуралізм на робочому місці
приносить численні переваги, такі як підвищена
креативність, краща командна робота та
підвищення продуктивності.*

Перелік компаній, які успішно впровадили мультикультурну політику:

- о Google — компанія, яка активно підтримує культурне розмаїття через програми навчання та розвитку, спрямовані на залучення співробітників з різних культур,
- о Microsoft — це компанія, яка проводить навчання з міжкультурної компетенції та створює інклюзивне робоче середовище, де поважаються різні культурні цінності.

Різнманітність команди означає більше інновацій, більш обґрунтовані рішення та кращі результати, що додає цінності всім зацікавленим сторонам. Інклюзивна культура означає вміння слухати всіх співробітників та поважати їхню роботу. Це також допомагає підтримувати задовільне робоче середовище, яке забезпечує особистий та професійний успіх (Afridah & Lubis, 2024).

Мультикультурне робоче місце повинно зосереджуватися на поєднанні культурно різноманітних потреб, безпосередньо пов'язаних з роботою, а також ширших можливостей та звичок. Слід враховувати харчову цінність та якість їжі в їдальнях для працівників різних культур, а також необхідність наявності кімнати для молитви або медитації відповідно до культурних потреб.

Культурне розмаїття допомагає розвивати та максимально використовувати навички й таланти (Thomas, 2024). Різноманітність ідей та досвіду дозволяє вам навчатися у колег з інших культур, покращувати свої здібності до вирішення проблем та підвищувати продуктивність. У середовищі, де чути всі голоси, цей дух інновацій та заохочення до внеску сприяє успіху на робочому місці. Культурне розмаїття підвищує креативність робочої сили. Прислухаючись до думок та способів мислення кожного співробітника, компанія чи команда матиме різні способи вирішення своїх завдань. У колективі, команді, яка активно заохочує різноманітність на робочому місці, обговорюється більше точок зору та пропонується більше рішень, що може спонукати людей працювати якнайкраще.

Навчання культурній компетентності та скромності може бути дуже важливим для подолання культурних проблем у команді. Це гарний спосіб дозволити членам команди пізнати один одного та дізнатися про різні культурні вірування та практики.

Це навчання повинно охоплювати такі питання:

- як мінімізувати культурні бар'єри;
- як уникнути стереотипів та упереджень;
- як цінувати свою культуру та культуру інших;
- як покращити свої соціальні навички;
- як стати кращим слухачем;
- як зосереджуватися на спільних рисах, а не на відмінностях.

Це навчання має відповідати потребам команди, навчаючи їх розуміти поведінку та реакції людей у робочому середовищі, особливо коли є явні відмінності.

Політика мультикультуралізму на робочому місці

Політика різноманітності, рівності, інклюзивності та приналежності має бути продуманою та спрямованою на сприяння інклюзивній культурі, що має бути включено до так званого Кодексу поведінки, який визначає етичні стандарти та очікування для всіх співробітників, викладачів, студентів тощо, щоб забезпечити доброчесність та дотримання вимог.

Політика мультикультуралізму полягає у створенні середовища, де всі члени команди мають сильне почуття приналежності, включаючи расу, віросповідання, колір шкіри, релігію, стать, вік, походження, сімейний стан, національність, сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, етнічну приналежність, генетику, інвалідність, порушення здоров'я, статус ветерана або будь-який інший статус, захищений нормативними актами чи законом, застосовуючи стандарти однакового ставлення при прийнятті рішень щодо працевлаштування, навчання, компенсації тощо (Karatekin, et al., 2019). Це створення робочого середовища, де до кожного ставляться з гідністю. Таке середовище вільне від насильства чи домагань, залякування, включаючи словесні чи фізичні погрози, та будь-яких інших актів агресії чи насильства. Це створення безпечного, гігієнічного та здорового робочого середовища для безпеки та здоров'я всіх працівників або членів команди. Кожна особа, до якої застосовується ця Політика, несе відповідальність за дотримання положень цієї Політики.

Список літератури

- ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, & European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246. <https://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243>
- Afridah, & Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. *Feedback International Journal of Communication*, 1, 1–15. <https://doi.org/10.62569/fijc.v1i1.8>
- Anisman, H., Doubad, D., Asokumar, A., & Matheson, K. (2024). Psychosocial and neurobiological aspects of the worldwide refugee crisis: From vulnerability to resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 165, 105859. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105859>
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). Global public health: A new era. *The Lancet*, 375(9717), 1560–1561.
- Bhui, K., & Dinoo, S. (2015). Cultural competence in mental health: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 60–69.
- Bizumic, B., Monaghan, C., & Priest, P. (2021). The return of ethnocentrism. *Political Psychology*, 42, 29–73.
- Borchuk, S., & Kostyuchok, P. (2024). Catalysts of the national identity of Ukrainians in the Carpathian region during the First World War. *Eminak*, 3(47), 147–165.
- Bulut, B., & Öksüzöğlü, M. K. (2021). Global literacy in education. In E. Koçoğlu (Ed.), *Literacy skills in education-III* (pp. 321–337). Pegem Academy. <https://doi.org/10.14527/9786257582018>.
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Dutton, E., Madison, G., & Lynn, R. (2016). Demographic, economic, and genetic factors related to national differences in ethnocentric attitudes. *Personality and Individual Differences*, 101, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.049>
- Drain, P. K., Primack, A., Hunt, D., Fawzi, W., Holmes, K., & Gardner, P. (2007). Global health in medical education: A call for more training and opportunities. *Academic Medicine*, 82(3), 226–230.
- Dvornik, V. M., Kuz, H. M., Yeris, L. B., Teslenko, O. I., & Kuz, V. S. (2022). Trends in modern medical education. Poltava State Medical University.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A psychological model of health behavior. *Social Science & Medicine*, 57(1), 123–132.
- Henrickson, M. (2006). The ethnocentric bias: Implications for global health. In K. C. R. Schenck (Ed.), *Cultural competence in health care: A practical guide to improving patient satisfaction and quality of care* (pp. 139–152).
- Hunt, V., Prince, S., Dixon-Fyle, S., & Yee, L. (2018). Delivering through diversity. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/delivering-through-diversity>

- Izadnegahdar, R., Correia, S., Ohata, B., Kittler, A., Kuile, S., Vaillancourt, S., Saba, N., & Brewer, T. (2008). Global health in Canadian medical education: Current practices and opportunities. *Academic Medicine*, 83(2), 192–198.
- Joshua, J. H. (2024). Embracing global health in medical education: A necessity for modern doctors. *JACC: Case Reports*, 29(17).
- Karadas, M., Bilgin, A., Sahan, F., & Ozdemir, L. (2023). Determining the predictors of nursing students' xenophobic tendency towards refugees. *Nurse Education Today*, 122, 105722. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105722>
- Karatekin, K., Akcaoglu, M. Ö., & Taban, M. (2019). A comparative study on multicultural attitude of university students: Austria, Hungary and Turkey sample. *Journal of History Culture and Art Research*, 8, 36. <https://doi.org/10.7596/taksad.v8i4.2238>
- Köse Tosunöz, İ., & Çopur, E. (2024). The relationship between ethnocentrism and xenophobia level and predictors: A descriptive and correlational study of nurses working in two cities where refugees live intensively in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 26. <https://doi.org/10.1111/nhs.13107>
- Kuehn, L. (2017). Creating a diverse workplace: The importance of multiculturalism in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 62(4), 265–267.
- Pogge, T. (2006). Cosmopolitanism. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2006 Edition). Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/cosmopolitanism/>
- Rojas, C., & Smith, L. (2009). The role of acculturation in health outcomes: A review of the literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), 24–30.
- Sestito, M. (2025). Identity conflict, ethnocentrism and social cohesion. *Journal of Development Economics*, 174, 103426. <https://doi.org/10.1016/j.jdevec.2024.103426>
- Thomas, N. (2024). Diversity in the workforce: A catalyst for innovation, success and future expansion. Vol. 15.
- Ustymenko, T. (2018). The status of ethnocentrism in intercultural interaction, its types and functions. *International Relations: Theoretical and Practical Aspects*, 223–234.
- Zhang, R., Hsu, H., & Wang, S. (2010). Global literacy: Comparing Chinese and US high school students. *Multicultural Education & Technology Journal*, 4(2), 76–98. <https://doi.org/10.1108/17504971011052304>
- Zhang L., & Takahashi, Y. (2024). Both cosmopolitanism and ethnocentrism are positively associated with individual differences in global literacy. *Personality and Individual Differences*, 222, 112585. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112585>

Заключне осмислення: Відповідність культурній компетентності та моделі EMPOWER

від Малгожати Шкуп

Розділ «Глобалізація та мультикультуралізм у медичній освіті та терапевтичних командах» пропонує всебічне дослідження того, як глобальні зміни впливають на культурне різноманіття, надання медичної допомоги та професійну співпрацю, що ідеально відповідає філософії та цілям моделі EMPOWER. Звертаючись до таких ключових тем, як **аккультуризм, етноцентризм, глобальна грамотність та інклюзивна командна динаміка**, розділ підкреслює ключові принципи EMPOWER **ефективність, мультикультуралізм, професіоналізм, благопоуччя та освітні ресурси**.

Дискусія щодо глобалізації та академічної мобільності підкреслює, як міжнародний досвід сприяє розвитку **рефлексивних культурних компетенцій**, що є однією з центральних цілей моделі EMPOWER. Це заохочує майбутніх фахівців охорони здоров'я активно взаємодіяти з міжкультурним контекстом та відповідно адаптувати свої клінічні підходи. Це підтримує акцент програми EMPOWER на **самостійне навчання та розвиток скромності й усвідомленості через трансформаційний освітній досвід**.

Крім того, цей розділ рішуче пропагує концепцію **космополітизму**, що відповідає основній цінності EMPOWER – **культурній скромності** – визнаючи складність культурної ідентичності та необхідність постійного осмислення та взаємного навчання між медичними працівниками та різноманітними групами пацієнтів.

Розділ про **різноманітність у терапевтичних командах** безпосередньо пов'язаний з акцентом EMPOWER на **благополуччі та спільному професійному середовищі**. Це демонструє, як мультикультурні команди сприяють інноваціям, інклюзивності та ефективності, що відображає переконання EMPOWER у тому, що особисте та колективне благополуччя є основою високоякісної освіти та практики в галузі охорони здоров'я.

Нарешті, у цьому розділі закликається до **навчання культурній компетентності та скромності**, надаючи практичні рекомендації щодо того, як мінімізувати упередження, цінувати культурні відмінності та підтримувати інклюзивну комунікацію — основні принципи освітньої стратегії EMPOWER. Це відображає прагнення моделі **забезпечити студентів ресурсами та підтримкою, необхідними для перетворення теоретичного розуміння на ефективну, емпатичну та справедливую практику**.

Підсумовуючи, цей розділ втілює модель EMPOWER у дії: подолання глобальних викликів за допомогою місцевої практики, виховання рефлексивних фахівців та відстоювання культурно чутливої медичної освіти.



Хочете заглибитися?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та зміцнити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Розділ 4

Культурна ідентичність та охорона здоров'я

МАГДАЛЕНА СТАНКЕВИЧ

*Поморський медичний університет у Щецині
(Польща)*

“

У кожній ситуації у нас є вагома причина обрати той курс дій,
який, згідно з розумними прогнозами, принесе найбільше
благо.

—Влодзімеж Галевич

«Добро та справедливість в охороні здоров'я (2018)»

4.1. Вступ

Справедливий та рівноправний доступ до лікування та працевлаштування в медичних професіях вимагає відкритого підходу, який враховує як різноманітні потреби пацієнтів, так і виклики, з якими стикаються медичні працівники. Ключовим елементом є забезпечення рівного доступу до працевлаштування в таких професіях, як медсестринство, невідкладна медична допомога та медицина, одночасно забезпечуючи кожному пацієнту медичну допомогу, яка поважає його індивідуальність. Основа ефективної та етичної медичної практики полягає у визнанні пацієнта суб'єктом догляду, а не його об'єктом, та у ставленні до нього з повною повагою до його автономії та гідності. Медичні працівники повинні уникати посилення стереотипів, експлуатації динаміки влади та об'єктивізації пацієнтів, застосовуючи підхід, заснований на відкритості, емпатії та культурній усвідомленості.

У ситуаціях першого контакту з пацієнтами важливо застосовувати підхід, що ґрунтується на потребах та очікуваннях. Початковою точкою для кожного медичного працівника має бути постановка таких питань, як **«Як я можу найефективніше допомогти?»** та **«Що потрібно цьому конкретному пацієнту?»**.

Міжкультурна компетентність та здатність розпізнавати унікальні риси кожного пацієнта є важливими для подолання бар'єрів у доступі до лікування — як формальних, так і комунікативних. Тільки за такого підходу можна забезпечити охорону здоров'я, яка поважає різноманітність та підтримує ефективність терапевтичних дій, заснованих на партнерстві, а не ієрархії у стосунках між пацієнтом і фахівцем.

Медичні працівники повинні знати про комунікативні бар'єри та упередження, які можуть впливати на їхні стосунки з пацієнтами. Роздуми над власними обмеженнями та готовність до їх подолання є невід'ємними компонентами ефективного догляду. Відкритість до розуміння культурної ідентичності інших також має особливе значення. Різниця у звичаях, поглядах, ставленні до тіла чи релігії повинна бути не перешкодою, а джерелом взаємної поваги та натхнення для побудови глибших терапевтичних стосунків. Прийняття такої перспективи, згідно з якою кожен пацієнт є унікальним, не лише підтримує процес одужання, але й збагачує професійну практику медичного персоналу, роблячи її більш усвідомленою та цінною.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої знання, навички та підходи до:

- Розуміння важливості **рівних можливостей доступу** до охорони здоров'я та практики медичних професій, незалежно від походження, соціального статусу, культури, релігії чи гендерної ідентичності.
- Посилення підходу, за якого **пацієнт розглядається як суб'єкт догляду**, з повною повагою до його автономії та гідності.
- Розуміння значення **міжкультурної компетентності** в усуненні формальних та комунікативних бар'єрів у сфері охорони здоров'я.
- **Сприяння усвідомленню та осмисленню** особистих упереджень та їхнього впливу на стосунки з пацієнтами.

- Підкреслення **важливості відкритості та поваги** до різноманітних звичаїв, переконань і цінностей пацієнтів.
- Розуміння **значення гендерної ідентичності** та її ролі в самосприйнятті людини.
- Розуміння **механізмів помилок компетентності**, таких як фундаментальна помилка атрибуції та ефект хибного консенсусу, а також їх вплив на оцінку пацієнтів та колег.
- Розуміння **наслідків несвідомих припущень** щодо гендерної ідентичності та психосексуальної орієнтації у професійній практиці.
- Розуміння **впливу расизму та структурного насильства** на психічне здоров'я окремих осіб та громади, а також визнання відповідальності медичних працівників за вирішення цих проблем шляхом справедливої, культурно компетентної та етично рефлексивної практики.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Визначати ключові поняття, пов'язані з рівними можливостями в охороні здоров'я та міжкультурною компетентністю.
- Зрозуміти вплив особистих упереджень та механізмів когнітивних помилок на сприйняття пацієнтами та прийняття рішень у медичній практиці.
- Визначати відмінності між трансгендерною та цисгендерною ідентичностями та описати основні потреби трансгендерних осіб у сфері охорони здоров'я.
- Аналізувати помилки атрибуції та їх наслідки у стосунках між пацієнтом і лікарем і в міжкультурній комунікації.
- Пояснити, як расизм та структурне насильство впливають на психічне здоров'я, та описати роль медичних працівників у реагуванні на ці виклики за допомогою культурно компетентної та етичної практики.



Принципи та цінності

У контексті забезпечення рівного доступу до медичних послуг та рівних можливостей для працевлаштування в медичних професіях, ключовими елементами є фундаментальні етичні та соціальні принципи та цінності. Вони формують основу справедливої системи охорони здоров'я, в якій кожному пацієнту, незалежно від соціального статусу, походження, культурної ідентичності чи інших відмінних факторів, гарантовано право на високоякісну медичну допомогу. Водночас система повинна гарантувати справедливі умови працевлаштування для медичних працівників та надавати можливості для професійної реалізації без бар'єрів, що виникають через упередження чи дискримінацію (Prawo.pl, 2024). Такі цінності, як рівність, справедливість, повага до автономії пацієнта, емпатія та професіоналізм, відіграють вирішальну роль у формуванні етичної та ефективної медичної практики, сприяючи покращенню якості медичної допомоги та зміцненню довіри громадськості до системи охорони здоров'я.

У контексті забезпечення рівного доступу до медичних послуг та можливостей працевлаштування в медичних професіях найважливішими принципами та цінностями є:

- **Рівність та справедливість** – кожен пацієнт, незалежно від його походження, соціального статусу, релігії чи гендерної ідентичності, повинен мати рівний доступ до охорони здоров'я. Справедливість у цьому контексті передбачає адаптацію медичних послуг до індивідуальних потреб пацієнтів, а не застосування універсальних рішень.
- **Повага до автономії пацієнта** – пацієнти мають право приймати самостійні рішення щодо свого здоров'я. Роль медичних працівників полягає в тому, щоб надавати повну інформацію, пропонувати підтримку та створювати простір для усвідомленого вибору щодо лікування.
- **Емпатія та культурна чутливість** – ефективна медична допомога вимагає здатності розуміти та поважати культурне розмаїття, що впливає на ставлення пацієнтів до здоров'я та лікування. Відкритість до потреб людей з різним походженням сприяє усуненню упереджень та покращує якість терапевтичних стосунків.
- **Професіоналізм та медична етика** – медичні працівники повинні дотримуватися принципів професійної етики, таких як турбота про пацієнта, конфіденційність, чесність та відповідальність за прийняті рішення. Рівність у працевлаштуванні також означає усунення бар'єрів для тих, хто бажає займатися медичною професією, незалежно від їхнього походження чи статі.
- **Відсутність упереджень та запобігання дискримінації** – усвідомлення особистих упереджень та готовність їх подолати є ключовими елементами у побудові справедливої системи охорони здоров'я. Будь-яка форма дискримінації – у доступі до лікування чи на робочому місці – має бути усунена за допомогою відповідних правил та практик.
- **Партнерство у відносинах між медичним працівником та пацієнтом** – охорона здоров'я має базуватися на співпраці, а не на ієрархії. Пацієнти та медичні працівники повинні разом приймати рішення щодо лікування, що підвищує ефективність терапії та покращує психологічний комфорт пацієнта.

- **Доступність та інклюзивність** – кожен пацієнт, незалежно від рівня освіти, володіння мовами чи ступеня інвалідності, повинен мати повний доступ до медичних послуг. Слід усунути мовні бар'єри, адаптувати інформаційні матеріали та вирішити проблему недостатніх знань пацієнтів про різні соціальні статуси.
- **Самовдосконалення та освіта** – медичні працівники повинні постійно розвивати свої компетенції, як з точки зору медичних знань, так і комунікативних та міжкультурних навичок. Навчання з питань різноманітності, рівного ставлення та етики має бути невід'ємною частиною професійного розвитку (Bugaj, 2015).

Впровадження цих принципів у щоденну медичну практику сприятиме створенню більш справедливої, ефективної та чутливої до потреб пацієнта системи охорони здоров'я.

Відповідні визначення та терміни

Для повного розуміння концепцій рівного доступу до охорони здоров'я та працевлаштування в медичних професіях важливо чітко визначити кілька ключових термінів:

- **Рівність в охороні здоров'я** – принцип, який стверджує, що кожна людина повинна мати справедливий доступ до медичних послуг, незалежно від її соціально-економічного статусу, культурного походження, гендерної ідентичності чи інших факторів. Мета цього принципу полягає в тому, щоб жодна група в суспільстві не була у не вигідному становищі, коли йдеться про доступ до основної медичної допомоги. Незважаючи на численні ініціативи, спрямовані на сприяння рівному доступу до медичного обслуговування, розбіжності в його якості залишаються, особливо серед меншин, осіб з низьким рівнем доходу та людей з інвалідністю. Ці відмінності виникають через системні упередження, фінансові бар'єри та різні рівні медичної грамотності (Cianciara, 2015).
- **Культурна компетентність** – здатність медичних працівників розуміти, поважати та ефективно взаємодіяти з пацієнтами з різним культурним походженням. Вона передбачає прийняття різних переконань, цінностей та практик охорони здоров'я. Численні дослідження показують, що медичні працівники, які проходять навчання з культурної компетентності, здатні краще надавати якісну медичну допомогу. Це призводить до вищої задоволеності пацієнтів, кращого дотримання медичних рекомендацій та значно кращих результатів у сфері охорони здоров'я (Cianciara, 2015).
- **Хибні упередження** – несвідомі установки або стереотипи, які можуть впливати на рішення та взаємодію в медичних закладах. Ці упередження можуть формувати поведінку медичних працівників та впливати на якість медичної допомоги, що надається пацієнтам. Неявна упередженість може призвести до відмінностей у рекомендаціях щодо лікування, знеболення та точності діагностики. Наприклад, дослідження показали, що пацієнти чорношкірої раси часто отримують недостатнє знеболення порівняно з іншими пацієнтами, що впливає з неправильних припущень щодо їхньої толерантності до болю (Stzemięczna, 2020).

- **Пацієнтоорієнтована допомога** – модель охорони здоров'я, яка надає пріоритет індивідуальним потребам, уподобанням та цінностям пацієнта, дозволяючи йому активно брати участь у процесі прийняття рішень щодо власного лікування.
- **Соціальні детермінанти здоров'я** – немедичні фактори, такі як рівень доходу, освіта, умови життя та культурне походження, які суттєво впливають на здоров'я людини та доступ до медичних послуг.
- **Нерівність у стані здоров'я** – відмінності в показниках здоров'я та доступі до медичного обслуговування між різними групами населення, що часто є результатом соціально-економічної нерівності, системної дискримінації та географічних бар'єрів.

“Лікарі, які піклуються про хворих, повинні розуміти, що таке людина, що таке життя і що таке здоров'я, і як баланс і гармонія цих елементів їх підтримують.”

“

– Леонардо да Вінчі

4.2. Пацієнт як суб'єкт у системі охорони здоров'я

Для того, щоб охорона здоров'я була ефективною та справедливою, вона повинна враховувати різноманітні потреби, що виникають з традицій, переконань, цінностей та культурних практик пацієнтів. В умовах глобалізації та міграції медичні працівники все частіше стикаються з пацієнтами з різним культурним походженням, що вимагає не лише високої професійної компетентності, але й міжкультурних навичок. Розуміння та повага цих відмінностей має вирішальне значення для ефективної комунікації, побудови довіри та адаптації методів лікування до конкретних потреб пацієнтів. Таким чином, аналіз взаємозв'язку між культурною ідентичністю та охороною здоров'я є важливим елементом удосконалення систем охорони здоров'я, сприяючи цілісному та індивідуалізованому підходу до кожного пацієнта (Tabaszewski, 2016).

Повага до прав людини, особливо в контексті охорони здоров'я, є фундаментальним елементом сучасних систем захисту прав людини. Хоча багато міжнародних організацій охорони здоров'я та правові акти широко сприяють цим правам, залишаються значні труднощі в їх фактичному впровадженні. Теорії про толерантність до різноманітності, хоча часто висловлюються словами, не завжди втілюються в практичні дії (Tabaszewski, 2016). Повна інтеграція охорони здоров'я з правами людини також є проблематичною, оскільки каталог цих прав чітко не визначає принципи в цій сфері. Незважаючи на зростання міграції, кількість міжнародних програм обміну та працевлаштування працівників з різних країн, концепція рівності та різноманітності все ще становить проблему в закладах охорони здоров'я (Tabaszewski, 2016).

Права людини, зокрема право на охорону здоров'я, становлять невід'ємну основу приналежності окремої особи до людського виду. Ці права, що характеризуються універсальністю, непорушністю та рівністю, глибоко вкорінені в людській гідності. Досягнення рівності в доступі до охорони здоров'я та повна повага до унікальності та гідності кожної людини є ключовим викликом у сучасній медицині та праві (Tabaszewski, 2016).

Повага до прав людини, особливо щодо здоров'я, є широко обговорюваною темою в багатьох правових документах та організаціях, що займаються питаннями охорони здоров'я в усьому світі. Хоча міжнародні документи, такі як Статут Організації Об'єднаних Націй, Загальна декларація прав людини та Алма-Атинська декларація, чітко підкреслюють право кожної людини на здоров'я, гідні умови життя та всебічний догляд, реальність часто відхиляється від цих ідеалів. Люди в усьому світі продовжують губитися в бюрократичних складнощах і стають жертвами системного нехтування. Ця проблема особливо очевидна в контексті права на здоров'я, яке залишається одним з найбільш неоднозначних і складних для реалізації на практиці (Murphy, 2013).

Чи достатньо законодавчих положень, щоб це змінити? Ці документи встановлюють стандарти, але реалізація цих прав залежить від нашої емпатії, залученості та готовності надати реальну допомогу. Кожен з нас, як громадянин і член суспільства, може зробити свій внесок у те, щоб права людини не були просто словами на папері. Зміни починаються з дій, з маленьких кроків до створення системи, де кожен відчуває себе поміченим, почутим і підтриманим. Впровадження комплексних дій, заснованих на повазі, емпатії та ефективності, – це єдиний шлях до того, щоб міжнародні правила стали реальністю, а не просто обіцянкою, записаною в юридичних текстах.

Захист здоров'я, особливо в міжнародному масштабі, пов'язаний з відповідальністю держав за створення систем, що забезпечують захист здоров'я як громадян, так і іноземців. Це включає різні дії, спрямовані на реалізацію прав людини в галузі охорони здоров'я. Держави повинні запровадити ефективні механізми, що підтримують статус-кво здоров'я людини (Banaszak, 2003). Однак мігранти часто стикаються з різними перешкодами в доступі до медичної допомоги. Основні труднощі пов'язані з комунікаційними, культурними та системними бар'єрами, які створюють значні проблеми як для пацієнтів, так і для медичних працівників (Stzemięczna, 2020). Багато медичних працівників стикаються з мовним бар'єром, що значно перешкоджає ефективному наданню медичних послуг. Дослідження, проведені в цій групі, показують, що мова є основною перешкодою у наданні належної допомоги пацієнтам, які розмовляють іноземними мовами (Zgliczyński & Cianciara, 2020).

4.3. Культурна ідентичність та охорона здоров'я

Розуміння культурної ідентичності має вирішальне значення для забезпечення ефективної охорони здоров'я. Культурна ідентичність стосується цінностей, переконань, звичаїв та практик, які формують спосіб життя людини. Вона впливає на те, як люди сприймають здоров'я, хвороби та медичну допомогу.

Чому це важливо в охороні здоров'я?

- Це допомагає побудувати довіру та добрі стосунки з пацієнтами.
- Це покращує комунікацію та зменшує ризик непорозумінь.
- Це підвищує задоволеність пацієнтів та покращує результати лікування.

Вивчення культурної ідентичності в охороні здоров'я включає чотири ключові кроки, які допомагають зрозуміти пацієнта в контексті його культурного походження. Процес починається із саморефлексії, яка вимагає усвідомлення власних упереджень та розуміння того, як наше культурне походження впливає на те, як ми сприймаємо пацієнтів. Після кожної взаємодії з пацієнтом важливо поміркувати над тим, як культура могла вплинути на розмову. Далі, щоб краще зрозуміти пацієнта, слід ставити відкриті запитання, заохочуючи його ділитися своїми переконаннями та поглядами, наприклад, розпитувати про підходи сім'ї до хвороби або конкретні духовні практики. Не менш важливими є навчання та спостереження, які включають як невербальне спілкування, так і отримання знань про культуру громади, якій надаються послуги. Нарешті, охорона здоров'я має бути адаптована до потреб пацієнта шляхом включення його культурних практик до плану лікування та підтримки гнучкого підходу, який поважає його переконання та цінності (Stzemięczna, 2020).

У побудові стосунків така проста фраза, як «Чим я можу допомогти?», може бути дуже корисною. Вона несе сильний емоційний заряд, не обмежуючись жодними конкретними культурними, соціальними чи індивідуальними умовами. Її розроблено для розуміння та застосування будь-якою людиною, незалежно від її культурного чи соціального походження. Ця фраза зосереджена на відкритому наданні підтримки та допомоги, незалежно від будь-яких відмінностей. Це демонструє повагу до потреб іншої людини, незалежно від її контексту. Замість того, щоб припускати, що комусь може знадобитися допомога в певному сенсі, це надає пацієнту простір для визначення власного джерела страждань. Це вираз універсальної готовності розуміти та адаптуватися до різних точок зору та ситуацій.

Таке формулювання підтримує ідею рівності та поваги до різноманітності. Воно допомагає зруйнувати бар'єри та побудувати мости між різними культурами та спільнотами, оскільки це питання не дискримінує, а враховує індивідуальні потреби кожної людини. Це універсальне запрошення до взаємодії, що виражає готовність співпрацювати та розуміти одне одного, незалежно від походження конкретної особи.

Мадлен Ляйнінгер, як медсестра та антрополог, була однією з піонерів у розумінні впливу культурного походження на здоров'я та охорону здоров'я.



Мадлен Ляйнінгер

Джерело: Південношведське медичне товариство
(SMHS)

Вона розробила теорію транскультурної медсестринської справи, яка наголошувала на важливості включення культурного походження пацієнтів у процес лікування. Її дослідження в 1950-х роках були зосереджені на тому, наскільки важливим є розуміння культурних аспектів у контексті охорони здоров'я, особливо щодо психічного здоров'я дітей (Leininger, 1981).

4.4. Культурні детермінанти здоров'я та хвороби

Культура відіграє значну роль у формуванні здоров'я людини, впливаючи на нього в різних аспектах. Варто розглянути її вплив з трьох точок зору. Культура може виступати як:

- **Патогенний фактор** – він може підвищувати ризик певних захворювань, наприклад, через певні харчові звички, куріння або вживання алкоголю.
- **Терапевтичний фактор** – він може сприяти поведінці, що покращує здоров'я, такий як сприяння розвитку громади, соціальна підтримка або здорові харчові звички.
- **Патопластичний фактор** – він може суттєво впливати на сприйняття та прояв симптомів, особливо в контексті психічних розладів. Наприклад, симптоми депресії можуть відрізнятися залежно від культури: у Латинській Америці вони частіше проявляються як головний біль, на Близькому Сході — як серцево-судинні проблеми, а в Азії — як відчуття слабкості (Grzymała-Moszczyńska, 2007).

Культура може впливати як на поширеність, так і на різні способи проявів психічних розладів:

- **Патогенність:** культурно поширені переконання чи ідеї можуть безпосередньо породжувати стрес, сприяючи розвитку психічних розладів;
- **Патоселективність:** під час стресових ситуацій люди можуть застосовувати культурно прийняті методи подолання;
- **Патопластичність:** культурні переконання формують те, як проявляються та сприймаються симптоми психічних захворювань;
- **Патолaborаторні ефекти:** культура може посилювати певні патологічні моделі поведінки, роблячи їх більш вираженими та стійкими;
- **Патофацилітативні ефекти:** культурні фактори можуть впливати на частоту виникнення розладу або на форму його прояву.

- **Патофацілітативні ефекти:** культурні фактори можуть впливати на частоту виникнення розладу або на форму його прояву.

Патореактивність: культура впливає на те, як суспільство реагує на психічні захворювання — це впливає як на те, як розлади називаються, так і на те, як страждання переживаються та повідомляються тими, хто на них страждає (Bhugra & Bhui, 2018).

Приклади культурних детермінант здоров'я:

- **Дієтичні практики:** В індуїзмі існує віра у святість усіх живих істот, що спонукає багатьох послідовників дотримуватися вегетаріанської дієти. Уникнення споживання м'яса, особливо яловичини, впливає з поваги до життя та релігійних переконань. В Індії корови особливо шануються, а їхнє м'ясо не вживається через релігійні переконання (Śmidowicz, 2016).
- **Споживання алкоголю:** У мусульманських країнах, де вживання алкоголю заборонено, ризик захворювань, пов'язаних з алкоголем, значно нижчий. Натомість у країнах, де вживання алкоголю дозволено, таких як Франція, ризик цирозу печінки вищий (Krajewska-Kułać, 2010).
- **Сексуальна поведінка:** Культурні норми, що формують ставлення до сексуальної орієнтації, віку шлюбу або використання контрацепції, суттєво впливають на сексуальне здоров'я. У ромській культурі поширеними є ранні шлюби молодших дівчат, що може мати певні наслідки для здоров'я (Krajewska-Kułać, 2010)..
- **Модифікації тіла:** Чоловіче обрізання, яке в деяких культурах має релігійне значення (юдаїзм, іслам та деякі африканські племена), проводиться в інших регіонах з причин, не обов'язково пов'язаних з релігією, як це спостерігається у Сполучених Штатах (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
- **Культурний вплив на психічне здоров'я:** У випадку параноїдної шизофренії зміст марення часто відображає культурний контекст — особи, які сповідують християнство та іслам, частіше відчують релігійне марення, люди з Азії можуть мати марення невірності, а люди з Африки часто борються з маренням, пов'язаним з місцевою громадою (Krajewska-Kułać, 2010). Також важливо зазначити, що певні розлади зустрічаються лише в певних культурах, такі як коро — тривожний розлад, що спостерігається переважно в Південно-Східній Азії, що характеризується переконанням, що геніталії зменшуються (Krajewska-Kułać, 2010).
- **Нетрадиційна медицина та культурні переконання:** У багатьох громадах існує сильна віра в традиційну медицину, яка включає як домашні засоби, так і більш формалізовані медичні системи, такі як китайська медицина чи Аюрведа. Ефективність цих методів часто залежить від соціальних норм та особистого досвіду пацієнтів (Klaus, 2007).

4.5. Проблеми медичної практики

Складність впливу культури на здоров'я ставить перед лікарями низку викликів, що вимагає врахування культурного контексту в діагностиці та терапії.

-
- **Дотик та оголення тіла:** У багатьох культурах фізичний контакт з певними частинами тіла, особливо з протилежною статтю, вважається неприйнятним. Таке культурне сприйняття може призвести до відмови від медичних оглядів або процедур (Grzymała-Moszczyńska, 2007).
 - **Згода на медичні процедури:** Питання згоди на медичні процедури, такі як трансплантація органів, часто є складним. У деяких громадах, де такі дії розглядаються як такі, що суперечать їхнім релігійним переконанням, це питання набуває особливого значення. Це може бути актуальним для певних етнічних груп, таких як роми, а також для послідовників буддизму чи синтоїзму (Krajewska-Kuśak, 2010).
 - **Гендерна ідентичність:** До 1960-х років дискусії про гендер переважно зосереджувалися на маскулінності та фемінності, які вважалися протилежними кінцями одного континууму. Вважалося, що людина може бути як фемінною, так і маскулінною, незалежно від того, чи є вона гомосексуальним чоловіком чи гомосексуальною жінкою — ключовим фактором було суб'єктивне відчуття власної статі (Bem, 2010). Однак Сандра Бем поставила під сумнів цю традиційну точку зору. Вона припустила, що маскулінність та фемінність – це два різні виміри особистості. В результаті цієї перспективи виникла концепція андрогінних осіб, які можуть одночасно проявляти як маскулінні, так і фемінні риси. Концепція Бем зосереджена на двох ключових твердженнях щодо формування гендерної ідентичності особистості (Bem, 2010).

Розглядаючи такі терміни, як транссексуальність, небінарність та андрогінність, важливо враховувати соціальний, клінічний та правовий контекст певної країни. Дослідження центрів, що спеціалізуються на темах, пов'язаних з перехідним періодом, надають цінну інформацію про сучасні тенденції серед молоді та медичні наслідки, пов'язані з гендерними питаннями.

Транссексуальність стосується осіб, чия гендерна ідентичність не відповідає статі, визначеній при народженні. Ці люди часто обирають коригувальні операції, замісну гормональну терапію або інші методи зміни зовнішності, щоб краще відображати свою гендерну ідентичність. Транссексуальні особи можуть ідентифікувати себе як чоловіки або жінки, незалежно від їхньої біологічної статі. **Небінарні особи**, з іншого боку, не ідентифікують себе суворо як чоловіки чи жінки, а натомість існують поза традиційними бінарними гендерними категоріями. Небінарність часто розглядається як континуум, і небінарні особи можуть використовувати різні займенники, такі як «вони», «їх» або «воно». **Андрогінні особи** поєднують у собі як чоловічі, так і жіночі риси в різних пропорціях і можуть проявляти риси обох статей, а також експериментувати з різноманітними стилями одягу та поведінки. Ці особи уникають жорсткої гендерної класифікації, що дозволяє глибше досліджувати свою гендерну ідентичність (Titelbaum, 2020).



Важливо зазначити, що ці три терміни не є взаємовиключними та можуть перетинатися. Транссексуальна особа може ідентифікувати себе як небінарну або андрогінну, так само як небінарна особа також може бути андрогінною або транссексуальною. Згідно з найпоширенішим та широко визнаним підходом, **небінарність** слугує загальним терміном для всіх гендерних ідентичностей, які не входять до бінарного гендерного поділу. Небінарні особи не є ні чоловіками, ні жінками. Вони часто ідентифікують себе як **гендерні**, **гендерно-нейтральні** або **гендерно-флюїдні**. Цей термін також включає осіб, які ідентифікують себе з більш ніж однією статтю. У ЛГБТК+ спільноті небінарні особи представляють як категорії «Т» (трансгендер), так і «К» (гендерквір) (Наак, 2020).

Небінарні особи за визначенням є трансгендерними. Вони відчувають невідповідність між своєю біологічною статтю та гендерною ідентичністю. Деякі також можуть відчувати гендерну дисфору. У 2019 році слово «небінарний» було додано до словника Коллінза (Наак, 2020). Це не означає, що термін є новим, а радше відображає зростаючу суспільну обізнаність щодо різноманітності гендерних ідентичностей та їх самовираження. Термін «гендерквір» здобув популярність у середині 1990-х років. Рікі Енн Вілчінс тісно пов'язана з цією концепцією, зокрема завдяки її значному внеску у публікацію «Гендерквір: Голоси за межами сексуальної бінарності» (2002). У 1995 році Вілчінс опублікувала памфлет «In Your Face» («Тобі в обличчя»), у якому вперше використала термін «гендерквір». У цій публікації даний термін стосувався осіб зі складними або невизначеними гендерними проявами, що відрізняється від його сучасних визначень (Вілчінс, 1995).

У Західній Європі концепція небінарного гендеру, яку часто називають «**третім гендером**», набуває все більшого значення в рамках нової гендерної культури останнього десятиліття. Історично вона була поширена та задокументована в Центральній Африці, Америці, Азії та Океанії. В Індії, Бангладеш та Пакистані існує соціальна група, відома як хіджри. Цим особам при народженні присвоюється чоловіча стать (АМАВ), але вони функціонують поза чоловічою статтю. Більшість хіджр ідентифікують себе як небінарні, навіть якщо їхня зовнішність стереотипно жіноча (Naak, 2020). Індійські хіджри є простим, широко визнаним та широко задокументованим прикладом «третьої статі», яка повністю інтегрована в суспільство.

Розповіді про амазонок, жінок, які хоробро боролися у війнах, дає чітке уявлення про те, що стать не визначає соціальних ролей. У Беніні, Африка, особи, яким при народженні призначали жіночу стать (АФАВ), але які демонстрували культурно чоловічі риси, називалися «міно» та брали участь у війнах пліч-о-пліч з чоловіками, не маючи дітей і не вступаючи у стосунки з чоловіками (що очікувалося від жінок у той час). Сьогодні в Беніні жінки відповідають за завдання, що вимагають сили та точності, такі як носіння води, інші завдання, заборонені чоловікам (Krzemińska, 2023).

У Північній Америці дедалі більшої популярності набувають корінні американці, які ідентифікують себе як «**дводушні**» (Naak, 2020). Термін «Дводушний» був введений Майрою Ларамі у 1990 році. Воно походить від слова анішінаабе «ніїж манідуоуаг», що описує осіб з чоловічими та жіночими рисами. Одне з найчастіше цитованих значень стосується людини, яка має як чоловічу, так і жіночу душі (Jacobs, et al., 2021). Деякі племена визнають до чотирьох статей, тоді як інші мають власні гендерно-специфічні терміни. Дослідження культурного визначення гендеру, включаючи його найменування та значення, виявляє захопливі приклади, такі як доколоніальне гавайське суспільство, яке було багатогендерним суспільством (Titelbaum, 2020).

В англійській мові небінарні особи використовують однину «they» (вони) замість гендерних «he» (він) або «she» (вона). Цей підхід був підкріплений Американською психіатричною асоціацією, яка також рекомендує використовувати «they» в однині, коли гендерна ідентичність особи невідома (Naak, 2020).

Розуміння цих відмінностей є вирішальним для ефективної охорони здоров'я. Медичні працівники та інші працівники охорони здоров'я повинні пам'ятати, що пацієнт — це не просто тіло, яке потрібно зцілити, а й сукупність цінностей, норм та переконань, яких необхідно дотримуватися протягом усього процесу лікування. Тільки тоді охорона здоров'я буде ефективною та адаптованою до індивідуальних потреб пацієнта. Визнання культурних відмінностей не лише покращує якість медичної допомоги, але й збагачує медичну професію, підкреслюючи важливість емпатії та поваги в процесі одужання.

4.6. Психологічні механізми, що впливають на формування мультикультурних стосунків у медичному середовищі

Усвідомлення наших упереджень: Розкол на «нас» і «них» – це явище, присутнє в кожній соціальній групі, незалежно від походження, ієрархії чи цінностей, яких вона дотримується. Категоризація себе як «ми» та розрізнення інших як «вони» чи «них» – один із фундаментальних механізмів, який допомагає людям орієнтуватися у світі навколо них. Ймовірно, що корінна причина цього явища полягає в необхідності чіткого визначення груп, які становили загрозу або, принаймні, були чужоземними, що вимагає обережності та відповідних захисних дій. Усвідомлення того, що ми є частиною «своїх», створює сильне відчуття приналежності та безпеки. Як соціальні істоти, люди виражають це, зокрема, у своїх стосунках з іншими, часто несвідомо підкреслюючи свою приналежність до певної спільноти (Citlak, 2018).

Проекційні упередження: стосуються явища, коли людина припускає, що інші думають і відчувають так само, як вона. У психології цей механізм називається «проекцією» і вважається одним із захисних механізмів. Проекція передбачає приписування власних думок, емоцій чи рис іншим людям, часто виходячи з припущення, що інші поділяють схожі переконання чи почуття. Це спосіб, у який людина переносить свій внутрішній досвід на оточуючих людей чи ситуації, вважаючи, що її сприйняття та розуміння світу збігаються з її власним. Однак насправді кожна людина унікальна, з відмінними процесами мислення та сприйняття, а це означає, що сприйняття реальності та емоцій іншими може відрізнятися від нашого власного. Тому визнання права кожної людини на власну точку зору та інтерпретацію світу є фундаментальним аспектом її автономії та гідності (Claney, 2024).

Ще один термін, який може бути пов'язаний з цим явищем, — це «хибний консенсус». Це когнітивне упередження, за якого припускається, що більшість людей думають, відчувають і діють так само, як і вони, особливо в ситуаціях, коли їхні власні переконання чи поведінка не є широко поширеними (Chodkowski, 2017). Обидва ці механізми можуть призвести до непорозумінь, оскільки вони не враховують індивідуальні відмінності в мисленні, почуттях та сприйнятті реальності. Емпатичний підхід до ситуації, зокрема в розумінні контексту функціонування іншої людини, особливо стосовно пацієнта, допомагає нам краще зрозуміти її точку зору та перспективу. Люди часто роблять помилки атрибуції, намагаючись зрозуміти поведінку інших, не до кінця оцінюючи значення ситуаційних факторів.

Натомість вони зосереджуються на внутрішніх рисах або схильностях індивідів, навіть якщо зовнішні фактори можуть повністю пояснити спостережувану поведінку. Цей тип помилки відомий як **помилка відповідності** або **фундаментальна помилка атрибуції**. Він більш поширений у західних культурах, таких як Європа чи Сполучені Штати, ніж у країнах Далекого Сходу, що пов'язано з відмінностями в процесах соціалізації та сприйнятті соціальних ситуацій (Chodkowski, 2017).

Ще одним цікавим явищем, пов'язаним з атрибутивними помилками, є **атрибутивний егоїзм**. Він проявляється у приписуванні власних успіхів внутрішнім рисам, а невдачі – зовнішнім факторам. Такий спосіб мислення зміцнює наше почуття відповідальності за наші успіхи, водночас мінімізуючи нашу відповідальність за невдачі, діючи як захист нашого «я» та підвищуючи нашу самооцінку (Chodkowski, 2017).

Минуле століття надало вагомі докази, що підтверджують твердження соціальних психологів щодо глибокого, якщо не повного, впливу ситуацій на людські дії. Друга світова війна з її жахливими наслідками у вигляді концентраційних таборів та масового знищення потрясла наше попереднє розуміння людської природи. Триваюча війна в Україні з її жахами, що розгортаються, та незліченними випадками жорстокості та насильства стала ключовим орієнтиром у дослідженнях того, як ситуації формують індивідуальну поведінку. У цьому контексті важливо повернутися до відомого, хоча й суперечливого, експерименту, який значною мірою вніс свій вклад у наше розуміння людської природи, — **Стенфордського тюремного експерименту Філіпа Зімбардо**.



Філіп Зімбардо

Джерело: Надано фотографією Ferne Millen. Доступ отримано 6 червня

2025 року з

<https://philipzimbardo.com/>

Дослідження Зімбардо було однією зі спроб пояснити феномен нового зла (Zimbardo, 2017). Висновки, зроблені в результаті експерименту, чітко показали, що ситуації, створені панівною системою, є джерелом зла та перетворення добрих людей на розбещених та жорстоких істот. Стенфордський тюремний експеримент мав на меті зрозуміти, як швидко звичайні люди можуть перетворитися на осіб, які мають владу, або стати її жертвами через певні соціальні умови. Учасниками були студенти, які пройшли тести на особистість та інтелект, щоб виключити фактори, які могли б спотворити результати експерименту. Критерії відбору зосереджувалися на таких факторах, як схожа освіта, вік, соціальний статус та відсутність судимості чи психологічних розладів. Двадцять чотири студенти були

випадковим чином відібрані для участі в експерименті, де їх розділили на дві групи: ув'язнені та охоронці. Їм видавали спеціальний одяг, щоб підкреслити відмінності між двома групами; в'язні носили однакові сорочки з вишитими номерами, тоді як охоронці носили форму, що нагадувала солдатський одяг, зі специфічними атрибутами, такими як палиці та окуляри. Тим, кому було призначено роль охоронців, пояснювали характер їхніх обов'язків. Їхнім завданням було якомога ефективніше контролювати в'язнів, використовуючи відповідні засоби. Єдиною умовою була абсолютна заборона фізичного насильства.

Експеримент був розрахований на два тижні, але через драматичний перебіг та інтенсивність, з якою проявлялися очікувані ефекти, а також побоювання за психологічне та фізичне здоров'я студентів, його було припинено через тиждень. Першого студента-в'язня звільнили лише через 36 годин через явні ознаки психічного зриву.

Зімбардо дійшов висновку, що спостережувані зміни та патологічна поведінка були результатом не особистостей студентів, а радше ситуативних факторів, що підтримуються системою, яка визначається як умови та обмеження, накладені на початку експерименту. Він стверджував, що система, в якій функціонують люди, формує їхні погляди та поведінку, а люди є лише акторами, які грають заздалегідь визначені ролі. Їхня поведінка — поведінкові сценарії — суворо визначена ситуаціями, а отже, системою. Як сказав Зімбардо: «Система складається з агентів та інституцій, чия ідеологія, цінності та влада створюють ситуації та диктують ролі та очікування щодо схваленої поведінки акторів у межах її сфер впливу» (Зімбардо, 2017). Теорія Зімбардо припускає, що індивіди, які обіймають певні ролі в рамках певної системи, традиційно не несуть відповідальності за свої дії. Натомість вони відповідають нав'язаній їм ролі, а їхня поведінка є результатом ситуації, в якій вони опиняються, та очікувань, які на них нав'язує система — середовище, в яке вони поміщені з призначеними їм ролями (Zimbardo, 2017).

Роль медичного працівника, який втручається у сферу охорони здоров'я та надає медичну допомогу, дає унікальну ситуативну перевагу, якщо розглядати її з точки зору повноважень. Пацієнт та його близькі довіряють не лише своє здоров'я, а й часто своє життя, у руки фахівців. Ці стосунки ґрунтуються на винятковій довірі, яка несе відповідальність за рішення, що стосуються найціннішого: людського життя. У цьому контексті важливо пам'ятати, що пацієнт — це не об'єкт лікування, а суб'єкт — людина з унікальним походженням, культурою, вірою, статтю та іншими визначальними характеристиками своєї ідентичності. Тому вкрай важливо подолати будь-які бар'єри для доступу до лікування — від формальних перешкод до комунікаційних бар'єрів. Ефективна допомога вимагає усвідомлення та відкритості до різноманітності пацієнтів, що є невід'ємною умовою для точного визначення їхніх потреб та впровадження відповідних терапевтичних дій. Без розуміння індивідуальних обставин пацієнта важко говорити про цілісний та ефективний підхід до лікування. Більше того, існують незаперечні докази впливу психічного настрою пацієнта на процес лікування та одужання. Позитивний настрій може суттєво підтримати терапевтичні зусилля, а його розвиток вимагає емпатії, розуміння та врахування унікального контексту кожного пацієнта. Тільки завдяки свідомому та відкритому підходу можна досягти оптимальних результатів у сфері охорони здоров'я.

4.7. Расизм та структурне насильство як детермінанти психічного здоров'я – роль медичних працівників

Поняття раси виникло в Європі у 18 столітті з розвитком колоніалізму та природничих наук. Спочатку його використовували для класифікації тварин, а пізніше людей. Це один із найсуперечливіших соціальних та наукових конструктів у сучасній історії (Smedley, 2005).

Згідно з Оксфордським словником (2018), раса — це система класифікації людей на великі, окремі популяції або групи на основі спадкових зовнішніх характеристик (фенотипу), географічного походження, культури, історії, мови, етнічної приналежності та соціального статусу. На початку 20 століття цей термін часто використовувався в таксономічному сенсі, щоб підкреслити генетичне різноманіття людських популяцій, що визначається фенотипом.

Расова класифікація почалася з Карла Ліннея (1758), який розділив людство на чотири групи: європейців, африканців, азіатів та американців. Йоганн Ф. Блюменбах (1795) запропонував іншу класифікацію: європеоїдів, монголів, малайців, ефіопів та американців. Дивно, але ми й досі можемо знайти цю класифікацію. Досягнення в генетиці людини показали, що ці категорії є довільними (Yudell, 2011).

ЮНЕСКО відіграла важливу роль у викоріненні цієї наукової та соціальної концепції. У своїй Декларації 1950 року вона підтвердила, що раси не існують у біологічному плані, а є соціальними конструктами без генетичної основи. У наступних деклараціях вона спростувала наукову основу расизму, так само як у 1978 році підтвердила неіснування біологічних рас і розширила фокус, включивши соціально-історичні фактори: «Відмінності в досягненнях між народами пояснюються географічними, історичними, політичними, економічними, соціальними та культурними умовами, а не біологічними детермінантами». Документи ЮНЕСКО, перекладені 87 мовами, надихнули на створення таких правових документів, як Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (1965).

Антропологія пропонує замінити термін «раса» на «населення» або «етнічна приналежність». Мета полягає в тому, щоб відокремити людське різноманіття від псевдобіологічних ієрархій. Декларації ЮНЕСКО стали важливою віхою в цій деконструкції. Подолання расизму вимагає не лише наукових доказів, а й політичної волі.

Расизм є визнаним фактором ризику як для психічного, так і для фізичного здоров'я. Він впливає не лише на окремих осіб, а й на цілі спільноти через свій вплив на мікро (особистісному), мезо (інституційному) та макро (структурному) рівнях. Розуміння цих механізмів та їхніх наслідків має вирішальне значення для майбутніх медичних працівників, які повинні надавати справедливую та культурно компетентну допомогу.

Як показали Шулер-Очак та Моран (2023), расизм набуває багатьох форм — від міжособистісних упереджень та мікроагресії до системної нерівності в доступі до працевлаштування, освіти та охорони здоров'я. Було задокументовано, що досвід расової дискримінації збільшує ризик депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу, психотичних розладів та

зловживання психоактивними речовинами. Автори також висвітлюють нейробиологічні наслідки хронічного стресу, пов'язаного з дискримінацією, включаючи зменшення об'єму білої та сірої речовини мозку та гіперактивність мигдалини.

Шулер-Очак та ін. (2021) наголошують на необхідності інтеграції теми расизму в професійну підготовку та клінічну практику в психіатрії. Їхній звіт містить рекомендації для клініцистів та політиків щодо вирішення проблеми впливу расизму на психічне здоров'я на всіх рівнях — від освіти до досліджень та клінічної допомоги.

Ключовим аспектом є визнання та запобігання як інтерналізованому, так і інституційному расизму, а також необхідність критичного осмислення соціальних та культурних привілеїв. Джарвіс та ін. (2023) пропонують конкретні антирасистські стратегії на трьох рівнях:

- **Мікро:** саморефлексія, визнання особистих упереджень, розвиток культурної компетентності та готовність говорити про расизм з пацієнтами.
- **Мезо:** реформування освітніх програм, працевлаштування співробітників з питань рівності та різноманітності, а також реструктуризація установ.
- **Макро:** адвокація, реформа державної політики та боротьба з екологічним та структурним насильством.

Інтеграція цих перспектив у медичну освіту сприяє формуванню активного професіоналізму, що відповідає моделі EMPOWER, яка сприяє рефлексії, справедливості та цілісному підходу до догляду за пацієнтами.



Список літератури

- Banaszak, B., et al. (2003). System ochrony praw człowieka. Kraków.
- Bem, S. (2000). Męskość i kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2018). Textbook of cultural psychiatry. Cambridge University Press.
- Blumenbach, J. F. (1795). De generis humani varietate nativa (Originally published as dissertation, 1775). Gottingae: Vandenhoeck et Ruprecht. <https://archive.org/details/degenerishumanivooblum>
- Bugaj, J. (2015). Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/280877511>
- Chodkowski, Z. (2017). Zarys charakterystyki komunikacji interpersonalnej, możliwe zakłócenia i bariery. Kultura – Przemiany – Edukacja.
- Cianciara, D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. Hygeia Public Health, 50(4), 435–441.
- Citlak, A. (2018). Psychologiczne i językowe uprzedmiotowienie obcych (stereotypizacja i dehumanizacja wrogów). Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem, 40(4). <https://doi.org/10.19195/2300-7249.40.4.1>
- Claney, C. (2024). Projection as a defense mechanism: Understanding the psychology behind it. Relational Psych. <https://www.relationalpsych.group/articles/projection-as-a-defense-mechanism-understanding-the-psychology-behind-it>
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W: K. Klaus (Red.), Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.
- Haak, D. (2020, 9 kwietnia). Niebinarność oraz język neutralny płciowo. PPM. <https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMBc43009d2b07945598720ee82c58107dc>
- Jacobs, S. E., Thomas, W., & Lang, S. (1997). Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality. University of Illinois Press. https://transreads.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-07-22_60f978648ad9b_3175882.pdf
- Jarvis, G. E., Andermann, L., Ayonrinde, O. A., Beder, M., Cénat, J. M., Ben-Cheikh, I., Fung, K., Gajaria, A., Gómez-Carrillo, A., Guzder, J., Hanafi, S., Kassam, A., Kronick, R., Lashley, M., Lewis-Fernández, R., McMahon, A., Measham, T., Nadeau, L., Rousseau, C., Sadek, J., Schouler-Ocak, M., Wieman, C., & Kirmayer, L. J. (2023). Taking action on racism and structural violence in psychiatric training and clinical practice. The Canadian Journal of Psychiatry, 68(10), 780–808. <https://doi.org/10.1177/07067437231166985>
- Klaus, K. (2007). Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania. Warszawa.
- Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., & Kędziora-Kornatowska, K. (2010). Problemy wielokulturowości w medycynie. PZW.
- Krzemińska, A. (2023). Kobięce ramię zbrojne, czyli co wiemy o wojowniczkach z Dahomeju. Projekt Pulsar. <https://www.projektpulsar.pl/czlowiek/2202236,1,kobięce-ramię-zbrojne-czyli-co-wiemy-o-wojowniczkach-z-dahomeju.read>
- Leininger, M. (1981). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice. McGraw-Hill.
- Murphy, J. (2013). Health and Human Rights. Oxford-Ortland-Oregon.
- Linnaeus, C. (1758). Systema naturae (Vol. 1, 10th ed.). Holmiae: Impensis Direct. Laurentii Salvii. <https://www.biodiversitylibrary.org/item/10277>
- Schouler-Ocak, M., Bhugra, D., Kastrup, M. C., Dom, G., Heinz, A., Küey, L., & Gorwood, P. (2021). Racism and mental health and the role of mental health professionals. European Psychiatry, 64(1), e42. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2216>

Schouler-Ocak, M., & Moran, J. K. (2023). Racial discrimination and its impact on mental health. *International Review of Psychiatry*, 35(3–4), 268–276. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2155033>.

Oxford English Dictionary. (2018). Race. In *Oxford English Dictionary* (3rd ed.). Retrieved from https://www.oed.com/dictionary/race_n1

Parra, E. J., Kittles, R. A., & Shriver, M. D. (2004). Implications of correlations between skin color and genetic ancestry for biomedical research. *Nature Genetics*, 36(11 Suppl), S54–S60. <https://doi.org/10.1038/ng1440>

Prawo.pl. (2024). Dyskryminacja w środowisku medycznym jest poważnym problemem. Prawo.pl. <https://www.prawo.pl/zdrowie/dyskryminacja-w-srodowisku-medycznym,530399.html>

Smedley, A., & Smedley, B. D. (2005). Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *American Psychologist*, 60(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.1.16>

Strzemięczna, A. (2020). Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców: Badania na terenie województwa mazowieckiego. Warszawa.

Sztejnberg, A. (2001). Podstawy komunikacji społecznej w edukacji. Astrum.

Śmidowicz. (2016). Kulturowe uwarunkowania zachowań żywieniowych. DocPlayer. <https://docplayer.pl/158531363-Kulturowe-uwarunkowania-zachowan-zywniowych.html>

Tabaszewski, R. (2016). Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka. Wydawnictwo KUL.

Titelbaum, J. (2020). *The Evolution of Gender and Gender Identity in Contemporary Society. Lectures on the Psychology of Women*. McGraw-Hill Education.

United Nations. (1965). International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>

Wilchins, R. A. (1995). In your face. Political Activism against gender oppression. Digital Transgender Archive. <https://www.digitaltransgenderarchive.net/downloads/1831ck00f>

Yudell, M. (2011). 1. A Short History of the Race Concept. In S. Krimsky & K. Sloan (Ed.), *Race and the Genetic Revolution: Science, Myth, and Culture* (pp. 13–30). New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/krim15696-002>

Zgliczyński, W., & Cianciara, D. (2020). Badania nad barierami komunikacyjnymi w opiece nad cudzoziemcami.

Zimbardo, P. (2017). *Efekt Lucyfera* (A. Cybulko, J. Kowalczevska, J. Radzicki, & M. Zieliński, tłum.). PWN

Заключне осмислення: Відповідність культурній компетентності та моделі EMPOWER

від Малгожати Шкуп

У цьому розділі показано, що культурна ідентичність не є периферійним поняттям у медицині, а радше **фундаментальним елементом** у наданні **етичної, ефективної та орієнтованої на людину** медичної допомоги. Визнаючи роль культурних цінностей, переконань і традицій у формуванні досвіду та сприйняття пацієнтами здоров'я та хвороби, цей розділ тісно узгоджується з принципами моделі EMPOWER, зокрема з принципами мультикультуралізму, благополуччя, професіоналізму та освітніх ресурсів.

Акцент на ставленні до **пацієнта як до суб'єкта**, а не як до об'єкта догляду підкреслює заклик EMPOWER до гідності, автономії та партнерства у відносинах між пацієнтом та постачальником медичних послуг. Студентам та фахівцям нагадують, що успіх терапевтичних втручань залежить не лише від клінічної компетентності, а й від **культурної чутливості, взаємної поваги та відкритого спілкування**. Це узгоджується з відданістю EMPOWER емпатії, рівності та прав людини як невід'ємних компонентів медичної практики.

Обговорення в цьому розділі неявних упереджень, помилок атрибуції та механізмів проєкції дає уявлення про психологічні процеси, які часто залишаються поза увагою в клінічній практиці. Ці механізми, якщо їх не враховувати, можуть призвести до неправильного спілкування, неправильного діагнозу та зниження якості медичної допомоги. Модель EMPOWER заохочує фахівців розвивати самосвідомість та рефлексивні практики для розпізнавання та пом'якшення таких упереджень, підтримуючи більш точну, шанобливу та інклюзивну взаємодію.

Крім того, у розділі детальніше розглядаються наслідки **системного расизму та структурного насильства**, підкріплюючи точку зору моделі EMPOWER про те, що справедлива охорона здоров'я вимагає не лише міжособистісної усвідомленості, а й **інституційних змін**. Визнаючи расизм як фактор, що визначає психічне здоров'я, текст закликає до дій на мікро (особистому), мезо (організаційному) та макро (політичному) рівнях — саме той тип багаторівневої взаємодії, який пропагує EMPOWER.

Нарешті, інтегруючи знання з транскультурної медичної допомоги, глобальних систем прав людини та соціальної психології, розділ демонструє, що охорона здоров'я, яка ґрунтується на культурній компетентності, є одночасно **морально імперативною та практично необхідною**. Такий підхід готує студентів не лише до обслуговування різноманітних верств населення, але й до того, щоб стати носіями змін — відстоюючи **справедливість, інклюзивність та доброчесність** у системах охорони здоров'я.

Таким чином, цей розділ забезпечує не лише концептуальну основу, але й прямий шлях для застосування моделі EMPOWER у клінічній освіті та практиці, сприяючи цілісній, справедливій та орієнтованій на людину допомозі.



Хочете заглибитися?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та зміцнити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте.. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Розділ 5

Міжкультурна компетентність: Зміна перспективи та рефлексивна компетентність

МАРІЯ АННА МАРЧВАЦКА
Університет прикладних наук Остфалії (Німеччина)

“

Все зводиться до зміни перспективи та рефлексивної
компетентності!

5.1. Вступ

В охороні здоров'я та сестринській справі різноманітність — це не просто реальність, а визначальний фактор професійної практики. Кожна взаємодія, чи то з пацієнтами, колегами чи опікунами, формується різним культурним походженням, цінностями та стилями спілкування. Хоча таке розмаїття збагачує систему охорони здоров'я, воно також вимагає від нас розвитку підвищеного усвідомлення того, як культурні фактори впливають на медичну допомогу. Непорозуміння — мовні чи культурні — можуть перешкоджати орієнтованим на пацієнта підходам, а в деяких випадках навіть поставити під загрозу безпеку пацієнтів. **Як ми, як медичні працівники, можемо стати більш чутливими до культурних відмінностей? Як нам розвинути здатність змінювати перспективи та розмірковувати над власними упередженнями?**

Міжкультурна компетентність в охороні здоров'я полягає не в жорстких правилах, а в розвитку саморефлексивного, адаптивного мислення, яке сприяє інклюзивному, орієнтованому на пацієнта догляду.

У цьому розділі досліджуються концепції міграції, культури та міжкультурності з освітньої точки зору. У ньому підкреслюється важливість **рефлексивності, чутливості та сприйняття різних перспектив** як невід'ємних компонентів міжкультурної компетентності. Запропоновано дидактичний підхід, який допомагає медичним працівникам усвідомлювати власні культурні впливи, ставити під сумнів припущення та вступати в змістовну взаємодію з людьми з різним походженням.

Міжкультурна компетентність полягає не в опануванні набору заздалегідь визначених правил, а в розвитку відкритого, саморефлексивного мислення, яке дозволяє нам адаптуватися, навчатися та розвиватися у все більш взаємопов'язаному світі. Приймаючи цей процес, ми можемо зробити свій внесок у створення системи охорони здоров'я, яка буде не лише професійною та ефективною, але й справді інклюзивною та орієнтованою на людину. Давайте вирушимо в цю подорож роздумів та навчання, формуючи майбутнє, де різноманітність розглядатиметься не як виклик, а як сила.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої знання, навички та підходи до:

- Розвиток культурної чутливості в контексті взаємодії з пацієнтами
- Посилення міждисциплінарної та міжкультурної командної роботи в різних закладах охорони здоров'я
- Навчання ефективним та культурно чутливим методам комунікації в контексті мультикультурного догляду за пацієнтами
- Забезпечення безпеки пацієнтів з урахуванням культурного різноманіття
- Розвиток різноманітної організації охорони здоров'я

Результат навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Поміркувати над їхньою особистою точкою зору
- Розвивати навички сприйняття перспективи
- Визначати синергію між перспективами
- Змінювати перспективи та приймати різні точки зору

5.2. Культура – культурні посилання та взаємопов'язаність

Поняття культури було предметом багатьох різних наукових дискурсів. Дослідницькі підходи сягають корінням культурного антрополога Маліновського, піонера етнографічних польових досліджень (1932). Культурні антропологи Крюбер і Клакхон (1952) надають вичерпний огляд множинності визначень і водночас посилаються на динамічну концепцію культури, підхід якої розглядається як «теорія патернів культури», тобто культура передбачає розвиток і зміни. Наразі, залежно від дисципліни, термін «культура» трактується з різних точок зору та наукових парадигм (Hansen, 2000; Bolten, 2007; Moosmüller, 2007; Straub, 2004).



Культура певної групи ґрунтується на системі колективних знань, які наділяють групу її почуттям мети та ідентичності. Водночас вона сповнена символів, знаків та умовностей, засвоєння яких відбувається в процесі соціалізації. Однак ці символи, знаки та умовності не є фіксованими; радше, вони можуть інтерпретуватися та використовуватися окремими людьми гнучко (Marchwaska, 2021). Отже, культура не може бути статичною і не піддається повній згоді щодо культурної системи норм, оскільки культура не є однорідною. Швидше, вона характеризується суперечностями та перекриттями в різних вимірах (вік, мова, освітній статус, етнічна приналежність, професія тощо). Міжкультурне перекриття між собою та іншим, або «Інакшість», як її концептуалізували Беннетт (2016) та Беннетт (2004), очевидне майже в усіх аспектах охорони здоров'я та соціальної допомоги в мультикультурному суспільстві. Видимі аспекти, такі як мовні навички та харчові звички, сприймаються переважно у повсякденному житті, тоді як основні цінності, норми та виправдання залишаються здебільшого прихованими. У контексті культурної сенсифікації ці основні аспекти потребують чіткого вивчення з іншою людиною та її точкою зору. Невидимі аспекти створюють найбільший виклик для адекватної комунікації та побудови стосунків як основи роботи в охороні здоров'я (рис. 7).



Рис. 7. Культурні аспекти та рівні рефлексії (Marchwaska, 2021, 2022)

Ці взаємодії можуть призвести до непорозуміння, почуття невпевненості та, іноді, розчарування через непередбачувані реакції, переконання та системи цінностей, оскільки люди з різними культурними орієнтаціями можуть зіткнутися з браком розуміння та невпевненістю, стикаючись з поглядами, що відрізняються від їхніх власних.

Переплетення «я» та «іншого» (інакшості), а також різноманітність культурних посилянь індивіда свідчать про те, що залежно від партнера по взаємодії здійснюється різна диференціація, і що неможливо провести однорідну та однозначну межу. Стать, ресурси, вік та субкультури демонструють взаємодію в межах етнічної групи чи лінгвістичної культури. Щоб проілюструвати це, розглянемо гіпотетичне онкологічне відділення. У відділенні може лікуватися літня пацієнтка, рідною мовою якої є турецька, і яку часто відвідують родичі, а також самотня російськомовна бізнес-леді, яка, незважаючи на свої соціально-культурні ресурси, може не мати підтримки членів сім'ї через своє міжнародне проживання. Останнім пацієнтом може бути неповнолітній з Афганістану, який має лише базове розуміння місцевої мови. Життєвий досвід пацієнтів свідчить про різні процеси соціалізації та ресурси, незважаючи на їхній міграційний досвід та приналежність до довільно сформованої групи «мігрантів». Крім того, ці люди мають різні можливості для участі та, в деяких випадках, механізми розмежування. Зокрема, мовні бар'єри, спричинені недостатнім володінням німецькою мовою, можуть перешкоджати спілкуванню, призводячи до відчуття втрати мови та, як наслідок, до психологічного дистресу (Kürsat-Ahlers, 2000). Це явище зберігається навіть серед людей з вищим рівнем освіти, що підкреслює проблеми, які виникають через лінгвістичні відмінності в спілкуванні. Така скрутна ситуація часто породжує почуття невдоволення, а також відчуття безсилля перед обличчям нездатності висловитися та задовольнити лінгвістичні очікування. Варто зазначити, що фахівці з іноземних країн часто стикаються з цим явищем.

Це пов'язано з їхнім порівняно слабшим володінням німецькою мовою, що призводить до того, що їхні спеціалізовані знання, особливо в таких галузях, як анамнез та консультування, не висловлюються ефективно, і, як наслідок, їх недооцінюють.

Осі відмінностей» (Кнарр, 2008) можна класифікувати як вертикальні (німецькі/німецькі) або «поперечні» (гетеросексуальні/гомосексуальні). Ці осі можуть породжувати треті ефекти через зміщення та спотворення, що призводить до появи «проміжних просторів» (Dietze, 2008). Щоб проілюструвати це явище, можна розглянути приклад турецького лікаря, який стикається з дискримінацією як у соціальній сфері, так і у своєму професійному житті (через мову та культуру). Однак лікар може одночасно ігнорувати повсякденний досвід, що включає механізми розмежування, такі як соціально-економічний статус (лікар), стать та освітній статус (академічний), у межах власного соціального та економічного середовища.

І навпаки, прийняття інтерсекційної перспективи як «інтегрального» мислення (Walgenbach, 2007) має потенціал сприяти продуктивній самокритиці гегемонії (Dietze, 2008) та дозволяє розглядати індивідів як складні сутності, що включають різні сфери владних або маргіналізуючих відмінностей (Grewal & Kaplan, 1994). Вкрай важливо визнати, що міжсекційні категорії не слід тлумачити як невід'ємну сутність, а радше як контекстно-залежні категорії, схильні до змін у часових та географічних межах (Dietze 2008).

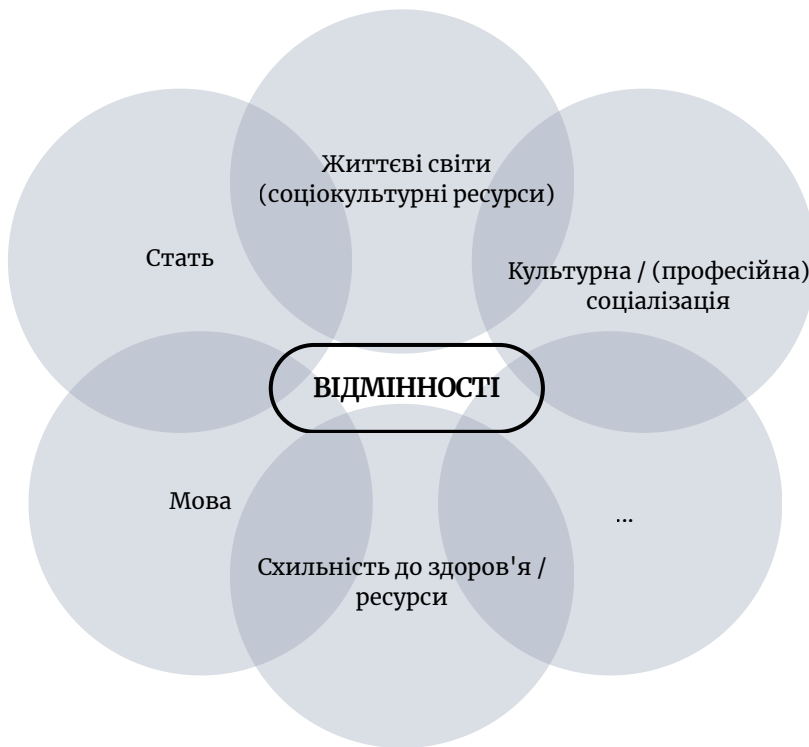


Рис. 8. Різноманітність та взаємозалежність (власна розробка на основі Mecheril & Seukwa, 2006; Bourdieu, 1982)

Підсумовуючи, зустрічі у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги з представниками різних груп та культурного розмаїття слід розглядати як процеси навчання та освіти в професійних умовах. Взаємодія в професійних умовах відбувається в різних ролях (наприклад, фізіотерапевт, терапевт, пацієнт, клієнт) та вбудована в соціальні структури (наприклад, клініки, реабілітаційні центри) і обмежена структурами влади, ієрархіями та економічними обмеженнями. Процеси, за допомогою яких узгоджуються ці різні фактори, можуть і повинні бути включені до навчання, яке надається працівникам та фахівцям охорони здоров'я та соціальних служб. Міжкультурне навчання є важливим компонентом професійної підготовки, особливо щодо орієнтації на пацієнта та його безпеки. У цьому контексті зустрічі, що сприяють міжкультурному розумінню, можна вважати новаторськими, оскільки вони виявляють проблеми комунікації, які можуть сприяти самоаналізу щодо власної ідентичності та ролі, а також здатності закладу розвиватися як організація, що навчається. Для вирішення цих викликів важливо розвивати міжкультурну компетентність на індивідуальному рівні поряд з управлінням різноманітністю на структурному рівні, замінюючи монокультурну орієнтацію, яка традиційно характеризувала заклади охорони здоров'я..

Центральним моментом, який слід детальніше розглянути, є те, що концепція культурного різноманіття в охороні здоров'я не є статичною; вона радше формується різноманітними динамічними та взаємопов'язаними факторами, такими як мова та соціалізація. Важливо зазначити, що ефективна міжкультурна комунікація вимагає усвідомлення як видимих, так і невидимих культурних елементів, оскільки це сприяє орієнтації на пацієнта. Відмінності в рамках інтерсекційності, такі як соціально-економічний статус, стать та етнічна приналежність, впливають на динаміку влади та можливості участі в охороні здоров'я. Важливо включити міжкультурне навчання та управління різноманітністю до професійної підготовки для підвищення безпеки пацієнтів та інституційної адаптивності.

5.3. Культурне різноманіття: приклад Німеччини

Культурне розмаїття населення характеризується співіснуванням безлічі мов, релігій та вірувань, прикладом яких є країни імміграції, такі як Німеччина, що підкреслює їхній мультикультуралізм (культурне розмаїття). Причини імміграції різноманітні, включаючи економічні, політичні та сімейні мотиви, а також різні рівні ресурсів. У дослідженнях міграції часто обговорюється концепція «чинників притягання та відштовхування» (Bade & Oltmer, 2004). До **факторів, що спонукають** до цього, належать, зокрема, війни, бідність, голод та неадекватні системи охорони здоров'я. І навпаки, **фактори, що приваблюють**, пов'язані з обіцянкою кращого майбутнього, можливостями для кар'єрного зростання та доступом до освіти.

Значною галуззю досліджень в освітніх науках є біографічні освітні траєкторії та рівні можливості в системах освіти. Ця галузь зосереджена на нерівності освітніх можливостей, структурах влади та (інституційній) дискримінації,

розкриваючи ці критичні проблеми (Gogolin, 2019; Toprak & Weitzel, 2017). В результаті, заклики до рівності в освіті, управління різноманітністю та міжкультурної компетентності (культурне розуміння та адаптивність) не обмежуються лише системами освіти, а поширюються на всі структури міграційного суспільства, яке визнає різноманітність та цінує інклюзію. Згідно з мікропереписом, 70% людей, які проживають у Німеччині, не мають міграційного минулого, тоді як 30% мають, з яких 10% – іноземці без німецького громадянства (Statistisches Bundesamt, 2023). Подібна тенденція спостерігається серед дітей віком до п'яти років, причому їхня частка сягає близько 40%. Сектор охорони здоров'я в Німеччині переживає постійний приплив іноземних фахівців, при цьому частка працівників з міграційним минулим у сфері охорони здоров'я оцінюється в 15%. Найбільша частка цих фахівців припадає на сферу догляду за людьми похилого віку, яка становить 30% (Sachverständigenrat für Integration und Migration, 2022).

У статистиці охорони здоров'я група «мігранти» або розуміється як однорідна група, або диференціюється відповідно до двох категорій: «ненімці» та «особи з міграційним походженням» (RKI). Хоча ця категоризація є важливою, до неї слід підходити з чутливістю та розглядати її критично, оскільки вона несе ризик дихотомізації (бінарного мислення) «ми» (німці) проти «інших» («мігрантів»). Конструювання етнічної групи та її сприйняті особливості часто підтверджуються та посилюються статистичними даними, а фактори ризику для здоров'я, такі як залежна поведінка (наприклад, споживання алкоголю) або ожиріння, реєструються відповідно до етнічної приналежності (наприклад, «російська» або «турецька» молодь). Однак дані рідко диференціюються за такими факторами, як тривалість міграції, соціально-економічні ресурси або інші змінні (наприклад, мова та стать) (Marchwaska, 2013). Як наслідок, така форма звітності може призвести до формування однорідних груп мігрантів та посилення дихотомізації.

Соціальна конструкція «людей з міграційним минулим» не відображає однорідного явища, оскільки не можна очікувати єдиної картини їхнього життя. Натомість, міграцію слід розглядати як **динамічний процес**, який змінюється, незважаючи на певні біографічні подібності, зокрема:

- Досвід дорослішання в етнічних спільнотах (етнічна однорідність), де індивіди отримують відчуття безпеки від єдності групи.
- Досвід дорослішання у двох лінгвістичних культурах: рідній мові батьків та німецькому середовищі. Рідна мова батьків підкреслює почуття приналежності, яке відіграє значну роль у формуванні ідентичності.

Крім того, визнання синергетичного ефекту культурного різноманіття у формі гібридних ідентичностей стає можливим завдяки дорослішанню в дво- або тримовних сім'ях (Marchwaska, 2022). На хід міграційних процесів можуть впливати як лінгвістичні, так і соціокультурні та економічні ресурси. Наприклад, володіння англійською мовою як рідною може слугувати ресурсом, що сприяє міграційним процесам. Крім того, освітній статус, отриманий до міграції до Німеччини, або освітній статус батьків, може впливати на індивідуальний розвиток та соціальну участь (Marchwaska, 2013).

І навпаки, кваліфіковані працівники, які мають тонке розуміння німецької мови та добру освіту, але не мають сімейних, шкільних чи навчальних зв'язків, можуть зіткнутися з обмеженнями у своїй соціальній інтеграції, що потенційно може призвести до почуття ізоляції. Крім того, іноземні кваліфіковані працівники стикаються з перешкодами для належного визнання своєї кваліфікації (Döring, 2019; Best, et al. 2019), що обмежує їхню професійну інтеграцію. Теоретична та практична кваліфікація, отримана за кордоном, переживає нову реальність у Німеччині, наприклад, щодо систем догляду та документації, а також сфер відповідальності, компетенцій та методів роботи. Було показано, що це призводить до плутанини та невдоволення серед членів команди (Шильген та ін., 2019).

Міграція не є однорідним явищем; це динамічний процес, на який впливають лінгвістичні, соціально-культурні та економічні чинники. Ці фактори формують індивідуальний досвід та професійну інтеграцію.

Тому рекомендується розглядати термін «мігранти» як гетерогенну групу, приділяючи увагу індивідуальному потенціалу розвитку, ресурсам та міграційним процесам, що впливають на соціалізацію, включаючи професійну соціалізацію. З огляду на дедалі різноманітніші міграційні процеси та зростання кількості пацієнтів, клієнтів та мешканців з міграційним походженням, постачальники медичних послуг та послуг стикаються з проблемою врахування різноманітності серед стажерів, фахівців, пацієнтів та клієнтів (Schilgen та ін., 2019).).

До цього слід підходити в дусі інклюзивного суспільства та пацієнтоорієнтованої допомоги. Дискурс має перейти від інтеграції, яка часто сприймається як дефіцит, до інклюзії, яка наголошує на рівноправній участі та залученні всіх осіб незалежно від їхніх можливостей та обмежень, гендерних ролей, лінгвокультурного та етнічного походження, соціального середовища, сексуальної орієнтації чи політико-релігійних переконань (Hinz, 2015).

Системи охорони здоров'я та освіти повинні перейти від інтеграційної перспективи, яка часто сприймається як дефіцит, до інклюзивно-орієнтованого підходу. Такий підхід забезпечує рівну участь та цінує різноманітність у всіх її формах.

5.4. Міжкультурна освіта як процес взаємодії

Міжкультурність визначається як процес взаємодії, що виникає через культурний контакт, причому процесний характер ситуації взаємодії визначається як «міжкультура» (процес «поміж») (Болтен, 2007). У сфері лікарської та сестринської освіти «міжкультуру» можна розглядати як багатогранний процес навчання, що охоплює набуття навичок та розвиток схильності розуміти інших та бути зрозумілими ними, плекати стосунки, що характеризуються взаємним визнанням та вдячністю, взаємодіяти в спосіб, орієнтований на пацієнта та комунікативний, а також вирішувати конфлікти за допомогою аргументативних засобів. Розуміння міжкультурної динаміки має слугувати основоположним принципом комунікативної поведінки.

Ці аспекти включають здатність:

- розпізнати намір окремої особи,
- зрозуміти сенс,
- вловлювати значення в контексті,
- розуміти іноземну мову,
- визначати причини та розпізнати явище,
- розвивати розуміння людей та їхньої ситуації (Heringer, 2004).

Лікування та догляд за людьми з їхніми індивідуальними потребами та в їхній особливій ролі як пацієнтів вимагає розуміння в герменевтичному сенсі (мистецтво інтерпретації за Гадамером, 1972). У цьому контексті мова як засіб комунікації залишається в центрі розуміння. Міжкультурне навчання передбачає як мову (іноземну мову: це охоплює не лише вербальне спілкування, таке як німецька, англійська, італійська та інші мови), так і невербальні та паравербальні елементи, які можуть створювати труднощі, особливо в контексті міжособистісних стосунків. Наприклад, спосіб початку розмови, такий як вимова імен або використання діалектів, може суттєво вплинути на розвиток позитивних стосунків або призвести до роздратування. Крім того, на характер взаємодії впливають різні фактори, включаючи, але не обмежуючись віком пацієнта або клієнта, мовними навичками, конкретними обставинами догляду або лікування та контекстом взаємодії (наприклад, лікарня або реабілітаційний центр). Ці фактори відіграють вирішальну роль у розвитку та підтримці комунікації та стосунків, які мають першорядне значення в міжкультурних контекстах, пов'язаних з наданням медичної допомоги.

Ауернхаймер (2003, 2008) визначає чотири ключові фактори, що впливають на міжкультурну комунікацію:

- асиметрія влади,
- колективний досвід,
- само- та зовнішнє сприйняття,
- культурні моделі.



Асиметрія влади: пацієнти стикаються з ролями, призначеними їм як респондентам у комунікативних діях (під час лікування, втручання або процесу догляду), що обмежує автономію та одночасно підкреслює дисбаланс влади. Очевидний дисбаланс сил перешкоджає взаємодії, що ще більше посилюється нерозумінням системи охорони здоров'я або мови.

Колективний досвід: ставлення та очікування пацієнтів щодо медичної допомоги, лікарів та інших медичних працівників залежать від їхнього особистого досвіду, а також від досвіду членів їхніх сімей та друзів.

Самосприйняття та сприйняття інших: Вибіркове сприйняття інших за певних обставин може призвести до культурного есенціалізму та узагальнень. У клінічному контексті сприйняття пацієнтами медсестринського персоналу та лікарів залежить від страхів, занепокоєння та покірності, що призводить до узагальнення індивідуального досвіду (наприклад, уявна нестача часу на запитання, обмежене спілкування, поспішна взаємодія) (Медсестринський персонал приділяє мало часу, не слухає). The involvement and associated emotions can also impact the relationship between the patient and health professional, as well as on interprofessional team building.

Різниця в культурних моделях: Культурні моделі формуються спільним досвідом, а не національним походженням, на них впливають ставлення до життя, соціально-культурні контексти, мова, що використовується. Отже, культурні моделі вважаються соціально сконструйованими, сформованими особистим досвідом людей у повсякденному житті та на роботі. Ці патерни можна класифікувати за різними середовищами (Nohl, 2013), що може призвести до переживання дивності або відмінності. Процес створення «іншості» (Bennett & Bennett, 2004): «Вони є...», «Це типово для...» характеризує форму (сконструйованої) культурної специфічності, яка потенційно може призвести до труднощів у спілкуванні.

Підсумовуючи, критичні елементи комунікативних процесів або комунікативних розладів (рис. 9) включають використання мови, форми спілкування, біографічний досвід та культурну приналежність. Ці елементи є центральними для міжкультурних ситуацій.



Рис. 9. Конструювання «Я-/Ми проти Іншого» та соціальне сприйняття

У контексті професійної взаємодії порушення комунікації між медичними працівниками та пацієнтами/клієнтами, а також між самими медичними працівниками призводить до роздратування та непорозуміння. Коли ці роздратування та непорозуміння усвідомлюються, вони можуть служити каталізаторами процесу навчання в професійному середовищі. У процесі навчання можна враховувати суб'єктивні сприйняття та досвід відмінностей, а також взаємні очікування та вплив власної мови. Цього можна досягти за допомогою сценаріїв, орієнтованих на зворотний зв'язок, що враховують точку зору пацієнта, та в міжпрофесійному середовищі. Навчальні сценарії можна впроваджувати в різних умовах, включаючи освіту, професійну підготовку, безперервну освіту, школу та робоче місце. Ці сценарії сприяють професійному розвитку з метою безпеки пацієнтів та орієнтації на них. Ключовою передумовою для цього є структурований зворотний зв'язок та саморефлексія, які зрештою сприяють міжкультурній компетентності.

У сфері охорони здоров'я міжкультурне навчання охоплює більше, ніж просто розуміння різних культурних структур — воно передбачає справжню взаємодію, ефективну комунікацію та встановлення довірливих стосунків з пацієнтами та колегами. Визнаючи динаміку влади, культурні перспективи та комунікативні проблеми, люди можуть розвивати необхідні компетенції для надання орієнтованої на пацієнта допомоги та ефективної співпраці в рамках різноманітних команд.

5.5. Розвиток рефлексивної компетентності

Посилаючись на концепцію компетентності Ерпенбека та Заутера (2000) і Вагнера та Заутера (2017) та розуміння компетентності як самоорганізаційних диспозицій, міжкультурну компетентність (культурне розуміння та адаптивність) можна розглядати як схильність до належного використання навичок та здібностей (у поєднанні з мотивацією та волею) в міжкультурних ситуаціях. Аллеманн Гюнда (2009) наголошує, що міжкультурна компетентність (культурне розуміння та адаптивність) повинна дозволяти людям реагувати в ситуаціях культурного контакту чи конфлікту без нерозуміння, роздратування та неправомірної поведінки. Однак ефективна комунікація характеризується розумінням, толерантністю до неоднозначності та бажанням спілкуватися та поводитися зрозуміло. По суті, ефективна комунікація вимагає цілеспрямованого та рефлексивного процесу навчання (Forster 2014, Geier 2016), який сприяє особистісному розвитку. Рефлексивна компетентність є важливою для сприяння міжкультурному взаєморозумінню в медичних закладах. Ця компетентність виходить за рамки технічних навичок, заохочуючи людей критично оцінювати свої дії, переконання та взаємодію в культурному контексті (Moosmüller, 2020). Наприклад, медичні працівники повинні розмірковувати над тим, як їхнє власне культурне походження та професійна підготовка впливають на їхнє сприйняття та підходи до лікування. Ця компетентність є невід'ємною частиною побудови довіри, забезпечення справедливої медичної допомоги та подолання складної культурної динаміки в клінічних та освітніх умовах.

Відповідно до моделей міжкультурної компетентності Кампінья-Бакоте (2002) та Мусмюллера (2020), для характеристики міжкультурних ситуацій можна виділити такі елементи (рис. 10):

- Культурний відбиток: усвідомлення власного світу досвіду та культурного відбитку в процесі навчання та соціалізації, а також поведінка, рутина/звички, що з цього випливають.
- Конструювання его-іншості (зміна перспективи): сприйняття іншого та вплив власної мови, комунікації та поведінки на партнерів по взаємодії; тут слід свідомо сприймати як емпатію, так і амбівалентність емоцій.
- Стратегії дій на особистому рівні: потенційні варіанти дій у контексті переговорного процесу та рефлексія над власною роллю та ставленням.
- Стратегії дій у міжсекційному розумінні: потенційні напрямки дій у контексті переговорних процесів з акцентом на існуючі структури влади та їх аналіз.



Рис. 10. Рефлексивна міжкультурна компетентність (Marchwaska 2017, 2022)

Отже, міжкультурну компетентність слід розуміти як безперервний процес рефлексії, що є невід'ємною частиною навчання. Вона характеризується здатністю враховувати власний досвід, різноманітні інтерпретації ситуацій та зіткнення з відносинами влади, що вимагає часу та простору для належного осмислення. Процес навчання зосереджений на досягненні двох основних цілей. По-перше, це розвиток рефлексивного усвідомлення власної культурної та лінгвістичної соціалізації, що стосується відчуття колективної приналежності. По-друге, це дослідження та аналіз власного впливу на інших через зміну/зсув перспективи. Для досягнення цієї мети важливо свідомо визнати наявність емпатії та амбівалентності емоцій. Головна мета має два аспекти: по-перше, інтроспективно дослідити власну роль та соціальні структури в контексті міжкультурних сценаріїв; по-друге, методично проаналізувати потенційні дії, на які впливають емоції та амбівалентність.

Набуття міжкультурної компетентності (культурного розуміння та адаптивності) слід розглядати як процес навчання протягом усього життя, який вимагає часу та простору для рефлексії над досвідом, інтерпретації ситуацій та зіткнень з владними відносинами. Процес навчання наголошує на:

- Рефлексивне усвідомлення власної культурно-лінгвістичної соціалізації (колективної приналежності).
- Дослідження та аналіз власного впливу на інших через зміну точки зору.

Визнання емпатії та амбівалентності емоцій. Головна мета цього процесу є двоякою: по-перше, проаналізувати свою роль та владні структури в міжкультурних ситуаціях, а по-друге, проаналізувати можливості дій, пов'язані з емоціями та амбівалентністю.

Набуття міжкультурної компетентності, яка охоплює культурне розуміння та адаптивність, слід розглядати як процес навчання протягом усього життя, що вимагає спеціально виділеного часу та простору для роздумів над власним досвідом, різноманітних інтерпретацій ситуацій та взаємодії з владними відносинами. Процес навчання зосереджений на двох ключових аспектах: по-перше, інтроспективному дослідженні власної культурної та лінгвістичної соціалізації, що охоплює колективні приналежності; та по-друге, дослідженні та аналізі власного впливу на інших через зміну перспективи. Емпатія та амбівалентність емоцій повинні бути свідомо усвідомлені. Мета має два аспекти: по-перше, інтроспективно дослідити власну роль та соціальні структури в контексті міжкультурних сценаріїв; по-друге, методично проаналізувати потенціал для дії, враховуючи емоційні нюанси та амбівалентність, властиві цим ситуаціям. Міжкультурне навчання концептуалізується як форма соціального навчання, що наголошує на принципах діалогу та автономії індивідів у соціальних структурах. Такий підхід ставить суб'єктів у центр уваги, визнаючи їхню здатність діяти та приймати рішення. У цьому відношенні процеси навчання та освіти є динамічними та відбуваються в контексті комунікації та взаємодії, вбудованих у соціальне середовище.

Процес навчання зосереджений на управлінні розбіжностями та структурами влади, а також на процесах переговорів, з акцентом на набуття ключових компетенцій для ефективних дій.

Процеси переговорів вимагають від учасників взаємодії толерантності до розчарування та неоднозначності, щоб витримувати розбіжності та дотримуватися принципу діалогу в аргументації. Вони також вимагають здатності вирішувати конфлікти та співпрацювати, оскільки прийняття рішень у рамках владних структур передбачає конфлікти. Можливі стратегії генеруються у спільному дискурсі, через (само) оцінку та розуміння. Основна увага приділяється набуттю навичок у відкритих та складних ситуаціях у сенсі навичок самоорганізації, згідно з Ерпенбеком та Зауером (2000). Автентичні (міжкультурно охарактеризовані) професійні ситуації є відправною точкою для процесів навчання, орієнтованих на знання.

Міжкультурна компетентність визначається як комплексний набір навичок та якостей, що дозволяють людині ефективно орієнтуватися та спілкуватися в різних культурних контекстах. Вона охоплює більше, ніж просто знання; це радше безперервний процес навчання протягом усього життя, який вимагає рефлексії, емпатії та адаптивності. Взаємодіючи з різними культурними поглядами, важливо виділити час для самоаналізу, обмірковування власного особистого досвіду та впливу власних дій на взаємодію з іншими. Розвиток міжкультурної компетентності ґрунтується на принципах діалогу, самосвідомості та готовності долати складні ситуації з відкритим розумом.

5.6. Давайте змінимо нашу перспективу та відійдемо від есенціалізму

У світі, що характеризується культурним розмаїттям, подолання відмінностей може бути одночасно викликом і можливістю. Мовні бар'єри, культурні непорозуміння та приховані інституційні упередження можуть спочатку здатися лякаючими. Однак вони також є важливими моментами для зростання та навчання. Уявіть, що ви зустрічаєте пацієнта, чиє культурне походження або світогляд суттєво відрізняються від вашого власного — як би ви подолали цю прірву? Як ви можете забезпечити, щоб кожен відчував себе поміченим, поважаним та цінним? Такі ситуації вимагають більше, ніж технічної експертизи; вони потребують рефлексивної компетентності, емпатії та сміливості кидати виклик власним припущенням. Приймаючи ці виклики, людина не лише долає бар'єри, але й активно формує більш інклюзивне та справедливе майбутнє. Розвиток рефлексивної компетентності дозволяє трансформувати непорозуміння у змістовні зв'язки, будувати довіру та створювати рішення, що вигідні для всіх сторін. Кожна перешкода таким чином стає можливістю для особистісного та професійного зростання.

Критичний інцидент

Метод критичного інциденту вперше був запропонований Фланаганом у 1954 році, а згодом переглянутий у 1963 році. Цей метод базується на критичних професійних ситуаціях, що характеризуються моментами напруги та роздратування. Було продемонстровано, що цілеспрямований аналіз та обробка цих ситуацій сприяє розвитку рефлексивної компетентності.

Цей підхід наразі використовується в різних контекстах, включаючи, але не обмежуючись:

- як якісний метод дослідження,
- для управління помилками,
- в університетській дидактиці (Marchwacka et al., 2021).

Метод можна розуміти як безпосереднє спостереження за поведінкою людини в конкретній критичній ситуації, події з різними потенційними причинами, яке аналізується протягом усього процесу навчання для сприяння розумінню таких критичних ситуацій. Серед різних факторів, що сприяють таким непорозумінням, є «багаті точки» (Agar, 1994), які також відомі як камені спотикання, що виникають через культурні особливості в комунікації. Ці елементи можуть перешкоджати ефективному лінгвістичному аналізу. Непорозуміння можуть виникати, наприклад, через різні підходи до використання формальних та неформальних форм звертання, гучності, що використовується в спілкуванні, або використання титулів.

Процеси навчання, що базуються на критичних інцидентах, на які впливає культурна поведінка, комунікація (Marchwacka et al., 2021, 2022), та які аналізують міжкультурні взаємодії з урахуванням афективних рівнів, мають здатність зміщувати перспективу людини з себе на іншого. Ця зміна перспективи може супроводжуватися процесом саморефлексії, що характеризується сумнівом у особистих переконаннях та звичних реакціях. Це також може породжувати почуття розчарування та невизначеності. Ці емоції, що виникають з почуття розчарування та невизначеності, можуть служити каталізатором для початку процесу навчання, що стимулюється залученням як до власних емоцій, так і до емоцій інших. Також було показано, що багатоточковий погляд на ситуацію дозволяє дистанціюватися не лише від власної ролі, але й від ролі пацієнта. У свою чергу, це сприяє рефлексивному ставленню (а не есенціалізму) до різних культурних та мовних приналежностей, що може допомогти покращити безпеку пацієнтів, з одного боку, та розширити можливості участі в системі охорони здоров'я, з іншого.

Аналіз критичних інцидентів слугує практичним інструментом для розвитку рефлексивної компетентності. Досліджуючи конкретні ситуації, в яких виникають культурні непорозуміння, фахівці можуть виявити основні припущення, упередження та сфери для розвитку. Цей рефлексивний процес перетворює складні зустрічі на цінні можливості для навчання.

Критичні інциденти пропонують можливість свідомо пережити культурні зв'язки та поміркувати над відіграною роллю та її впливом на мета-рівні. Одночасно, приймаючи інші точки зору, люди отримують критичну дистанцію від себе та своєї культурної приналежності — процес навчання, який сприяє інтерпретації та перегляду власної точки зору.

Ці критичні ситуації взаємодії функціонують як можливості для аналізу культурних зв'язків та розробки інтерпретаційних і дискурсивних стратегій дій. Зрештою, ці стратегії покликані формувати професійні ситуації самостійно та компетентно.

Було показано, що застосування аналізу критичних інцидентів у професійному середовищі заохочує фахівців розглядати різні точки зору, а не покладатися на есенціалістські погляди на культуру. Було продемонстровано, що цей процес саморефлексії сприяє самосвідомості та міжкультурній компетентності, заохочуючи розуміння різних точок зору. Аналізуючи складні сценарії, люди розробляють стратегії для більшої адаптивності та відкритості у професійній взаємодії.

5.7. Висновок

Підсумовуючи, слід наголосити, що культура та нація/суспільство не є конгруентними. У суспільстві різні культури співіснують та взаємопов'язані, тому люди зазвичай можуть належати не лише до однієї культури, а й до кількох. Це дозволяє їм здійснювати свободу дій, даючи їм змогу «перемикатися» та дотримуватися норм інших культур (наприклад, мовних та професійних), щоб діяти належним чином у певній ситуації. Цю здатність можна розглядати як результат процесів навчання. Отже, перетин та взаємопов'язаність культур слід розглядати як норму, враховуючи, що кожна культурна атрибутція демонструє взаємозалежності. Залежно від виміру диференціації, ми конструємо культурні образи «жінок», «акушерок», «осіб з міграційним досвідом», «німців» та «наркоманів». Залежно від контексту та партнерів по взаємодії, ми також коригуємо мову та форми спілкування, про що свідчить використання професійної мови фельдшером швидкої допомоги під час роботи з колегою-жінкою, використання технічної мови в академічному контексті під час конференції з терапевтичних наук, використання мови пацієнта з пацієнтками/клієнтками та використання мови міжпрофесійної команди (Marchwaska 2019, Skintey & Marchwaska 2022). Отже, це явище можна зрозуміти крізь призму формування ідентичності, на яке впливають такі фактори, як професія, суспільство, етнічна приналежність та процеси приналежності. Однак важливо зазначити, що ці взаємодії також можуть призвести до встановлення меж, оскільки розмежування стають очевидними, коли виникають непорозуміння. В медичних закладах ці непорозуміння вимагають вжиття заходів для забезпечення адекватного лікування, що підкреслює важливість рефлексивної компетентності у професійній взаємодії.

Рефлексивна компетентність та культурна обізнаність є важливими для вирішення проблем, що виникають у різноманітному суспільстві, особливо в охороні здоров'я. Ці компетенції можуть змінити підхід людини до професійної досконалості. Критично осмислюючи власні погляди та розуміючи культурні відмінності, люди можуть подолати бар'єри та зробити свій внесок у більш інклюзивні та справедливі практики.

Розвиток рефлексивної компетенції:

- Аналіз критичного інциденту та випадку (вибраний інцидент – дослідницька інформація)
- Зміна перспективи (обмінуйтеся ролями та досліджуйте альтернативні дії)
- Рефлексія (обговорення емоцій, надання зворотного зв'язку, написання портфоліо)

Забезпечення інтеграції рефлексивної міжкультурної компетентності, що визначається як культурне розуміння та адаптивність, є вкрай важливим для забезпечення безпеки пацієнтів та ефективної орієнтації на них. Вкрай важливо визнати це процесом навчання протягом усього життя, який виходить за межі професійних меж, що вимагає його включення до освітньої системи медичних професій та міжпрофесійної освіти. У зв'язку з цим існує необхідність розробляти та оцінювати методи навчання відповідно до потреб та вимог ситуації. Особливо ефективним підходом до зміцнення рефлексивної міжкультурної компетентності є використання критичних випадків. Ці структуровані реальні сценарії дозволяють студентам-медикам взаємодіяти з міжкультурними викликами в умовах сприятливого навчального середовища. Аналіз та рефлексія над цими сценаріями сприяють розвитку необхідних компетенцій у професійному, культурно компетентному догляді за пацієнтами, покращуючи навички студентів щодо прийняття клінічних рішень та їхню здатність орієнтуватися в різноманітних медичних закладах з чутливістю та впевненістю.

Рефлексія є ключовою для розвитку міжкультурної компетентності в охороні здоров'я, дозволяючи медичним працівникам вміло та гнучко орієнтуватися в різноманітних умовах. Завдяки критичній рефлексії студенти можуть покращити орієнтовану на пацієнта допомогу та розвивати ефективну міжпрофесійну співпрацю.



Список літератури

- Agar, M. (1994). *Language shock: Understanding the culture of conversation*. William Morrow & Co.
- Auernheimer, G. (2003). *Einführung in die interkulturelle Pädagogik* (3. Aufl.). Darmstadt.
- Auernheimer, G. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Springer.
- Bade, K. J., & Oltmer, J. (2004). *Normalfall Migration*. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bennett, J. (1993). Cultural marginality: Identity issues in intercultural training. In R. M. Paige (Ed.), *Education for the intercultural experience* (pp. 109–135). Intercultural Press.
- Bennett, J. M., & Bennett, M. J. (2004). Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. In D. Landis, J. M. Bennett, & M. J. Bennett (Eds.), *Handbook of intercultural training* (pp. 147–165). Sage.
- Best, U., Erbe, J., Schmitz, N., Arnold, S., Koch, R., Mundt, S., & Rausch-Berhie, F. (2019). Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. BIBB.
- Bolten, J. (2007). Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In V. Künzer & J. Berninghausen (Hrsg.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung* (pp. 21–42). Frankfurt/M.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede*. Suhrkamp.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Dietze, G. (2008). Intersektionalität und Hegemonie(selbst)kritik. In W. Gippert, P. Götte, & E. Kleinau (Hrsg.), *Transkulturalität – Gender- und bildungshistorische Perspektiven* (pp. 27–43). Transcript.
- Döring, O. (2019). Erkennung und Anerkennung informell und non-formal erworbener Kompetenzen: Einstieg in eine breite Nutzung fragmentierter Beschäftigungsfähigkeit. In J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, & K. Beck (Hrsg.), *Beruf, Beruflichkeit, Employability* (pp. 137–159). Wbv.
- Erpenbeck, J., & Sauer, J. (2000). Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm "Lernkultur Kompetenzentwicklung." In *Arbeitsgemeinschaft-Qualifikations- und Entwicklungsmanagement* (Hrsg.), *Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen* (pp. 289–335). Waxmann.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327–358.
- Flanagan, J. C., Gosnell, D., & Fivars, G. (1963). Evaluating student performance. *The American Journal of Nursing*, 63(11), 96–99.
- Forster, E. (2014). Reflexivität. In C. Wulf & J. Zirfas (Hrsg.), *Handbuch Pädagogische Anthropologie* (pp. 589–597). Springer.
- Gadamer, H.-G. (1972). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Mohr.
- Geier, T. (2016). Reflexivität und Fallarbeit. In A. Doğmuş, Y. Karakaşoğlu, & P. Mecheril (Hrsg.), *Pädagogisches Können in der Migrationsgesellschaft*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07296-4_10

- Gogolin, I. (2019). Lernende mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem und ihre Förderung. *Journal for Educational Research Online*, 11(1), 74–91. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0111-pedocs-16788>
- Grewal, I., & Kaplan, C. (Eds.). (1994). *Scattered hegemonies: Postmodernity and transnational feminist practices*. University of Minnesota Press.
- Hansen, K. (2000). *Kultur und Kulturwissenschaft*. Francke.
- Heringer, H. J. (2004). *Interkulturelle Kommunikation*. UTB.
- Hinz, A. (2015). Inklusion – mehr als nur ein neues Wort?! In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Inklusion* (pp. 286–291). Campus.
- Knapp, G. A. (2008). Achsen der Differenz — Aspekte und Perspektiven feministischer Grundlagenkritik. In S. M. Wilz (Hrsg.), *Geschlechterdifferenzen — Geschlechterdifferenzierungen* (pp. 291–322). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90831-1_10
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Boni & Liveright.
- Kürsat-Ahlers, E. (2000). Migration-Frauen-Gesundheit. In M. David, Th. Borde, & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit* (pp. 45–56). Mabuse.
- Malinowski, B. (1932). *Argonauts of the Western Pacific*. <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/argonauts-of-the-western-pacific.pdf>
- Marchwacka, M. A. (2013). Zu Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (pp. 301–326). Springer.
- Marchwacka, M. A. (2021). Interkulturelles Lernen als inhärenter Teil der Gesundheits- und Pflegebildung. In F. Darmann Fink & K. H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_23-1
- Moosmüller, A. (Hrsg.) (2020). *Interkulturelle Kompetenz. Kritische Perspektiven*. Waxmann.
- Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). *Systemrelevant: Der Beitrag von Zugewanderten im Gesundheitswesen*.
- Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Appl Nurs Res*. 2019 Apr;46:57–66. doi: 10.1016/j.apnr.2019.02.008. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30853077.
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Migration und Integration: Bevölkerung mit Migrationshintergrund*.
- Toprak, A., & Weitzel, G. (2017). *Deutschland das Einwanderungsland*. Springer
- Walter, A., Dütthorn, N., Brühe, R., Marchwacka, M. A., & von Gahlen Hoops, W. (2022). Ein digitales hochschulübergreifendes Projekt zur Fallarbeit. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Handbuch Pflege* (S. 236–244). Hogrefe.
- Wagner, M. H., & Sauter, W. (2017). Interkulturelle Kompetenzentwicklung im Prozess der Arbeit und im Netz. In J. Erpenbeck & W. Sauter (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz – Bausteine einer neuen Lernwelt* (S. 507–522). Schäffer-Poeschel.

Заключна рефлексія: Рефлексивна компетентність як реалізація моделі EMPOWER

від Малгожати Шкуп

Розділ, автором якого є Марія Анна Марчвацка, представляє послідовне та поглиблене впровадження моделі EMPOWER — інноваційного підходу до мультикультурної освіти в медичних та охороні здоров'я науках. Модель EMPOWER наголошує на розвитку рефлексивних культурних компетенцій, культурної скромності, професійного благополуччя та використання освітніх ресурсів, що підтримують культурну чутливість. Усі ці елементи присутні та послідовно розвиваються протягом усього обговорюваного розділу..

Перш за все, у цьому розділі підкреслюється важливість **рефлексивної компетентності**, яка безпосередньо узгоджується з основою моделі EMPOWER — культивуванням культурної скромності через **самосвідомість, зміну перспективи та аналіз власних упереджень**. Автор представляє міжкультурну компетентність не як сукупність фактів про інші культури, а як динамічний, багатовимірний процес навчання та саморефлексії, що безпосередньо відповідає опорі зростання EMPOWER через рефлексивні освітні інструменти та внутрішню мотивацію.

Модель EMPOWER також сприяє **професіоналізму та благополуччю** як важливим компонентам ефективної міжкультурної освіти. У розділі 5.5. наголошується на **необхідності розвитку навичок емоційної регуляції, емпатії та толерантності** до неоднозначності — все це сприяє як професійному благополуччю, так і здатності встановлювати справжні стосунки з пацієнтами з різним походженням. Це відповідає баченню EMPOWER щодо підготовки фахівців, які здатні працювати у складному, мультикультурному світі, піклуючись про власні психологічні та фізичні ресурси.

Крім того, підхід до **інтерсекційності та соціальних відносин**, розроблений у цьому розділі, ефективно відображає вимір **культурної скромності**, що пропагується EMPOWER. Як автор розділу, так і творці моделі відкидають культурний есенціалізм на користь контексту, плинності та спільного конструювання сенсу в людських стосунках. Зрештою, у цьому розділі представлено **конкретні методи навчання** (наприклад, методику критичних інцидентів), які ідеально узгоджуються з практичним застосуванням знань та персоналізованими шляхами навчання, що є центральними для моделі EMPOWER.

На завершення, розділ «Міжкультурна компетентність: зміна перспективи та рефлексивна компетентність» не лише відповідає припущенням моделі EMPOWER, але й слугує їх практичним розширенням. Він демонструє, що ефективна мультикультурна освіта – це безперервний процес навчання, самосвідомості та дії в середовищі, яке підтримує благополуччя, відповідальність та діалог – саме так, як це передбачено рамковою моделлю EMPOWER.



Хочете заглибитися?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та зміцнити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуюйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Розділ 6

Біженці, Міграція та Здоров'я

ОЛЕНА РУСУ, ПАНАГІОТА ЕЛЛІНА, ПАРАСКЕВІ
ХАРИТУ
Кіпрський технологічний університет (Kipr)

“

Біженці та мігранти стикаються з унікальними проблемами зі здоров'ям, які часто ускладнюються мовними бар'єрами, культурними відмінностями, фінансовими обмеженнями та проблемами психічного здоров'я. Ці групи населення мають вищий ризик виникнення проблем із фізичним та психічним здоров'ям.

Вирішення цих проблем вимагає культурно-чутливих медичних послуг, реформи політики та цілеспрямованої підтримки психічного здоров'я, щоб гарантувати, що біженці та мігранти отримують допомогу, яка їм потрібна для фізичного та психологічного благополуччя.

6.1. Вступ

Біженці та мігранти стикаються з унікальними проблемами зі здоров'ям, які часто ускладнюються мовними бар'єрами, культурними відмінностями, фінансовими обмеженнями та проблемами психічного здоров'я. Ці групи населення мають вищий ризик виникнення проблем із фізичним та психічним здоров'ям.

Вирішення цих проблем вимагає культурно-чутливих медичних послуг, реформи політики та цілеспрямованої підтримки психічного здоров'я, щоб гарантувати, що біженці та мігранти отримують допомогу, яка їм потрібна для фізичного та психологічного благополуччя (Jarvis & Kirmayer, 2023).

Цілі

Біженці та мігранти стикаються з унікальними проблемами зі здоров'ям, які часто ускладнюються мовними бар'єрами, культурними відмінностями, фінансовими обмеженнями та проблемами психічного здоров'я. Ці групи населення мають вищий ризик виникнення проблем із фізичним та психічним здоров'ям.

Вирішення цих проблем вимагає культурно-чутливих медичних послуг, реформи політики та цілеспрямованої підтримки психічного здоров'я, щоб гарантувати, що біженці та мігранти отримують допомогу, яка їм потрібна для фізичного та психологічного благополуччя.

Результати навчання

Наприкінці цього розділу читачі зможуть:

- **Зрозуміти динаміку міграції та здоров'я:** описати вплив міграції на здоров'я та проблеми, з якими стикаються мігранти та біженці.
- **Визначити ключові терміни:** точно визначити міграцію, біженців, транскультурне здоров'я та глобальне здоров'я.
- **Визначити бар'єри:** розпізнати системні та індивідуальні бар'єри доступу до медичної допомоги для мігрантів та біженців.
- **Застосувати культурну компетентність:** пояснити важливість культурно-чутливої допомоги у покращенні результатів для здоров'я транскультурних спільнот.
- **Виступати за справедливість:** обговорити стратегії подолання нерівності в галузі охорони здоров'я за допомогою інклюзивної політики та глобальних ініціатив у галузі охорони здоров'я.

Відповідні визначення та терміни

Згідно з даними ВООЗ (2021), **глобальне здоров'я** зосереджується на здоров'ї населення в різних країнах і підкреслює взаємозв'язки здоров'я через кордони. Воно вирішує проблеми нерівності в охороні здоров'я та працює над покращенням результатів здоров'я у всьому світі.

Міграція відноситься до переміщення людей з одного місця в інше, зазвичай через політичні або географічні кордони, з наміром тимчасово або постійно оселитися в новому місці.

Вона може бути добровільною або примусовою і може включати окремих осіб або групи, які шукають кращі можливості, безпеку або рятуються від несприятливих умов, таких як конфлікти, економічні труднощі або екологічні катастрофи (Міжнародна організація з міграції, 2023).

Біженець визначається згідно з даними Верховного комісара ООН у справах біженців (2023) як особа, яка була змушена покинути свою країну походження через обґрунтований страх переслідування на основі таких факторів, як раса, релігія, національність, приналежність до певної соціальної групи або політична думка. Біженці не можуть або не хочуть повернутися до своєї рідної країни через загрозу їхній безпеці і часто отримують міжнародний захист у країнах-реципієнтах.

Транс-культурне здоров'я відноситься до потреб у здоров'ї та викликів, з якими стикаються особи та спільноти з різноманітних культурних середовищ. Воно підкреслює важливість розуміння культурних відмінностей у практиках, переконаннях та потребах у здоров'ї при наданні медичних послуг (Spector, 2016).

Транс-культурні спільноти формуються людьми з різних культурних середовищ, які мають спільний досвід, такий як міграція або проживання в багатокультурних середовищах. Потреби в здоров'ї цих спільнот залежать від їхніх унікальних культурних контекстів, які формують їхню поведінку в галузі здоров'я та виклики в доступі до медичної допомоги (Spector, 2016).

6.2. Вплив міграції на здоров'я

Міграція впливає на здоров'я людей кількома способами. Мігранти можуть стикатися з негайними ризиками для здоров'я під час своєї подорожі, включаючи вплив інфекційних захворювань, фізичні травми та травми. Біженці, зокрема, часто піддаються умовам крайньої вразливості, таким як переповнені табори біженців, погані санітарні умови та обмежений доступ до медичної допомоги. Ці фактори суттєво впливають на їх фізичне та психічне здоров'я (Всесвітня організація охорони здоров'я [ВООЗ], 2021).

Біженці та мігранти часто мають унікальні потреби в здоров'ї, які відрізняються від потреб населення країни-реципієнта, що вимагає догляду, який є як ефективним, так і культурно чутливим. Цей догляд повинен враховувати фізичні та психічні проблеми зі здоров'ям, які формуються досвідом міграції. Крім того, біженці та мігранти можуть стикатися з істотними бар'єрами для доступу до медичної допомоги, включаючи мовні та культурні відмінності, обмежену медичну грамотність, досвід дискримінації та обмежений доступ до основних медичних послуг. Ці виклики можуть впливати на їхні взаємодії з системою охорони здоров'я та робочою силою країни-реципієнта, підкреслюючи необхідність адаптованих та інклюзивних підходів до охорони здоров'я (Всесвітня організація охорони здоров'я [ВООЗ], 2021).

Очікується, що глобальна міграція продовжить зростати, оскільки зміна клімату, конфлікти та економічні нерівності продовжують ставити під загрозу життя людей. (Jarvis & Kirmayer, 2023)

По прибуттю до країн-реципієнтів біженці та мігранти можуть стикатися з рядом проблем зі здоров'ям, включаючи неліковані хронічні захворювання, інфекційні хвороби та психічні проблеми, такі як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ці проблеми зі здоров'ям ускладнюються бар'єрами для доступу до медичної допомоги, включаючи мовні та культурні відмінності, обмежені фінансові ресурси та відсутність знайомства з системою охорони здоров'я (Kirmayer, et al., 2011).



6.3 Бар'єри в охороні здоров'я для мігрантів та біженців

Мова

Однією з основних проблем, з якими стикаються біженці та мігранти, шукаючи медичну допомогу, є мова. Обмежене володіння мовою країни перебування може ускладнити їм спілкування про свої проблеми зі здоров'ям, розуміння медичних порад і орієнтацію в системі охорони здоров'я. Це може призвести до помилкових діагнозів, недостатнього лікування та поганих результатів для здоров'я (González, 2022).

Медична грамотність

Крім того, багато мігрантів і біженців мають низький рівень здоров'я грамотності, що ще більше ускладнює їх здатність взаємодіяти з медичними послугами. Здоров'я грамотність охоплює здатність розуміти інформацію про здоров'я, дотримуватися медичних інструкцій і приймати обґрунтовані рішення щодо здоров'я. Низька здоров'я грамотність може бути наслідком обмеженої освіти, відсутності знайомства з системами охорони здоров'я або культурних відмінностей у розумінні концепцій здоров'я (Nutbeam, 2008).

Культурні відмінності

Культурні відмінності відіграють значну роль у доступі до медичної допомоги та її наданні. Багато біженців і мігрантів походять з різноманітних культурних середовищ з різними віруваннями, практиками та ставленням до здоров'я та хвороб. Постачальники медичних послуг, які не усвідомлюють або не чутливі до цих відмінностей, можуть ненавмисно викликати дискомфорт, недовіру або відмову від лікування (Vissandjée, et al., 2017).

Дискримінація

Крім того, мігранти та біженці можуть стикатися з дискримінацією в системі охорони здоров'я через свою етнічну приналежність, імміграційний статус або соціально-економічне становище. Дискримінація може погіршити проблеми з психічним здоров'ям, відлякувати людей від пошуку медичної допомоги та сприяти загальному відчуттю відчуження та недовіри до медичних працівників (Jarvis & Kirmayer, 2023).

У багатьох країнах перебування біженці та мігранти можуть мати обмежений доступ до медичної допомоги через свій імміграційний статус. Навіть якщо медичні послуги доступні, фінансові обмеження, такі як неможливість дозволити собі страхування або витрати з власної кишені, можуть завадити їм отримати своєчасну допомогу. Ці бар'єри часто призводять до нелікованих станів здоров'я, які можуть погіршитися з часом (ВООЗ, 2021).

Ментальне здоров'я

Психічне здоров'я є критично важливим, але часто ігнорованим питанням серед біженців і мігрантів. Травматичні переживання втечі від війни, переслідувань або економічних труднощів, за якими слідує стрес від переселення в нову країну, можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я. Біженці особливо вразливі до ПТСР, депресії та тривоги через травму, яку вони пережили під час переміщення, та труднощі адаптації до нового середовища (Kirmayer, et al., 2011).

6.4 Інтеграція глобального здоров'я, міграції, здоров'я біженців та транс-культурних потреб

Тематика глобального здоров'я, міграції, здоров'я біженців та транс-культурних спільнот глибоко взаємопов'язана. Мігранти та біженці часто несуть тягар нерівності в охороні здоров'я, що ще більше ускладнюється системними проблемами, такими як недостатня інфраструктура охорони здоров'я та соціальна дискримінація. Для вирішення цих проблем необхідний цілісний підхід — той, що визнає взаємозв'язок між індивідуальними результатами здоров'я та більш широкими соціально-політичними та економічними факторами (ВООЗ, 2021). Ця інтеграція передбачає зміцнення систем охорони здоров'я, щоб вони були інклюзивними для різноманітних популяцій, просування політик, які захищають права мігрантів і біженців, та сприяння культурній компетентності в охороні здоров'я. Міжнародна співпраця та інвестиції в глобальні ініціативи в галузі охорони здоров'я є критично важливими для створення стійких систем охорони здоров'я, які можуть реагувати на потреби всіх, незалежно від їх походження чи статусу.

Приймаючи ці принципи, глобальна спільнота в галузі охорони здоров'я може наблизитися до досягнення рівності в охороні здоров'я для всіх (ІОМ, 2023; Spector, 2016).

Біженці, чи то внутрішньо переміщені особи, чи примушені залишити свої рідні країни, тепер перевищують 100 мільйонів у всьому світі (UNHCR, 2022).

Виклики здоров'я, з якими стикаються мігранти, біженці та транс-культурні спільноти, є мікрокосмом більш широких глобальних проблем охорони здоров'я, що відображають нерівності, які потребують термінової уваги та постійних дій. Вирішення цих проблем вимагає інклюзивних політик, культурно компетентної допомоги та міжнародної співпраці. Пріоритизуючи рівність і використовуючи сильні сторони різноманітних населень, світова спільнота може працювати над створенням здоровішого та більш інклюзивного світу.

Список літератури

González, A. (2022). Language barriers in healthcare settings: Addressing the needs of migrant communities. *Journal of Global Health*, 9(2), 214–221.

International Organization for Migration (IOM). (2023). Migration. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/migration>

Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/13634615231162282>

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., & Pottie, K. (2011). Mental health care for immigrants and refugees: A cultural perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3), 147–157. <https://doi.org/10.1177/0020764010390715>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.

Spector, R. E. (2016). *Cultural diversity in health and illness* (9th ed.). Pearson Education.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2023). Refugees. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/refugees>

Vissandjée, B., Simich, L., & Allotey, P. (2017). Cultural competence in health care: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-6>

World Health Organization. (2021). Global health. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/global-health>

World Health Organization. (2021). Refugee and migrant health: Global competency standards for health workers. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346743>

Прикінцеві роздуми: Зв'язок міграції та здоров'я з моделлю EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі висвітлено, як складні реалії біженців та мігрантів безпосередньо перетинаються з цілями моделі EMPOWER, особливо з точки зору мультикультуралізму, ефективності та благополуччя. Він підкреслює важливість культурно чутливої та травмоорієнтованої допомоги, що узгоджується із закликом EMPOWER до практик, які поважають різноманітність та надають пацієнтам можливості активного участі у власному догляді.

Розглядаючи системні бар'єри, такі як мова, медична грамотність та дискримінація, розділ підтримує зосередженість EMPOWER на усуненні нерівності та просуванні інклюзивної, орієнтованої на пацієнта допомоги. Акцент на психічному здоров'ї та структурних проблемах також відображає відданість моделі благополуччю, виступаючи за догляд, який задовольняє як фізичні, так і психологічні потреби.

Більше того, завдяки своїй відданості інклюзивній політиці та міжнародній співпраці, розділ узгоджується з баченням EMPOWER щодо глобальної професійної відповідальності та етичним імперативом обслуговувати всіх пацієнтів з гідністю та компетентністю, незалежно від походження, статусу чи ідентичності.

Підсумовуючи, цей розділ підкреслює місію моделі EMPOWER, показуючи, що транскультурна допомога не є необов'язковою — вона є важливою для забезпечення етичної, ефективної та співчутливої медичної допомоги в глобалізованому світі.



Бажаєш знати більше?

Відвідай платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ти знайдеш інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть втілити знання в практику та зміцнити рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуй. Рефлексуй. EMPOWER.



www.multicultimed.eu







Розділ 7

Вплив зміни клімату та пандемії на глобальне здоров'я

ЕЛЕНА РУСУ, ПАНАГІОТА ЕЛЛІНА, ПАРАСЕКВІ
ЧАРІТУ
Кіпрський технологічний університет (Kipr)

“

Пандемії та зміни клімату — це взаємопов'язані кризи, що загрожують глобальному розвитку. Пандемія COVID-19 виявила вразливості в охороні здоров'я та економіках, тоді як зміни клімату загострюють такі проблеми, як продовольча нестабільність, переміщення населення та нерівність у сфері охорони здоров'я. Вирішення цих викликів потребує інтегрованих, сталих рішень, щоб забезпечити стійкість, справедливість та довгостроковий прогрес.

7.1. Вступ

Глобальне здоров'я — це багатогранна дисципліна, яка займається здоров'ям населення за межами кордонів, підкреслюючи справедливість, співпрацю та взаємозв'язок детермінантів здоров'я. Виклики, які ставлять зміна клімату та пандемії, посилили глобальну кризу охорони здоров'я, непропорційно впливаючи на вразливі групи населення, включаючи транс-культурні спільноти. Ці спільноти, які часто формуються міграцією та культурною різноманітністю, стикаються з унікальними потребами в охороні здоров'я, які вимагають індивідуальних та культурно чутливих відповідей. Цей розділ досліджує перетин глобального здоров'я, зміни клімату, пандемій та потреб у здоров'ї транс-культурних спільнот, зосереджуючи увагу на стратегіях створення справедливих і стійких систем охорони здоров'я.



Цілі

У цьому розділі студенти покращать своє ставлення, знання та навички в:

- **Дослідження впливу глобальних криз:** вивчити, як пандемії та зміна клімату впливають на глобальне здоров'я, зосереджуючи увагу на вразливих групах населення.
- **Аналіз вразливостей:** визначити ризики для здоров'я та системні бар'єри, з якими стикаються транс-культурні спільноти, мігранти та біженці під час глобальних криз у сфері охорони здоров'я.
- **Підкреслення взаємозв'язків:** зрозуміти взаємопов'язаний характер глобального здоров'я, зміни клімату та пандемій у формуванні результатів у сфері охорони здоров'я.
- **Сприяння стійким системам охорони здоров'я:** виступати за політику та стратегії, які зміцнюють системи охорони здоров'я, щоб вони були інклюзивними, культурно чутливими та стійкими до майбутніх викликів.
- **Підтримка глобальної співпраці:** підкреслити роль міжнародного співробітництва у вирішенні нерівностей у сфері охорони здоров'я та пом'якшенні впливу зміни клімату та пандемій.

o

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- **Розуміти ключові концепції:** визначити та пояснити пандемії, зміну клімату та їх значення для глобального здоров'я.
- **Визначити проблеми в охороні здоров'я:** виявити унікальні проблеми в охороні здоров'я, з якими стикаються транс-культурні спільноти під час глобальних криз.
- **Аналізувати системи:** оцініть вразливості в системах охорони здоров'я, виявлені пандеміями та зміною клімату.
- **Застосовувати стратегії:** рекомендуйте культурно чутливі та інклюзивні підходи для зменшення нерівностей у здоров'ї та покращення стійкості.
- **Ставитись до змін:** обговоріть важливість глобальної співпраці та політик, орієнтованих на справедливість, для ефективного вирішення криз, пов'язаних із кліматом і здоров'ям.

Відповідні визначення та терміни

Пандемія — це спалах інфекційної хвороби, який відбувається в глобальному масштабі, перетинаючи міжнародні кордони та впливаючи на велику кількість людей. На відміну від локалізованих епідемій, пандемії передбачають широкомасштабну передачу, що часто призводить до значних соціальних, економічних та громадських проблем у сфері охорони здоров'я (Центри контролю та профілактики захворювань [CDC], 2022).

Зміна клімату відноситься до довгострокових змін температур і погодних умов, які в основному викликані людською діяльністю, такою як спалювання викопного пального та вирубка лісів. Ці зміни суттєво впливають на здоров'я людей, погіршуючи існуючі проблеми зі здоров'ям і створюючи нові виклики. Наприклад, зміна клімату збільшує частоту екстремальних погодних явищ, погіршує якість повітря, поширює інфекційні захворювання та впливає на продовольчу та водну безпеку, непропорційно впливаючи на вразливі групи населення (Всесвітня організація охорони здоров'я [WHO], 2021a).

7.2 Пандемії та їхній глобальний вплив

Пандемія COVID-19 підкреслила вразливості глобальних систем охорони здоров'я та висвітлила критичну важливість готовності, справедливого реагування та стійкості перед обличчям пандемій. Вона виявила, наскільки крихкою може бути інфраструктура охорони здоров'я, особливо в маргіналізованих громадах, включаючи мігрантів, біженців та транс-культурні популяції, які часто не мають доступу до адекватної медичної допомоги та соціальних систем підтримки (International Organization for Migration [IOM], 2023). Ці групи особливо вразливі через мовні бар'єри, культурні відмінності та іноді дискримінаційні практики охорони здоров'я. Як наслідок, вони стикаються з серйозними труднощами у доступі до профілактичних і лікувальних заходів під час криз у сфері охорони здоров'я. Уроки, отримані з COVID-19, поряд з попередніми пандеміями, такими як SARS, Ебола та спалах грипу 1918 року, підкреслюють необхідність надійної інфраструктури охорони здоров'я, своєчасного спілкування та справедливого розподілу вакцин (World Health Organization [WHO], 2021b).

Ефективні стратегії реагування повинні пріоритетизувати ці вразливі популяції, впроваджуючи культурно адаптовані програми залучення та інклюзивні політики охорони здоров'я, які забезпечують підтримку всіх громад під час пандемій.

Історично пандемії навчали цінним урокам, які інформують сучасні глобальні стратегії охорони здоров'я. Пандемія грипу 1918 року продемонструвала важливість немедикаментозних втручань, таких як соціальне дистанціювання, носіння масок і карантин, які досі актуальні для управління інфекційними захворюваннями сьогодні (Центри контролю та профілактики захворювань [CDC], 2022). Пандемія ВІЛ/СНІД підкреслила необхідність постійного глобального фінансування та дестигматизації постраждалих популяцій, вказуючи на потребу в довгострокових, багатосекторальних зусиллях для вирішення як медичних, так і соціальних аспектів криз у сфері охорони здоров'я (World Health Organization [WHO], 2021b). Спалахи SARS та Еболи підкреслили важливість швидкого виявлення захворювань, стратегій стримування та міжнародної співпраці для запобігання поширенню захворювань через кордони. Ці уроки продовжують формувати сучасні підходи до охорони здоров'я та підкреслюють необхідність готовності на всіх рівнях.

Пандемії загрожують не лише здоров'ю людей, але й порушують економіки в масштабах, що вражають. Локдауни, обмеження на подорожі та карантинні заходи, хоч і є необхідними для контролю за поширенням хвороб, часто мають серйозні економічні наслідки. Найбільше постраждали такі галузі, як туризм, транспорт і гостинність, що призвело до масового безробіття та закриття бізнесу. Країни з низьким рівнем доходу та вразливі працівники, які не мають фінансових захисних мереж або доступу до державної підтримки, відчувають на собі основний удар цих економічних порушень (МОП, 2023). Пандемія COVID-19 загострила існуючі нерівності, оскільки бідні громади та країни стикаються з більш серйозними наслідками для здоров'я та економіки, ніж багатші.

Під час пандемії COVID-19 деякі етнічні групи зіткнулися з підвищеними рівнями ксенофобії та насильства.

На додаток до економічного впливу, пандемія COVID-19 також призвела до зростання ксенофобії, расизму та насильства, особливо проти етнічних та мігрантських груп. Деякі громади, які вже були маргіналізовані до пандемії, зіткнулися з підвищеними рівнями дискримінації, оскільки дезінформація та страх навколо вірусу поширювалися. Ця соціальна поділ створила бар'єр для ефективних заходів громадського здоров'я, оскільки довіра до уряду та систем охорони здоров'я зменшилася в цих громадах (World Health Organization [WHO], 2021b). Таким чином, вирішення соціальних детермінантів здоров'я, включаючи расизм і ксенофобію, є критично важливим у підготовці та реагуванні на пандемії.

Щоб ефективно боротися з майбутніми пандеміями та пом'якшити їхній вплив на глобальне здоров'я, важливо прийняти підхід, який інтегрує надійну інфраструктуру охорони здоров'я, глобальну співпрацю та соціальну справедливість. Вивчаючи минулі пандемії та вирішуючи системні вразливості, ми можемо створити більш інклюзивні та стійкі глобальні системи охорони здоров'я, які краще підготовлені до майбутніх криз у сфері здоров'я (ІОМ, 2023).

7.3 Зміна клімату як глобальна загроза здоров'ю

Зміна клімату все більше визнається однією з найзначніших загроз для глобального здоров'я. Підвищення температури, екстремальні погодні явища та деградація навколишнього середовища мають прямий і непрямий вплив на здоров'я людей. Кліматичні катастрофи, такі як урагани, повені та посухи, загострюють проблеми з недоїданням, хворобами, що передаються через комах, та психічними розладами (Міжурядова група експертів з питань зміни клімату (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022).

Вразливі популяції, включаючи транс-культурні громади та мігрантів, часто зазнають найбільших наслідків цих ефектів. Наприклад, міграція, викликана зміною клімату, змушує мільйони людей переселятися, часто в райони з недостатньою медичною інфраструктурою. Зусилля щодо пом'якшення цих наслідків включають зміцнення систем охорони здоров'я, стійких до змін клімату, впровадження систем раннього попередження про ризики для здоров'я, пов'язані з кліматом, та просування політики сталого розвитку (Всесвітня організація охорони здоров'я, World Health Organization [WHO], 2021a).



Взаємодія між зміною клімату та глобальним здоров'ям поширюється на зростаюче навантаження неінфекційними захворюваннями (НІЗ). Підвищення температури та погіршення якості повітря сприяють респіраторним та серцево-судинним захворюванням (Всесвітня організація охорони здоров'я, World Health Organization [WHO], 2021a). Тривале вплив тепла також може загострити хронічні захворювання, такі як діабет та захворювання нирок. Більше того, стрес, викликаний переміщенням через зміни клімату та деградацією навколишнього середовища, пов'язаний зі зростанням тривоги, депресії та інших психічних розладів (Міжурядова група експертів з питань зміни клімату (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022). Ці виклики вимагають цілісного підходу, який інтегрує адаптацію до клімату та пом'якшення наслідків у стратегії охорони здоров'я.

Ще одним критичним аспектом є вплив зміни клімату на продовольчу та водну безпеку. Нестабільні погодні умови та тривалі посухи порушують сільськогосподарську продуктивність, що призводить до нестачі їжі та недоїдання, особливо в регіонах з низьким рівнем доходу. Крім того, повені та підвищення рівня моря забруднюють запаси прісної води, збільшуючи поширеність водних захворювань, таких як холера та тиф.

Вирішення цих проблем вимагає глобальної співпраці для забезпечення рівного доступу до поживної їжі та чистої води, одночасно просуваючи сталу сільськогосподарську практику (Центри контролю та профілактики захворювань, Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021).

Ефективні дії проти зміни клімату та її наслідків для здоров'я залежать від надійного глобального управління. Уряди, міжнародні організації та недержавні структури повинні співпрацювати для впровадження політики, яка пріоритетизує рівність у сфері охорони здоров'я та екологічну стійкість (Всесвітня організація охорони здоров'я, World Health Organization [WHO], 2021a). Інвестиції в відновлювальну енергію, зелену інфраструктуру та освітні кампанії для підвищення обізнаності громадськості про зв'язки між кліматом і здоров'ям є необхідними. Крім того, сприяння міжсекторальному партнерству між секторами охорони здоров'я, екології та економіки забезпечить, що рішення будуть як стійкими, так і інклюзивними (UNEP, 2022). Нарешті, залучення громади відіграє ключову роль у боротьбі з наслідками зміни клімату для здоров'я. Надання можливостей місцевим громадам через освіту, ресурси та участь у прийнятті рішень забезпечує культурну відповідність та ефективність втручань (Центри контролю та профілактики захворювань, Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Зусилля на місцях, в поєднанні з ініціативами зверху вниз, створюють комплексний підхід до вирішення багатогранних викликів, які ставить зміна клімату.

Визнаючи взаємозв'язок між зміною клімату та глобальним здоров'ям, міжнародна спільнота може вжити проактивних заходів для пом'якшення цих наслідків. Зміцнення систем охорони здоров'я, просування сталого розвитку та сприяння стійкості будуть критично важливими для захисту здоров'я людей в епоху безпрецедентних змін навколишнього середовища (Міжурядова група експертів з питань зміни клімату, Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022).

7.4. Висновки

Взаємозв'язок глобального здоров'я, зміни клімату та пандемій створює складні виклики, які вимагають термінових, скоординованих дій. Вразливі громади, включаючи мігрантів, біженців та інтернаціональні популяції, непропорційно страждають від цих криз, підкреслюючи необхідність інклюзивних та культурно компетентних систем охорони здоров'я. Приймаючи політику, яка вирішує ці питання як на глобальному, так і на місцевому рівнях, глобальна спільнота охорони здоров'я може працювати над створенням більш стійких та справедливих систем охорони здоров'я, забезпечуючи, щоб усі люди мали доступ до догляду та ресурсів, необхідних для процвітання (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], (2022).

Перетини глобального здоров'я, зміни клімату, пандемій та потреб здоров'я культурно різноманітного населення вимагають інтегрованого та цілісного підходу. Зміцнення систем охорони здоров'я передбачає інвестування в інфраструктуру, покращення доступу до медичної допомоги та сприяння міжнародній співпраці.

Список літератури

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Climate effects on health. <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Pandemics: Preparedness and response. Retrieved from <https://www.cdc.gov>

International Organization for Migration (IOM). (2023). Migration. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/migration>

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). Climate change and health. Retrieved from <https://www.ipcc.ch>

United Nations Environment Programme (UNEP). (2022). Global environment outlook 2022: A roadmap for climate action. United Nations Environment Programme. <https://doi.org/10.18356/9789280734519>

UNHCR. (2022). Refugee data finder. UNHCR: The UN Refugee Agency. Retrieved January 5, 2023, from <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

World Health Organization (WHO). (2021a). Climate change and health. Retrieved from <https://www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2021b). Global health. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/global-health>

Прикінцеві роздуми: Взаємозв'язок кризи глобального здоров'я з моделлю EMPOWER

Малгожата Шкуп

Цей розділ ілюструє, як зміни клімату та пандемія COVID-19 розкрили та загострили існуючі нерівності в охороні здоров'я, непропорційно вражаючи міжкультурні спільноти, мігрантів та біженців. Таким чином, її зміст безпосередньо підтримує основні цінності моделі EMPOWER, зокрема у сферах Ефективність, Мультикультуралізм, Благополуччя та Освітні ресурси.

Підкреслюючи потребу в стійких системах охорони здоров'я, рівноправних політиках охорони здоров'я та культурно чутливих відповідях, розділ наголошує на важливості культурної компетентності у вирішенні глобальних загроз. Робота з психологічними, мовними та соціальними потребами пацієнтів у період кризи є прикладом пацієнтоцентрованої опіки, ключового принципу EMPOWER.

Розділ також посилює заклик EMPOWER до міжнародної співпраці та освіти у сфері здоров'я, підкреслюючи, що системні, інклюзивні стратегії є необхідними перед обличчям пандемій та ризиків для здоров'я, пов'язаних із кліматом.

Коротко, розділ показує, що стійкість та рівність у охороні здоров'я можливі лише через інтеграцію культурної різноманітності — ідея, яка лежить в основі моделі EMPOWER.



Бажаєш знати більше?

Відвідай платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ти знайдеш інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть втілити знання в практику та зміцнити рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Розділ 8

Старіння населення

ОЛЕНА РУСУ, ПАНАЙОТА ЕЛЛІНА, ПАРАСКЕВІ
ХАРІТУ
Технологічний університет Кіпру (Кіпр)

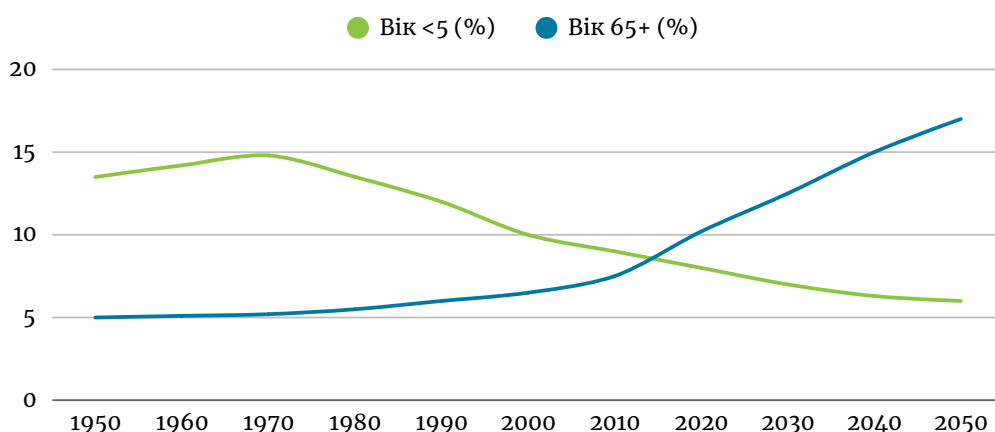
“

Професіонали в галузі охорони здоров'я повинні розуміти глобальний контекст охорони здоров'я, щоб надавати орієнтовану на особу, культурно компетентну та етично обґрунтовану допомогу (Malhotra, 2023; Leininger & McFarland, 2002).

До 2050 року очікується, що глобальне населення у віці 65 років і старше подвоїться до 1,5 мільярда, що становитиме 16% від загального населення. Хоча досягнення в галузі охорони здоров'я та умови життя збільшили тривалість здорового життя та сприяли зростанню "срібної економіки", такі виклики, як зростаюча крихкість, хронічні захворювання та нерівність у здоров'ї серед літніх людей, залишаються, підвищуючи важливі питання справедливості в охороні здоров'я (Padeiro et al., 2023)

8.1. Вступ

Старіння населення є глобальною тенденцією, зумовленою зниженням рівня народжуваності та збільшенням тривалості життя. Тривалість життя зросла на 25 років з 1950 року, і тепер особи, які досягли 65 років, очікують, що житимуть ще 16,8 років. До 2030 року кількість літніх людей перевищить кількість молоді та подвоїть кількість дітей до п'яти років, причому найбільш швидке зростання відбуватиметься в країнах, що розвиваються. Цей демографічний зсув суттєво впливає на потреби в догляді, зростає попит як на формальний, так і на неформальний догляд. Зростаюча потреба в медичному обслуговуванні, догляді та соціальних послугах вимагає розширення освіти в галузі геріатрії та геронтології для медичних працівників та соціальних працівників (United Nations International Day of Older Persons [UNIDOP], 2024).



Граф. 1. Маленькі діти та люди похилого віку у відсотках від світового населення: 1950–2050 pp. (United Nations. World Population Prospects: The 210 Revision).

Цілі

У цьому розділі студенти покращать свої знання та навички в:

- Поглиблення **розуміння глобальних тенденцій старіння** та їх наслідків для медичного обслуговування.
- Сприяння **культурній компетентності** у вирішенні унікальних потреб транс-культурних старіючих популяцій.
- **Оснащення студентів стратегіями** для покращення результатів здоров'я та справедливості для різноманітних спільнот літніх людей.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Пояснити глобальні тенденції старіння та їхній вплив на системи охорони здоров'я.
- Визначити загальні виклики, з якими стикаються транс-культурні старіючі громади.

- Застосовувати принципи культурної компетентності в клінічних сценаріях, що стосуються літніх людей.
- Визначити відповідне законодавство та угоди, що підтримують справедливий догляд для старіючих популяцій.
- Роздумувати про стратегії для балансування професійних обов'язків та особистого добробуту при наданні транс-культурного догляду.

Відповідні визначення та терміни

Старіння: прогресивні фізіологічні зміни в організмі, які призводять до старіння або зниження біологічних функцій та здатності організму адаптуватися до метаболічного стресу. Старіння починається, як тільки досягається дорослість, і є такою ж частиною людського життя, як немовлятство, дитинство та підлітковий вік. Фізіологічне зниження відбувається в усіх системах організму, зменшуючи здатність тіла підтримувати гомеостаз у разі стресових факторів. Це зниження часто ускладнює розрізнення між патологічними станами та нормальним процесом старіння. Багатосистемне функціональне погіршення зменшує здатність справлятися зі стресовими факторами, що призводить до декомпенсації та крихкості, які можуть проявлятися як сплутаність свідомості або знижена рухливість. Симптоми, такі як задишка або падіння, часто мають кілька підпорядкованих факторів (Preston & Biddell., 2021).

Вікова дискримінація: Глобальний звіт про вікову дискримінацію, розроблений ВООЗ у співпраці з Офісом Верховного комісара ООН з прав людини, Департаментом економічних і соціальних справ ООН та Фондом народонаселення ООН, визначає вікову дискримінацію як «несправедливе ставлення до людей, які стають старими або які вже старі, стереотипи (як ми думаємо), упередження (як ми відчуваємо) та дискримінація (як ми діємо) щодо інших або себе на основі віку. Вона може бути інституційною, міжособистісною або самоорієнтованою. Вона починається в дитинстві і соціально конструюється, впливаючи на людей усіх вікових груп. Вікова дискримінація має серйозні наслідки, включаючи зниження соціального добробуту, нижчу якість життя, погане психічне та фізичне здоров'я та підвищений ризик передчасної смерті»(WHO, 2021).

Культурне старіння: відноситься до процесу старіння, який відбувається в контексті множинних або перетинаючих культурних фонів. Він підкреслює, як різні культурні фактори впливають на сприйняття, досвід і очікування старіння. Ця концепція визнає, що старіння не є однорідним досвідом і може суттєво формуватися культурними нормами, цінностями та практиками (Fernandes, 2023).



“Ейджизм у сфері охорони здоров'я суттєво впливає на якість медичної допомоги, яку отримують літні люди. Стереотипи, такі як припущення, що всі літні пацієнти є кволими або технічно некомпетентними, можуть призвести до неадекватного або зневажливого ставлення. Системні бар'єри, включаючи брак зручних для людей похилого віку установ та обмежену підготовку з питань геріатричного догляду, загострюють ці проблеми. (Ayalon, Tesch-Römer, et al., 2018).

Транс-культурний догляд: Надання транс-культурного догляду є професійною відповідальністю та моральним обов'язком для медичних працівників, на що наголошують глобальні медичні організації. Культурно чутливий догляд покращує добробут, задоволеність і результати здоров'я пацієнтів. Однак надання такого догляду є складним, вимагаючи від медсестер розуміння різноманітних культур, рефлексії над власними культурними упередженнями та застосування поважних, культурно відповідних втручань. Ця складність ще більше впливає на міжособистісні, організаційні та системні фактори, що ускладнює медичним працівникам і студентам навігацію в системах охорони здоров'я під час надання ефективного транс-культурного догляду (Shahzad, et al., 2021).

Розуміння глобального здоров'я та старіння є життєво важливим для студентів-медиків та студентів медичних наук через зростання різноманітності пацієнтів та збільшення кількості людей похилого віку в усьому світі. Інтеграція принципів транскультурної допомоги забезпечує рівність, повагу до культурного різноманіття та покращення результатів лікування пацієнтів. Принципи та цінності старіння та культурно компетентної охорони здоров'я підкреслюють повагу, інклюзивність та реагування на різноманітні потреби людей похилого віку. Ці принципи спрямовані на забезпечення доступності, справедливості та ефективності медичних послуг у вирішенні унікальних проблем, з якими стикається населення похилого віку, особливо з різним культурним походженням. (Hanefeld, et al., 2021; WHO, 2015).

Ключові принципи та цінності:

Гідність та повага: Кожна людина, незалежно від віку, заслуговує на ставлення з гідністю, повагою та справедливістю. Це включає повагу до автономії та прав літніх людей приймати рішення щодо власного догляду та життя.

Незалежність та автономія: Підтримка літніх людей у збереженні їхньої незалежності, можливостей прийняття рішень та здатності жити відповідно до їхніх уподобань та цінностей.

Соціальна участь: Літні люди повинні мати можливості повноцінно брати участь у житті суспільства, зокрема в сімейному, громадському та робочому житті, для боротьби з ізоляцією та сприяння інклюзії.

Рівність та доступ: Прагнення до усунення нерівності в охороні здоров'я та забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги для всіх культурних груп, включаючи літніх людей з маргіналізованих або меншинних сімей.

Повага до культурних відмінностей: Визнання того, що культурне походження впливає на те, як люди сприймають та переживають здоров'я та хвороби, та повага до цих відмінностей у наданні медичної допомоги. (WHO, 2015).

8.2. Старіння населення як глобальна проблема

8.2.1. Демографічний зсув

Феномен старіння населення, який часто називають "Срібним цунамі", знаменує собою значний зсув в демографічній історії. Традиційно суспільства були молодими, де діти складали значну частину населення, а літні люди – невелику меншість. Ця закономірність була притаманна різним цивілізаціям і релігійним чи ідеологічним системам. Однак, до 2020 року відбувся демографічний зсув, коли літнє населення почало чисельно переважати молоде. Ця глобальна тенденція до старіння почалася в індустріально розвинених країнах і зараз характеризує більшість країн світу (Jakovljevic, et al., 2020). Реалістичний прогноз майбутнього з 95 мільйонами літніх людей повинен враховувати баланс, розглядаючи як проблеми догляду, так і цінний внесок, який може запропонувати це населення (Greenlee, 2020; Longev, 2021)

8.2.2. Старіння та здоров'я

Пандемія COVID-19 висвітлила вразливість гериатричної допомоги, виявивши тривожну правду: світові системи охорони здоров'я недостатньо підготовлені для задоволення потреб старіючого населення (Longev, 2021).

ВООЗ опублікувала базову доповідь для Десятиліття здорового старіння, яка дає уявлення про те, де ми знаходимося у 2020 році і куди прагнемо дійти до 2030 року. У доповіді зібрані дані, наявні для вимірювання здорового старіння, представлено досвід країн, які досягли успіху в започаткуванні ініціатив щодо здорового старіння, і обговорюється, що необхідно для сприяння співпраці та кращого вимірювання прогресу на шляху до здорового старіння. У наступному відео ви можете переглянути вступ до базової доповіді ВООЗ:

<https://youtu.be/ShmemfpkVLQ?si=GI4n1jzB8RopeHYx>

Сприяння здоровому старінню передбачає цілісний підхід, що охоплює фізичне, психічне та соціальне благополуччя. Ранні втручання та вибір способу життя відіграють значну роль у пом'якшенні впливу вікових захворювань і покращенні якості життя в літньому віці (CDC, 2024). Найпоширеніші вікові захворювання включають нейродегенеративні розлади, рак, серцево-судинні захворювання та метаболічні розлади.

8.2.3. Деменція і хвороба Альцгеймера

Старіння є основним фактором ризику розвитку нейродегенеративних захворювань, таких як хвороба Альцгеймера та пов'язані з нею деменції (ХАПД). Хвороба Альцгеймера (ХА), найпоширеніший нейродегенеративний розлад у світі, характеризується зростанням захворюваності з віком, що створює проблеми для систем охорони здоров'я та економік (Li, et al., 2021). У 2010 році деменція спричинила десять мільйонів років життя з поправкою на інвалідність (DALY) серед людей похилого віку, причому 44% цього тягара припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Деменція включає прогресуючі когнітивні порушення, що призводять до інвалідності, а її поведінкові та психологічні симптоми значно впливають на якість життя, спричиняючи стрес/тягар для доглядальників і часто призводять до інституціоналізації. Захворюваність на деменцію подвоюється приблизно кожні

5,9 років, збільшуючись з 3 на 1000 людино-років у віці 60–64 років до 175 на 1000 людино-роки у віці 95 років і старше. Рання діагностика має вирішальне значення, дозволяючи пацієнтам брати участь у розширеному плануванні догляду, поки вони ще мають здатність приймати рішення (Jakovljevic, et al., 2020). Незважаючи на покращення доступу до медичних послуг, прогалини в справедливості та ефективності догляду та лікування деменції залишаються.

Процес підвищення обізнаності та розуміння деменції серед населення

Підвищення обізнаності про деменцію має вирішальне значення для покращення результатів, зменшення стигми та створення інклюзивного, сприятливого середовища для людей, які живуть з деменцією. Обізнаність про деменцію передбачає розуміння цього стану та розпізнавання ознак, симптомів і факторів ризику (Alzheimer's Association, 2021). Рання діагностика може значно покращити лікування та якість життя людей з деменцією (World Health Organization, 2020). Крім того, сприяння створенню середовища, дружнього до людей з деменцією, та зменшення стигми є важливими компонентами обізнаності про деменцію, оскільки вони забезпечують інклюзивність і підтримку для тих, хто страждає від деменції (Alzheimer's Disease International, 2021).

Переваги обізнаності про деменцію:

- Покращене раннє виявлення та лікування, що веде до кращого контролю симптомів.
- Краща підтримка для доглядальників і сімей, зменшення стресу, навантаження та покращення якості життя.
- Більш дружні до людей з деменцією громади, які сприяють інклюзії, розумінню та участі.
- Розширення можливостей для людей з деменцією залишатися активними та залученими до суспільства.

Попередження деменції

Зі збільшенням тривалості життя зростає і кількість людей, які живуть із деменцією, що підкреслює нагальність виявлення та впровадження стратегій профілактики. Інформування громадськості про фактори ризику, які можна змінити, такі як освіта, втрата слуху, гіпертонія, куріння, ожиріння, депресія, фізична неактивність, діабет, вживання алкоголю, черепно-мозкова травма, забруднення повітря, соціальна ізоляція, нелікована втрата зору, високий рівень холестерину ЛПНЩ, також може допомогти в профілактичних заходах і значно знизити ризик деменції (Livingston, et al., 2020). Звіт Lancet показує, що модифікація цих 14 факторів ризику може запобігти або відстрочити майже половину випадків деменції. Це вимагає амбітних профілактичних зусиль, включаючи зміни політики на рівні населення та індивідуалізовані втручання. Профілактика має бути пріоритетною для забезпечення рівності та зосереджуватися на групах високого ризику, причому втручання повинні починатися рано і тривати протягом усього життя. У звіті підкреслюється, що ризик можна змінити незалежно від генетичної схильності (генетичний статус APOE) і що багатокомпонентні втручання можуть бути корисними для людей як з високим, так і з низьким генетичним ризиком (Livingston, et al., 2024).

Конкретні рекомендації включають:

- Освіта: Забезпечення доступу до якісної освіти та заохочення когнітивної стимуляції в середньому віці.

- Втрата слуху: Зробити слухові апарати доступними та зменшити шкідливий вплив шуму.
- Депресія: Ефективно лікувати депресію.
- Захист голови: Заохочувати використання шоломів для контактних видів спорту та їзди на велосипеді.
- Фізична активність: Заохочувати фізичні вправи для зменшення ризику деменції.
- Куріння: Навчати та регулювати куріння, пропонуючи підтримку у припиненні куріння.
- Гіпертензія: Підтримувати систолічний артеріальний тиск 130 мм рт. ст. або менше з 40 років.
- Холестерин: Виявляти та лікувати високий рівень холестерину ЛПНЩ з середнього віку.
- Контроль ваги: Запобігати та лікувати ожиріння на ранніх стадіях, щоб зменшити ризик діабету.
- Діабет: Запобігати та контролювати діабет.
- Вживання алкоголю: Зменшити надмірне вживання алкоголю шляхом контролю цін та підвищення обізнаності.
- Соціальна участь: Зменшити соціальну ізоляцію через створення сприятливого для людей похилого віку середовища та залучення громади.
- Втрата зору: Забезпечити доступний скринінг та лікування втрати зору.
- Забруднення повітря: Зменшити вплив шкідливих забруднювачів (Livingston, et al., 2024).



Мал.11. Модель впливу модифікованих факторів ризику деменції впродовж життя (Livingston, et al., 2024)

Культурна компетентність у догляді за людьми з деменцією

Культурна компетентність у догляді за людьми з деменцією є надзвичайно важливою для надання ефективної та шанобливої підтримки особам із різним культурним походженням. Вона передбачає розуміння та інтеграцію культурних переконань, цінностей та практик пацієнтів у їхні плани догляду. Такий підхід покращує залученість пацієнтів, їхнє задоволення та загальні результати догляду.

Ключові аспекти культурної компетентності в догляді за людьми з деменцією:

- **Розуміння культурних особливостей:** Визнання того, що культурні переконання суттєво впливають на сприйняття, діагностику та лікування деменції. Наприклад, у деяких культурах деменція може розглядатися як природна частина старіння, що призводить до затримок у зверненні за медичною допомогою (Lark, et al., 2018)
- **Спілкування:** Подолання мовних бар'єрів і розуміння культурно зумовлених стилів спілкування є надзвичайно важливим. Ефективне використання перекладачів та відповідних культурних матеріалів може покращити стосунки між пацієнтом та лікарем (Alzheimer's Society).
- **Роль родини:** У багатьох культурах члени родини є основними опікунами для людей похилого віку з деменцією. Визнання та повага до цієї сімейної динаміки є життєво важливими для розробки ефективних планів догляду (Shishira, 2024).
- **Адаптація втручань:** Розробка планів догляду, які враховують культурні дієтичні уподобання, традиції догляду та переконання щодо здоров'я, водночас сприяючи застосуванню науково обґрунтованих практик.
- **Побудова довіри:** Встановлення довіри за допомогою культурно чутливих взаємодій, включаючи використання невербальної комунікації та залучення громадських ресурсів, підвищує комфорт та співпрацю пацієнтів (Dementia UK, 2021)

8.3. Ставлення медичних працівників до літніх пацієнтів

Дослідження показують, що ставлення медичних працівників до людей похилого віку значно впливає на якість догляду та спілкування, які вони надають. Дослідження висвітлюють кілька ключових висновків:

Негативне ставлення впливає на спілкування: Медсестри з негативним ставленням до старіння, як правило, ведуть коротші, більш поверхові та орієнтовані на завдання розмови з літніми пацієнтами. Ці взаємодії часто супроводжуються поблажливим тоном і виключають пацієнтів з консультацій або прийняття рішень. (Caris-Verhallen, et al., 1999).

Низькі очікування та відсторонений догляд: Медсестри з несприятливим ставленням до літніх пацієнтів демонструють нижчі очікування щодо їхньої реабілітації та більш відсторонене ставлення до лікування. Вони також рідше використовують гумор або запам'ятовують імена літніх пацієнтів, порівняно з молодшими пацієнтами. (McLafferty & Morrison, 2004).

Виключення з медичних розмов: У різних дисциплінах (лікарі, медсестри та соціальні працівники) літні пацієнти часто виключаються з обговорень щодо їхнього власного догляду. Замість цього, медичні працівники можуть оминати їх, щоб спілкуватися з молодшими членами сім'ї або приймати клінічні

рішення без значущого внеску пацієнта. Причини цього включають відсутність самосвідомості, уявлення про те, що обговорення догляду з молодшими членами сім'ї є легшим, та неспроможність розглядати літнього пацієнта як індивідуума. (Ben-Harush, et al., 2016).

Загалом, ці закономірності показують, як ейджизм у охороні здоров'я може підірвати пацієнтоорієнтований догляд та скомпрометувати гідність літніх пацієнтів.



8.4. Як культура впливає на сприйняття старіння

У сучасному світі поєднання урбанізації, зростання вартості життя та культурних зрушень, зумовлених глобальною взаємопов'язаністю, сприяє переходу від традиційних сімейних систем, де про літніх людей піклуються вдома, до систем догляду, що базуються на установах. У багатьох східних культурах очікується, що молодші покоління піклуватимуться про своїх літніх членів сім'ї, розглядаючи це як сімейний обов'язок. В результаті, літні люди часто отримують догляд вдома, нерідко проживаючи зі своїми дітьми або іншими молодшими родичами. Навпаки, в таких країнах, як США, поширено, що літні люди проживають у «пенсійних спільнотах», де багато хто вирішує жити незалежно в умовах спільноти. (Fernandes, 2023).

Сприйняття старіння різниться в різних культурах, впливаючи на те, як ставляться до літніх людей. У деяких культурах літніх людей поважають за їхню мудрість, тоді як в інших старіння може розглядатися негативно. Це може впливати на їхню самооцінку та добробут. Західні суспільства часто цінують молодість та красу, що призводить до негативного погляду на старіння. Навпаки, багато східних та африканських культур цінують літніх людей за їхній досвід та знання, маючи міцні сімейні та громадські системи підтримки.

Розуміння медичними працівниками цих культурних відмінностей є вирішальним для надання індивідуалізованого догляду, покращення спілкування, підтримки участі родини у прийнятті рішень та заохочення залучення громади. Навчання культурній обізнаності підвищує здатність медичних працівників обслуговувати літніх людей з різним походженням. (Mansor & Hui, 2020).

8.5. Виклики, з якими стикаються літні іммігранти, що старіють у країнах перебування

Економічні труднощі: Літні іммігранти часто стикаються з економічними труднощами, будучи надмірно представленими серед вразливих та знедолених груп. Вони, як правило, працюють на низькооплачуваних роботах з низькою гарантією зайнятості та мінімальними пенсійними виплатами, що призводить до залежності від державних пенсій після виходу на пенсію. Навіть ті, хто має професійні пенсії, зазвичай отримують невеликі суми через періоди безробіття або достроковий вихід на пенсію. Неєвропейські літні іммігранти в Європі є особливо незахищеними, оскільки вони, як правило, не можуть перевести пенсійні права, на відміну від їхніх європейських колег. (Ayalon, Tesch-Römer et al., 2018).

Обмежений доступ до послуг: Літні іммігранти часто стикаються з обмеженим доступом до державних послуг через мовні бар'єри, недостатню освіту, недостатній культурний капітал та неадекватну інформацію. Вони також мають труднощі з навігацією в бюрократії і часто покладаються на підтримку сім'ї або громади. Фахівці зазвичай пояснюють це недостатнє використання послуг самими іммігрантами, а не системними проблемами. Однак, відсутність інклюзивної політики, недостатня увага з боку основних установ та неадекватна мультикультурна підготовка для постачальників послуг значно сприяють цим викликам доступності (Ayalon, Tesch-Römer, et al., 2018).

Соціальна ізоляція (самотність): Соціальна ізоляція є значною та постійною глобальною проблемою, що зачіпає багатьох літніх людей, особливо літніх іммігрантів та біженців. Вона часто пов'язана з такими факторами, як расизм, дискримінація, мовні бар'єри, слабкі соціальні зв'язки та розлука з друзями та родиною. Виявлення соціально ізольованих літніх людей залишається головною проблемою. Більш повне розуміння соціальної ізоляції є вирішальним для формування політики, розробки програм та досліджень, спрямованих на підтримку різноманітних літніх людей. (Johnson, et al., 2021)

8.6. Що кажуть європейські договори та конвенції з цього питання?

Хоча конкретні закони різняться залежно від країни, спільними темами є боротьба з дискримінацією, соціальний захист, доступ до охорони здоров'я та підтримка самостійного життя. Договори та законодавство ЄС забезпечують надійний захист від дискримінації за віком, зосереджуючись на захисті прав людей похилого віку, сприянні їхньому добробуту та забезпеченні їхньої участі в суспільстві.

Стаття 19 Договору про функціонування ЄС надає ЄС право законодавчо боротися з дискримінацією за віком (Європейський Союз, 2007). Стаття 21 Хартії основних прав чітко забороняє дискримінацію за віком, тоді як стаття 25

визнає право людей похилого віку на гідність, незалежність та участь у соціальному житті. (European Union, 2000). Європейська конвенція з прав людини, хоча й не розглядає прямо дискримінацію за віком, мала антидискримінаційне положення, яке тлумачиться таким чином, що включає вікову дискримінацію. (Council of Europe, 1950). Європейський суд (ЄС) також закріплює недискримінацію за віком як загальний принцип права ЄС, забезпечуючи дотримання цього принципу в усьому законодавстві ЄС – справа Мангольда (Mangold v. Helm, 2005). Справа Mangold v Helm (2005) C-144/04 була знаковою справою в Європейському Суді (ЄС) щодо дискримінації за віком у сфері зайнятості. Справа стосувалася пана Мангольда, 56-річного працівника в Німеччині, який працював за строковим контрактом згідно з німецьким законодавством, яке дозволяло такі контракти для старших працівників без обґрунтування. Він оскаржив закон, стверджуючи, що він дискримінує його за віком. У своєму рішенні ЄС постановив, що німецький закон суперечить Рамковій директиві про рівність у сфері зайнятості, хоча вона не мала бути впроваджена до кінця 2006 року. Він заявив, що загалом законодавство, яке дозволяє роботодавцям по-різному ставитися до людей через їхній вік, «порушує принцип» міжнародного права щодо усунення дискримінації за віком. ЄС постановив, що національні суди повинні скасовувати будь-яке положення національного законодавства, яке суперечить директиві. Навіть до повного впровадження Директиви 2000/78/ЄС (яка забороняє дискримінацію за віком у сфері зайнятості) національні суди повинні не застосовувати закони, несумісні з основоположними принципами ЄС.

Європейська соціальна хартія Ради Європи: Європейська соціальна хартія – це договір про права людини, заснований Радою Європи. Протягом понад 60 років вона захищає соціальні та економічні права громадян по всій Європі. Спочатку відкрита для підписання 18 жовтня 1961 року в Турині, Італія, Хартія з часом розвивалася, щоб вирішувати проблеми сучасних суспільств шляхом включення нових прав. Незважаючи на ці перегляди, Хартія залишається центральною для основних цілей Ради Європи – прав людини, верховенства права та демократії – підкреслюючи, що ці ідеали не можуть бути повністю реалізовані без захисту соціальних прав. Стаття 23 – це перше положення договору про права людини, яке спеціально захищає права людей похилого віку. Вона закликає держави-члени забезпечувати належний дохід, охорону здоров'я та участь у соціальному та культурному житті для людей похилого віку. Вона дозволяє людям похилого віку залишатися повноцінними членами суспільства та вимагає від держав-учасниць створити належну правову базу, яка дозволить боротися з дискримінацією за віком та передбачить процедуру «допомоги у прийнятті рішень».(Council of Europe, 1961).



Перегляньте пов'язане відео «Захист прав людей похилого віку»:

<https://youtu.be/GB7Vr8tOUe?si=aXOimGVI6xk8EAIC>.

Директива про рівність у сфері зайнятості (2000/78/ЄС) забороняє дискримінацію за віком у сфері зайнятості та професійного навчання по всьому Європейському Союзу. Її метою є забезпечення рівного ставлення та можливостей для людей незалежно від їхнього віку на робочому місці (Європейська комісія. Законодавство: Директива про рівність у сфері зайнятості (2000/78/ЄС).

ВООЗ, Глобальна стратегія та план дій щодо старіння та здоров'я (2016–2020): На Всесвітній асамблеї охорони здоров'я у 2016 році 194 країни прийняли Глобальну стратегію та план дій щодо старіння та здоров'я (2016–2030). Стратегія передбачала бачення та цілі на 14 років (2016–2030), а також План дій, що окреслює дії, які необхідно вжити в період з 2016 по 2020 рік для розробки бази доказів та партнерств для Десятиліття здорового старіння (2021–2030).



Метою стратегії було покращення якості життя людей похилого віку шляхом сприяння здоровому старінню та вирішення проблем, пов'язаних зі старінням населення. План зосереджувався на забезпеченні того, щоб люди похилого віку могли вести самостійне життя та мати доступ до необхідних їм послуг і підтримки, а також на сприянні розвитку суспільства, яке цінує їхній внесок.

Стратегія (2016–2020) мала дві цілі:

- п'ять років дій, заснованих на доказах, для максимізації функціональних здібностей кожної людини;
- до 2020 року встановити докази та партнерства, необхідні для підтримки Десятиліття здорового старіння з 2020 по 2030 рік.

Внесок ВООЗ у Глобальну стратегію старіння та здоров'я (2016–2020) значно просунув її дві основні цілі. Щодо Цілі 1, ВООЗ відіграла вирішальну роль у зміцненні наукових доказів здорового старіння, розробці рекомендацій та пропаганді політики, пов'язаної зі старінням. Всесвітній звіт про старіння та здоров'я (WRAH) та інші дослідницькі зусилля стали основою для національних стратегій, що призвело до зростання кількості країн, які розробляють політику, узгоджену зі стратегією. Хоча цей прогрес не можна приписати виключно ВООЗ, він відображає зростання глобальної обізнаності щодо проблем старіння та здоров'я. Щодо Цілі 2, ВООЗ успішно мобілізувала держави-члени, агентства ООН, громадянське суспільство та дослідників для закладання основи для Десятиліття здорового старіння (2021–2030). У проекті пропозиції щодо Десятиліття було окреслено чотири ключові напрямки дій, включаючи боротьбу з дискримінацією похилого віку, створення сприятливого для людей похилого віку середовища, покращення інтегрованого догляду та розширення довгострокового догляду. ВООЗ також започаткувала такі ініціативи, як «Здорове старіння для досягнення успіху в 21 столітті» – онлайн-програму

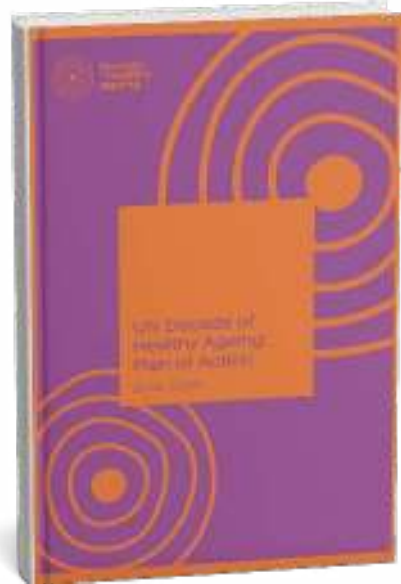
навчання для політиків. Однак, залишаються певні проблеми, зокрема необхідність сильнішого лідерства, чіткішої ролі партнерів та більш справедливої участі країн у впровадженні Десятиліття. (WHO: Evaluation Report, 2020). Десятиліття здорового старіння ООН (2021–2030): глобальна ініціатива, очолювана Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як продовження Глобальної стратегії старіння та здоров'я (2016–2020), спрямована на сприяння благополуччю, правам та гідності людей похилого віку. Вона відповідає Цілям сталого розвитку (ЦСР) Організації Об'єднаних Націй та зосереджена на покращенні якості життя людей похилого віку в усьому світі. Ініціатива визнає зростання глобального старіння населення та має на меті сприяти здоровому старінню інклюзивним та сталим чином. Десятиліття здорового старіння ООН прагне вирішити проблеми та надати можливості світу, що старіє, шляхом сприяння створенню середовищ та систем, які сприяють здоров'ю, автономії та залученню людей похилого віку. Воно підкреслює важливість співпраці між секторами та необхідність інноваційних підходів для створення суспільств, сприятливих для людей похилого віку. Основні цілі включають:

А) Боротьба з ейджизмом:

Вирішувати стереотипи та дискримінацію щодо людей похилого віку, одночасно пропагуючи позитивні погляди на старіння та їхній внесок.

Заходи щодо боротьби з ейджизмом:

- Підвищувати обізнаність за допомогою просвітницьких кампаній про цінність та потенціал людей похилого віку.
- Розробляти політику та закони для захисту від дискримінації за віком у сфері зайнятості, охорони здоров'я та інших сферах.
- Сприяти міжпоколінним програмам для заохочення взаєморозуміння та руйнування стереотипів між молодшим та старшим поколіннями.



В) Створення середовища, сприятливого для людей похилого віку:

Розвиток доступних громадських просторів та сприяння розвитку громад, що підтримують активне та здорове старіння.

Громади, сприятливі для людей похилого віку:

- Забезпечення доступних громадських просторів, транспорту та житла, що відповідають потребам людей похилого віку.
- Сприяння можливостям залучення громади, включаючи волонтерство та участь у соціальних, культурних та рекреаційних заходах.
- Покращення доступності таких послуг, як охорона здоров'я, магазини та розваги, завдяки фізичній та цифровій інфраструктурі.

С) Забезпечення інтегрованої допомоги:

Надання комплексних медичних послуг, орієнтованих на людину, адаптованих до потреб людей похилого віку.

Моделі інтегрованої медичної допомоги:

- Зосередьтеся на координації між постачальниками первинної медичної допомоги, спеціалістами та громадськими службами для задоволення складних потреб у сфері охорони здоров'я людей похилого віку.
- Зосередьтеся на профілактичній допомозі, ранній діагностиці та лікуванні хронічних захворювань для покращення результатів у сфері охорони здоров'я та якості життя.
- Використовуйте такі технології, як телемедицина, для розширення доступу до медичної допомоги, особливо для тих, хто проживає у віддалених територіях або районах з недостатнім обслуговуванням.

“

«Діючи разом, ми можемо додати якості до кількості та дати всім людям шанс жити змістовним життям, незалежно від їхнього віку.

Разом ми можемо зробити кожен рік важливим – не за кількістю, а за тим, як ми живемо та розвиваємося між цими подіями».

UN Decade of Healthy Ageing, 2022

D) Підтримка довгострокового догляду:

Вдосконалення систем довгострокового догляду з метою поваги до прав, гідності та вподобань людей похилого віку зі зниженням дієздатності.

Покращення послуг довгострокового догляду:

- Розвиток варіантів догляду на базі громади, які дозволять літнім людям старіти на місці, а не поміщати їх в установи.
- Забезпечення належного навчання та підтримки для осіб, що здійснюють догляд, включаючи членів сімей та професійний персонал.
- Забезпечення того, щоб політика довгострокового догляду враховувала проблеми жорстокого поводження, нехтування та експлуатації.
- Загалом, ініціатива є закликом до дій для урядів, громадянського суспільства та зацікавлених сторін щодо покращення життя літніх людей, дозволяючи їм жити довше, здоровіше та повноцінніше. (Decade of Healthy Ageing, 2022).

Перегляньте наступне відео про Десятиліття здорового старіння:

<https://youtu.be/2Ka3a3X5RRw?si=aTfBT5o5f1BLw7fB>

Список використаних джерел

- Alzheimer's Association. (2021). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.org/facts>
- Alzheimer's Disease International. (2021). World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. Alzheimer's Disease International. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.alz.co.uk/research/world-report>
- Alzheimer's Society. (n.d.). Cultural sensitivity and awareness. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.alzheimers.org.uk/dementia-professionals/dementia-experience-toolkit/how-recruit-people-dementia/cultural-sensitivity-and-awareness>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., et al. (2016). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. *The Gerontologist*, 57(4), 707-718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw076>
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). The role of communication in nursing care for older people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 915-933. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00966.x>
- CDC. (2024). Healthy aging at any age. <https://www.cdc.gov/healthy-aging/about/index.html>
- Council of Europe. (1950). European Convention on Human Rights. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.echr.coe.int>
- Council of Europe. (1961). European Social Charter. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter>
- Dementia UK. (2021). Cultural and religious awareness within dementia care. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.dementiauk.org/news/cultural-and-religious-awareness-within-dementia-care/>
- European Commission. (n.d.). Legislation: Employment Equality Directive (2000/78/EC). Employment, Social Affairs & Inclusion. Retrieved January 21, 2025, from https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/rights-work/tackling-discrimination-work/legislation-employment-equality-directive-200078ec_en
- European Union. (2000). Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of the European Communities, C 364/1. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.europarl.europa.eu>
- European Union. (2007). Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU). Official Journal of the European Union, C 326/47. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.europa.eu>
- Fernandes, D. (2023). Aging across borders: How we age around the world. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/non-weird-science/202310/aging-across-borders-how-we-age-around-the-world>
- Greenlee, K. (2020). Overcoming the Silver Tsunami. American Society on Ageing. <https://generations.asaging.org/silver-tsunami-older-adults-demographics-aging>
- Hanefeld, J., & Fischer, H. T. (2021). Global health: Definition, principles, and drivers. *Handbook of global health*, 3-27. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_4-1
- Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *Healthcare Management Forum*, 34(5), 266-271.
- Lark, J. L., Phoenix, S., Bilbrey, A. C., et al. (2018). Cultural competency in dementia care: An African American case study. *Clin Gerontol*, 41(3), 255-260. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1420725>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. *Open Journal of Nursing*, 3(1).

-
- Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., et al. (2021). Aging and age-related diseases: From mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22(2), 165-187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Longev, L. H. (2021). Care for ageing populations globally. *Lancet Healthy Longevity*, 2(4), e180.
- Malhotra, S. (2023). Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare.
- Mangold v. Helm, Case C-144/04, European Court of Justice (2005). Retrieved January 15, 2025, from <https://curia.europa.eu>
- Mansor, S., & Hui, M. K. (2020). Cultural attitudes towards older adults: A comparative study. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4), 413-430. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1802422>
- McLafferty, E., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 446-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03124.x>
- Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2023). Global aging and health determinants in a changing world. In *Aging* (pp. 3-30). Academic Press.
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119-1131. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
- Shishira, S. (2024). How race and culture can affect Alzheimer's care. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.webmd.com/alzheimers/race-culture-alzheimers-care>
- World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042/>
- World Health Organization. (2020). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. World Health Organization. Retrieved January 10, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550579>
- World Health Organization. (2021). Global report on ageism. Retrieved January 15, 2025, from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Заключне осмислення: Старіння населення та модель EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі наголошується, що **глобальне старіння населення** створює значні виклики для систем охорони здоров'я з точки зору рівності, емпатії та культурної адаптації — виклики, які тісно узгоджуються з основними стовпами моделі EMPOWER, зокрема з мультикультуралізмом, професіоналізмом, благополуччям та освітніми ресурсами.

Автори наголошують на необхідності **культурно компетентної геріатричної допомоги**, боротьби з ейджизмом та розвитку середовища, сприятливого для людей похилого віку, — усе це підтримує цінності EMPOWER щодо ДОБРОБУТУ та ЕФЕКТИВНОСТІ. Акцент на **індивідуалізованому догляді** за людьми похилого віку та визнанні їхньої культурної ідентичності та цінностей відображає заклик EMPOWER до шанобливої, рефлексивної та культурно свідомої охорони здоров'я.

У цьому розділі також наголошується на важливості профілактики деменції та освіти, пов'язаної зі старінням, посилення компонента моделі «Освітні ресурси» та сприяння постійному розвитку медичних працівників.

Коротко кажучи, цей розділ підкреслює основне послання EMPOWER: **догляд за людьми похилого віку має бути культурно обґрунтованим, етично обґрунтованим та зосередженим на гідності та благополуччі — незалежно від віку чи походження.**



Бажаєш знати більше?

Відвідай платформу MultiCultiMed!

Ми наполегливо рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ти знайдеш інтерактивні вправи, додаткові матеріали та захопливі активності, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть втілити знання в практику та зміцнити рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu







Розділ 9

Ефективна багатокультурна комунікація та практики співпраці: Стратегії інклюзивності та діалогу

КАРМЕН ЕРЯВЕЦ, САБІНА КРСНІК
Університет Ново-Место (Словенія)

“

Ефективна міжкультурна комунікація та співпраця процвітають на основі емпатії, активного слухання та взаємної поваги, перетворюючи різноманітність на потужний інструмент для інклюзивності та змістовного діалогу.

9.1. Вступ

Ефективна міжкультурна комунікація життєво важлива для медичних працівників, які працюють у дедалі різноманітнішому середовищі. **Повага до різноманітності** є наріжним принципом, оскільки пацієнти та колеги привносять у медичне середовище унікальне культурне походження, переконання та цінності. Прийняття цієї різноманітності не лише сприяє **довірі**, але й покращує результати лікування пацієнтів та динаміку команди. **Емпатія та розуміння** однаково важливі; медичні працівники повинні активно прагнути зрозуміти точки зору пацієнтів та колег, особливо щодо культурних норм, пов'язаних зі здоров'ям, хворобами та лікуванням. Це вимагає **культурної скромності** — постійної готовності вивчати культурні відмінності та адаптуватися до них без осуду. Чітка та прозора **комунікація** має вирішальне значення, забезпечуючи передачу медичної інформації таким чином, щоб поважати культурний контекст пацієнта та уникати двозначності. **Активне слухання** додатково підтримує ці зусилля, дозволяючи фахівцям ефективно вирішувати проблеми, одночасно будуючи взаєморозуміння. **Чутливість до конфлікту**, ще один ключовий принцип, дає змогу медичним командам конструктивно керувати розбіжностями, зосереджуючись на спільних цілях, таких як благополуччя пацієнтів, а не на культурних непорозуміннях. (Samovar, et al., 2017).

Окрім цих принципів, медичні працівники повинні дотримуватися цінностей, що сприяють **інклюзивності та співпраці** у своїй практиці. **Взаємна повага** є фундаментальною, оскільки вона визнає притаманну гідність кожного, незалежно від його культурного чи мовного походження. Інклюзивність гарантує, що пацієнти та колеги **почуваються цінними** та мають **можливість висловлювати свою точку зору**, що є критично важливим для спільного прийняття рішень. **Чесність та порядність** у спілкуванні будують довіру, особливо під час обговорення делікатних тем, пов'язаних зі здоров'ям та доглядом. **Співпраця** підвищує ефективність команди, використовуючи різноманітні точки зору для розробки інноваційних рішень. Не менш важливим є **розширення можливостей** – заохочення маргіналізованих груп, таких як неносії мови або малозабезпечені громади, до активної участі у своєму догляді чи професійному середовищі. Приймаючи ці принципи та цінності, медичні працівники створюють більш **справедливу та ефективну систему** догляду, яка не лише **поважає культурні відмінності**, але й використовує їх як силу для покращення догляду за пацієнтами та професійного зростання в мультикультурному контексті охорони здоров'я. (Samovar, et al., 2017).

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої погляди, знання та навички у таких сферах:

- **Розвиток ефективних комунікативних навичок**, включаючи активне слухання та емпатію.
- За допомогою практичних вправ та тематичних досліджень студенти **покращать свою здатність активно та емпатично слухати**. Ці навички є важливими для розуміння потреб пацієнтів, побудови міцних терапевтичних стосунків та сприяння співпраці в медичних командах.
- **Визначення ключових понять**, пов'язаних з міжкультурною комунікацією,

таких як **культурна компетентність, мовне розмаїття, неявні упередження та стереотипи**. Розуміння цих понять допоможе студентам впевнено та з повагою орієнтуватися в міжкультурній взаємодії.

- **Визнання та подолання бар'єрів у міжкультурному спілкуванні, включаючи мовні відмінності, культурні непорозуміння та несвідомі упередження.** Студенти досліджуватимуть стратегії забезпечення шанобливої та ефективної взаємодії з пацієнтами та колегами з різним походженням.
- **Покращення навичок вирішення конфліктів у мультикультурному контексті** шляхом вивчення методів управління та вирішення конфліктів, що виникають через культурні відмінності.
- **Зосереджуючись на спільних цілях, таких як благополуччя пацієнтів, студенти розроблять стратегії перетворення конфліктів на можливості для зростання та співпраці.**

Результати навчання

До кінця цього розділу студенти зможуть:

- **ефективно спілкуватися**, включаючи розуміння важливості активного слухання та емпатії, а також ясності у взаємодії з пацієнтами та колегами.
- **розуміти важливість** культурно доречних вербальних та невербальних методів комунікації, які є важливими для побудови довіри та розуміння в різних умовах
- **розпізнавати та долати бар'єри** в міжкультурному спілкуванні. Студенти визначатимуть спільні проблеми, такі як мовні відмінності, культурні непорозуміння, неявні упередження та стереотипи. Вони вивчать стратегії подолання цих бар'єрів, забезпечуючи шанобливу та ефективну взаємодію з пацієнтами та колегами з різним походженням.
- **заохочувати використовувати сильні сторони культурного різноманіття** для сприяння інноваціям та вирішенню проблем у медичних командах.
- **вирішувати конфлікти в міжкультурному контексті.** Студенти вивчатимуть методи управління та вирішення конфліктів, що виникають через культурні непорозуміння. Зосереджуючись на спільних цілях, таких як благополуччя пацієнтів, вони **розроблять стратегії перетворення конфліктів на можливості для зростання та співпраці.**

Відповідні визначення та терміни

Розуміння ключових визначень і термінів забезпечує студентам-медикам та студентам медичних наук базову основу для орієнтування в системі охорони здоров'я, де різноманітність серед пацієнтів та фахівців є дедалі поширенішим явищем.

Мультикультурна комунікація стосується обміну інформацією та ідеями між людьми з різним культурним походженням таким чином, щоб поважати та подолати культурні відмінності. За Гудікунстом (2003), вона наголошує на розумінні нюансів вербальної та невербальної комунікації між культурами для досягнення взаєморозуміння. У сфері охорони здоров'я мультикультурна комунікація стосується володіння мовою та визнання культурних цінностей, переконань та практик, які впливають на поведінку пацієнтів та результати лікування.

Ефективна культурна комунікація означає здатність окремих осіб або груп ефективно обмінюватися інформацією та розуміти значення в контексті культурної різноманітності. Це включає вербальну, невербальну та символічну комунікацію. (Gudykunst, 2005). Ефективна комунікація може бути досягнута за допомогою стратегій, таких як **активне слухання, уникнення припущень та стереотипів, використання інклюзивної мови та поведінки**. Активне слухання полягає у тій увазі до говорячого з наміром зрозуміти та співпереживати, з урахуванням культурних контекстів. (Brownell, 2012). Уникнення припущень та стереотипів вимагає утримання від узагальнень або упереджених висновків на основі культурних відмінностей, зосереджуючись радше на індивідуальному досвіді. (Hofstede, et al., 2010). **Інклюзивна мова та поведінка** гарантують, що всі особи відчують повагу, незалежно від їхнього культурного походження. (Neuliep, 2020).

Лінгвістична компетентність означає спроможність систем охорони здоров'я та постачальників послуг ефективно спілкуватися з пацієнтами тією мовою, яку вони обрали, включаючи надання послуг з усного перекладу та письмового перекладу. Цей термін підкреслює усунення мовних бар'єрів у наданні медичної допомоги. (Office of Minority Health, 2001).

Усна комунікація в охороні здоров'я означає використання усної або письмової мови для передачі інформації між медичними працівниками та пацієнтами. Це включає надання чітких, точних та культурно чутливих пояснень щодо діагнозів, лікування та процедур (Silverman, et al., 2013).

Невербальна комунікація охоплює вирази обличчя, мову тіла, зоровий контакт, дотик, проксемику (особистий простір), тон голосу, мовчання та інші невербальні сигнали, які можуть значною мірою впливати на те, як сприймаються та інтерпретуються повідомлення. (Hall, 1976). У мультикультурних контекстах розуміння культурних відмінностей у невербальній комунікації є вирішальним для уникнення непорозумінь та встановлення довіри з пацієнтами з різних культурних середовищ.



Командна комунікація в міжкультурних умовах охорони здоров'я стосується обміну інформацією, ідеями та зворотним зв'язком між професіоналами з різних культурних середовищ. Ефективна командна комунікація базується на культурній обізнаності, активному слуханні та стратегіях вирішення конфліктів. За словами Рівса та співавт. (2010), високопродуктивні міжкультурні команди демонструють адаптивність, взаємну повагу та спільні цілі, що є критично важливим для безпеки пацієнтів та якості надання догляду. **Препони до ефективної комунікації** включають мовні відмінності, культурні непорозуміння та неправильне тлумачення невербальних сигналів. (Samovar, et al., 2017).

Зобов'язання до діалогу та співпраці означає готовність окремих людей та груп до відкритого, взаємного діалогу та прагнення до спільних рішень, що ґрунтуються на повазі культурної різноманітності та довірі. Він підкреслює важливість розвитку взаємин через спільне розуміння та співпрацю (Buber, 1970; Isaacs, 1999). Побудова довіри в багатокультурних середовищах потребує чесності, поваги та послідовності в діях та комунікації. (Ting-Toomey & Chung, 2012). **Діалогічні підходи** є ключовими для розуміння різноманітних поглядів. Двостороння комунікація, що включає **активне слухання** та **відкритість** до інших точок зору, зміцнює діалог і сприяє спільному розумінню. (Bakhtin, 1981). **Спільні практики** далі підтримують зобов'язання, залучаючи зацікавлені сторони до процесів прийняття рішень та спільного створення рішень, які інтегрують та поважають різноманітні культурні спостереження. **Залучення зацікавлених сторін** забезпечує їх активну участь та врахування їхніх культурних цінностей. (Freeman, 2010), під час спільного створення рішень наголошується на інтеграції різних поглядів для вирішення спільних завдань (Gray, 1989). **Врегулювання конфліктів** у міжкультурних середовищах є невід'ємною складовою співпраці. **Ефективні стратегії** включають посередництво, засноване на взаємній повазі та спільній роботі, з акцентом на виявленні спільних цінностей для конструктивного вирішення спорів. (Deutsch, et al., 2011).

9.2. Інтеркультурна комунікація в охороні здоров'я

9.2.1. Теоретичні моделі міжкультурної комунікації

Теоретичні моделі міжкультурної комунікації все частіше застосовуються в охороні здоров'я з метою вирішення диспропорцій у результатах лікування, спричинених культурними відмінностями. Такі диспропорції часто виникають через невідповідність очікувань між пацієнтами та працівниками охорони здоров'я, мовні бар'єри та різні культурні переконання щодо здоров'я та хвороби. Дослідження свідчать, що культурно компетентна комунікація може подолати ці прогалини, сприяючи кращому розумінню та співпраці між медичними працівниками та пацієнтами. Такий підхід покращує довіру, яка є основою ефективних терапевтичних стосунків; підвищує дотримання схеми лікування за рахунок узгодження догляду з культурними цінностями пацієнта; а також підвищує загальне задоволення пацієнтів шляхом створення більш інклюзивного та поваги до пацієнтів досвіду охорони здоров'я. Моделі, такі як континуум культурної компетентності, підкреслюють, що культурна компетен

тність є не статичним досягненням, а динамічним, постійним процесом. Континуум включає кілька етапів: культурна знищувальна практика, культурна некомпетентність, культурна сліпота, культурна передкомпетентність, культурна компетентність та культурна майстерність. Працівники охорони здоров'я заохочуються рухатися далі від базового культурного обізнаності, що полягає лише у визнанні культурних відмінностей, до культурної майстерності. На цьому рівні працівники активно інтегрують культурні знання та розуміння у свою комунікацію та практику, забезпечуючи гнучке та індивідуальне надання догляду з урахуванням унікального культурного походження кожного пацієнта. (Campinha-Bacote, 2002). Дослідники сходяться на думці, що культурно компетентна комунікація поширюється не лише на взаємодії між працівниками охорони здоров'я та пацієнтами, але й на організаційні практики в системах охорони здоров'я. Інституціям рекомендовано розробляти політики та рамки, які підтримують культурну компетентність на всіх рівнях. Це включає найм персоналу з різноманітного культурного середовища, регулярне навчання з міжкультурної комунікації та забезпечення доступу до професійних перекладачів та культурно відповідних освітніх матеріалів. Такий системний підхід доповнює індивідуальні зусилля медичних працівників та сприяє створенню середовища, де надання відповідного культурно догляду є нормою. На практиці культурно компетентна комунікація створює можливості для спільного прийняття рішень, у яких пацієнти відчують себе уповноваженими висловлювати свої переваги та занепокоєння. Такий участь у прийнятті рішень не лише покращує результати лікування, але й зменшує ймовірність непорозумінь та конфліктів. Наприклад, дослідження показують, що пацієнти більш схильні дотримуватися призначених лікувальних планів, коли медичні працівники приділяють час тому, щоб зрозуміти та інтегрувати культурні вірування щодо традиційних практик здоров'я, включаючи їхні улюблені культурні засоби. Такий цілісний підхід демонструє повагу до культурної ідентичності пацієнта та формує довіру і співпрацю в процесі лікування. (Campinha-Bacote, 2002).

9.2.2. Виклики мовних та культурних бар'єрів

Мовні відмінності залишаються критичним бар'єром у комунікації в охороні здоров'я. Пацієнти з обмеженою компетенцією в домінуючій мові часто стикаються з нижчою якістю догляду через непорозуміння, неправильне тлумачення або недостатні пояснення їхніх медичних станів та варіантів лікування. Це може призвести до зниження задоволеності пацієнтів, зменшення дотримання планів лікування та гірших результатів здоров'я. Наприклад, дослідження показали, що мовні бар'єри можуть сприяти вищим рівням повторних госпіталізацій, помилок у прийомі ліків та затримок у наданні допомоги. (Flores, 2006). Пацієнти з обмеженим знанням англійської мови (LEP) часто стикаються з труднощами у доступі до медичних послуг, отримують менш якісну доглядову допомогу та зазнають погіршення стану здоров'я. LEP є незалежним фактором, який сприяє нерівності у охороні здоров'я, і може загострити негативний вплив інших соціальних детермінант здоров'я. (Schwei, et al., 2016; American Medical Association, 2021). Крім того, стрес та тривога, спричинені неможливістю ефективно спілкуватися з працівниками охорони здоров'я, часто загострюють стан пацієнтів, особливо у невідкладних

або екстрених ситуаціях. (Ulrey & Amason, 2001; Paternotte, et al., 2015). Професійні медичні перекладачі покращують комунікацію, точно передаючи медичну термінологію та культурні нюанси, зменшуючи помилки та зміцнюючи довіру пацієнтів. Однак доступ до них залишається нерівномірним через фінансові, кадрові та логістичні виклики, причому заклади в менших містах часто покладаються на менш персоналізовані віддалені методи інтерпретації. (Pöchhacker, 2015).

Культурні бар'єри значно впливають на комунікацію в охороні здоров'я, впливаючи на переконання, процес прийняття рішень та сприйняття лікування. Колективістські культури, такі як в Східній Азії або Латинській Америці, підкреслюють участь сім'ї в рішеннях щодо охорони здоров'я, що може затримувати надання допомоги, якщо консенсус відсутній. Навпаки, індивідуалістські культури, як у Північній Америці та Західній Європі, пріоритетують автономію, часто розглядаючи участь сім'ї як вторгнення. (Hofstede, et al., 2010). **Культурні переконання щодо хвороби**, такі як духовні чи цілісні інтерпретації, можуть формувати готовність пацієнтів дотримуватися медичних порад, причому деякі надають перевагу молитві чи традиційним засобам лікування над традиційними. Неправильне тлумачення цих норм може призвести до неналежного лікування або неадекватного знеболення, підриваючи довіру пацієнтів та якість медичної допомоги. (Samovar, et al., 2017). **Культурні відмінності у ставленні до болю та емоційного вираження** створюють значні проблеми в охороні здоров'я. Хоча деякі культури цінують стоїцизм, інші заохочують озвучування болю для забезпечення його розпізнавання. Неправильне тлумачення цих норм може призвести до недооцінки або переоцінки стану пацієнта, що призводить до неоптимального лікування. Наприклад, медичні працівники, які не знають про культурні тенденції заниження рівня болю, можуть неадекватно справлятися з дискомфортом пацієнта, що призводить до недостатнього догляду. (Samovar et al., 2017).

9.2.3. Пацієнтоорієнтоване спілкування в мультикультурному середовищі

Дослідження показують, що подолання мовних та культурних бар'єрів шляхом культурної компетентності значно покращує результати охорони здоров'я. Це включає залучення професійних перекладачів, використання культурно адаптованих матеріалів та безперервне навчання для поваги до різноманітних норм. (Flores, 2006; Samovar, et al., 2017). Дослідження також підкреслюють ефективність моделей комунікації, орієнтованих на пацієнта, таких як структура LEARN, яка допомагає медичним працівникам **вислуховувати** занепокоєння пацієнтів, **пояснювати** їхню точку зору, **визнавати культурні відмінності**, **рекомендувати** відповідне лікування та **узгоджувати** взаємоприйнятний план догляду. Такий **структурований підхід** сприяє змістовному діалогу, підтверджує точку зору пацієнтів та узгоджує плани догляду з культурними цінностями, зрештою створюючи більш інклюзивне та сприятливе середовище охорони здоров'я. (Samovar, et al., 2017).

Невербальна комунікація в міжкультурній охороні здоров'я

Невербальне спілкування відіграє вирішальну роль у взаємодії в охороні

здоров'я, особливо за наявності мовних бар'єрів. Зоровий контакт, жести, дотики та уподобання щодо фізичного простору сильно відрізняються залежно від культури та можуть впливати на сприйняття пацієнтами медичної допомоги. Дослідження показують, що навчання медичних працівників розпізнаванню та адаптації до культурних відмінностей у невербальному спілкуванні покращує враження пацієнтів та зміцнює довіру. (Samovar, et al., 2017; Ting-Toomey & Chung, 2012).

Роль технологій у міжкультурній комунікації в охороні здоров'я

Цифрові інструменти, включаючи телемедицину та мобільні медичні додатки, пропонують перспективні рішення для подолання культурних та мовних бар'єрів у сфері охорони здоров'я, особливо для малозабезпечених верств населення. Однак їхня ефективність залежить від культурно чутливого дизайну, з інтерфейсами користувача та контентом, адаптованими до рівня грамотності, технологічної обізнаності та культурних норм. (Aceto, et al., 2018). Дослідження показують, що серед проблем є цифровий розрив, оскільки населення з низьким рівнем доходу та райони цифрової ізоляції часто не має доступу до необхідної інфраструктури, а також проблеми конфіденційності, які можуть відрізнитися залежно від культури та впливати на довіру до цих технологій. Вирішення цих проблем вимагає інвестицій у справедливую інфраструктуру та культурно адаптовану політику охорони здоров'я. (Lythreathis, et al., 2021).

9.3. Стратегії ефективної культурної комунікації

Ефективна комунікація є основоположною для надання високоякісної медичної допомоги, особливо в культурно різноманітному середовищі. Вона гарантує, що медичні працівники можуть встановити довіру, зрозуміти потреби пацієнтів та надати належну допомогу. Медичні працівники можуть використовувати стратегії для покращення комунікації з пацієнтами та колегами.

1. Активне слухання

Активне слухання є основою ефективного спілкування. Воно передбачає повну концентрацію на тому, що говорить співрозмовник, розуміння його повідомлення та вдумливе реагування.

2. Використання зрозумілої та простої мови

Медичний жаргон може заплутати або залякати пацієнтів, особливо тих, хто має обмежену медичну грамотність. Спрощення мови та уникнення технічних термінів гарантує, що пацієнти розуміють свій діагноз, варіанти лікування та інструкції щодо догляду.

3. Культурна чутливість

Культурна чутливість передбачає визнання та повагу до культурних переконань, цінностей та практик пацієнтів. У різних медичних закладах культурна чутливість допомагає медичним працівникам уникати непорозумінь та надавати допомогу, яка відповідає культурному контексту пацієнта.

4. Невербальне спілкування

Невербальне спілкування, таке як міміка, жести та мова тіла, відіграє значну роль у взаємодії медичних працівників. Медичні працівники повинні пам'ятати про свої невербальні сигнали та навчитися інтерпретувати сигнали пацієнтів з різним культурним походженням.

Стратегії ефективної комунікації в охороні здоров'я

1. Активне слухання
2. Використання чіткої та простої мови
3. Врахування культурних особливостей
4. Невербальне спілкування
5. Побудова довіри та взаєморозуміння
6. Використання технологій для підтримки комунікації
7. Заохочення до спільного прийняття рішень
8. Подолання мовних бар'єрів
9. Надання емпатії та емоційної підтримки

5. Побудова довіри та взаєморозуміння

Довіра є важливою у відносинах між пацієнтом та постачальником медичних послуг. Коли пацієнти довіряють своїм медичним працівникам, вони з більшою ймовірністю діляться важливою інформацією, дотримуються планів лікування та відчують задоволення від наданої допомоги.

6. Використання технологій для підтримки комунікації

Цифрові інструменти, такі як електронні медичні карти (ЕМК), платформи телемедицини та портали пацієнтів, можуть покращити комунікацію між медичними працівниками та пацієнтами. Ці технології сприяють обміну інформацією, покращують доступ до медичної допомоги та забезпечують кращу залученість пацієнтів.

7. Заохочення спільного прийняття рішень

Спільне прийняття рішень передбачає співпрацю пацієнтів та постачальників медичних послуг для прийняття рішень щодо охорони здоров'я, які відповідають уподобанням та цінностям пацієнта. Такий спільний підхід призводить до підвищення задоволеності пацієнтів та кращих результатів у сфері охорони здоров'я.

8. Подолання мовних бар'єрів

Мовні бар'єри можуть перешкоджати ефективному спілкуванню, призводячи до неправильних діагнозів, помилок у лікуванні та зниження задоволеності пацієнтів. Подолання цих бар'єрів має вирішальне значення для забезпечення справедливого надання медичної допомоги.

9. Надання емпатії та емоційної підтримки

Емпатія – це здатність розуміти та розділяти почуття іншої людини. У сфері охорони здоров'я прояв емпатії сприяє міцним стосункам між пацієнтом і постачальником медичних послуг і допомагає пацієнтам відчувати підтримку у стресові часи.

9.3.1. Активне слухання в мультикультурному контексті для медичних працівників

Активне слухання є фундаментальною комунікативною навичкою для медичних працівників, особливо в мультикультурному контексті. У різноманітних медичних середовищах ефективне слухання виходить за рамки простого сприйняття слів; воно вимагає розуміння культурних нюансів, визнання емоцій та демонстрації поваги до точки зору пацієнта.

Активне слухання в мультикультурному контексті включає кілька ключових компонентів:

1. Уважність

- Підтримуйте зоровий контакт (де це доречно в культурі) та зосередьтеся на пацієнті без відволікаючих факторів.
- Використовуйте мову тіла, таку як кивання або легкий нахил вперед, щоб показати зацікавленість.
- Уникайте перебивання або завершення речень пацієнта.

2. Уточнення

- Ставте відкриті запитання, щоб заохотити пацієнтів детальніше висловити свої занепокоєння (наприклад, «Чи можете ви розповісти мені більше про те, що ви переживаєте?»).

- о За потреби запитуйте роз'яснення, щоб переконатися в розуміння (наприклад, «Що ви маєте на увазі, коли кажете, що відчуваєте «важкість»?»).

3. Рефлексія

- о Перефразуйте слова пацієнта, щоб підтвердити розуміння (наприклад, «Отже, ви кажете, що біль посилюється вечорами?»).
- о Поміркуйте над емоціями пацієнта, щоб виявити емпатію (наприклад, «Схоже, це було дуже неприємно для вас»).

4. Емпатія

- о Продемонструйте розуміння почуттів пацієнта та його культурної перспективи.
- о Підтвердіть емоції пацієнта (наприклад, «Я розумію, як ця ситуація може викликати у вас тривогу»).

5. Підсумок

- о Підсумуйте ключові моменти розмови, щоб переконатися, що обидві сторони розуміють одне й те саме.
- о Підтвердьте наступні кроки та будь-які подальші дії.

Культурні відмінності можуть впливати на те, як пацієнти повідомляють про свої потреби та реагують на медичних працівників. Усвідомлення цих відмінностей є важливим для ефективного активного слухання в мультикультурному контексті.

Приклади культурного впливу на комунікацію:

- Культури з високим контекстом та низьким: У культурах з високим контекстом (наприклад, Японія, Китай) комунікація часто спирається на неявні повідомлення та невербальні сигнали. У культурах з низьким контекстом (наприклад, Сполучені Штати, Німеччина) комунікація, як правило, є більш прямою та явною.
- Ставлення до влади: У деяких культурах пацієнти можуть вагатися ставити запитання або не погоджуватися з медичними працівниками, розглядаючи їх як авторитетних фігур. Активне слухання може допомогти створити безпечний простір для цих пацієнтів, щоб висловити свої занепокоєння.
- Вираження болю та емоцій: Культурні норми можуть впливати на те, як пацієнти описують свої симптоми або виражають свої емоції. Наприклад, деякі культури можуть не схвалювати відверті прояви болю, тоді як інші можуть заохочувати яскраві описи.

Стратегії активного слухання з урахуванням культурних особливостей:

- Звертайте увагу на невербальні сигнали, такі як міміка, жести та тон голосу, які можуть відрізнятися залежно від культури.
- Адаптуйте свій стиль спілкування відповідно до вподобань пацієнта (наприклад, будьте більш формальними або неформальними залежно від культурного контексту).
- Уникайте припущень, заснованих на стереотипах; ставтеся до кожного пацієнта як до особистості.

Медичні працівники можуть зіткнутися з *труднощами* під час практики активного слухання в мультикультурному контексті:

- **Обмеження часу:** Обмежений час під час консультацій може ускладнити активне слухання.
- **Неявна упередженість:** Несвідомі упередження можуть впливати на те, як медичні працівники сприймають пацієнтів та реагують на них.
- **Мовні бар'єри:** Навіть за наявності перекладачів можуть бути втрачені тонкі нюанси мови.
- **Емоційний стрес:** Медичні працівники можуть почуватися перевантаженими емоційними вимогами вислуховування проблем пацієнтів.

Подолання цих труднощів:

- Надавайте пріоритет активному слуханню у складних або делікатних випадках, навіть якщо час обмежений.
- Поміркуйте над особистими упередженнями та пройдіть навчання з культурної компетентності, щоб мінімізувати їхній вплив.
- Використовуйте контрольні списки або комунікаційні рамки, такі як модель LEARN (Слухати, Пояснювати, Визнавати, Рекомендувати, Обговорювати), для керування взаємодією.
- Практикуйте турботу про себе, щоб керувати стресом та підтримувати емоційну стійкість.

9.3.2. Використання зрозумілої та простої мови в контексті мультикультурної охорони здоров'я

Для ефективного спілкування медичним працівникам слід дотримуватися таких **принципів**:

- **Уникайте медичного жаргону:** Використовуйте повсякденні терміни замість технічної мови. Наприклад, кажіть «високий кров'яний тиск» замість «гіпертонія».
- **Будьте прямими та конкретними:** Уникайте розпливчастих тверджень. Замість того, щоб казати: «Вам може знадобитися прийняти це», кажіть: «Приймайте ці ліки один раз на день після їжі».
- **Використовуйте короткі речення:** Розбивайте складні ідеї на менші, легші частини. Наприклад, замість «Цей препарат призначений для зменшення запалення, що допомагає полегшити біль і набряк», кажіть: «Цей препарат зменшує набряк і біль».
- **Використовуйте наочні посібники:** Використовуйте схеми, діаграми або зображення для пояснення процедур або станів, коли це можливо.
- **Запитуйте зворотний зв'язок:** Підтверджуйте розуміння, попросивши пацієнта повторити інформацію своїми словами.
- **Говоріть у комфортному темпі:** Говоріть повільно та чітко, особливо якщо рідна мова пацієнта відрізняється від вашої.

Стратегії міжкультурного спілкування

- **Вивчіть ключові фрази:** Знання основних слів мовою пацієнта, таких як «біль», «ліки» або «допомога», може мати велике значення.
- **Будьте обізнані з культурними нормами:** Зрозумійте, що культурне походження впливає на те, як пацієнти сприймають охорону здоров'я, висловлюють симптоми та взаємодіють з фахівцями. Наприклад, у деяких культурах пацієнти можуть неохоче ставити запитання чи висловлювати занепокоєння.
- **Використовуйте професійних перекладачів:** Коли мовні бар'єри є значними,

використовуйте кваліфікованих перекладачів, а не покладайтеся на членів сім'ї, яким може не вистачати медичних знань або можуть додати особисті упередження.

- Будьте терплячими та неупередженими: Дайте пацієнтам час обробити інформацію та поставити запитання. Уникайте припущень щодо їхнього розуміння чи вподобань.
- Визнавайте невербальні сигнали: Мова тіла, вираз обличчя та тон голосу можуть дати цінну інформацію про те, чи розуміє пацієнт або чи почувається комфортно.

Приклад

Сценарій: Пацієнт з іншим культурним походженням прибуває з симптомами діабету, але йому важко зрозуміти медичні терміни.

- Використовуйте **зрозумілу мову**: замість того, щоб казати: «Ваш рівень глюкози вказує на гіперглікемію», скажіть: «У вас занадто високий рівень цукру в крові».
- **Візуалізація**: Покажіть таблицю з нормальним та високим рівнем цукру в крові.
- **Зворотній зв'язок**: Запитайте: «Чи можете ви розповісти мені, що ви знаєте про рівень цукру в крові?»
- **Культурна чутливість**: Якщо раціон пацієнта має культурні особливості, обговоріть продукти, які відповідають його традиціям, але також підтримують його здоров'я.



9.3.3. Бути культурно чутливим у багатокультурному середовищі охорони здоров'я

Культурна чутливість передбачає визнання, повагу та цінування культурних відмінностей. Вона виходить за рамки простої обізнаності та активно адаптує комунікацію, поведінку та плани догляду для задоволення культурних потреб пацієнтів. Медичні працівники повинні розуміти, що культура впливає на те, як люди інтерпретують симптоми, звертаються за допомогою, дотримуються лікування та сприймають системи охорони здоров'я.

Принципи культурної чутливості

Самосвідомість: Поміркуйте над своїми культурними упередженнями, цінностями та припущеннями. Визнання особистих упереджень допомагає вам уникнути нав'язування їх пацієнтам.

Культурні знання: Дізнайтеся про поширені культурні переконання та практики, що стосуються вашої групи пацієнтів. Хоча узагальнення можуть забезпечити контекст, пам'ятайте, що кожен пацієнт унікальний.

Емпатія та повага: Підходьте до взаємодії з кожним пацієнтом з емпатією, прагнучи зрозуміти його точки зору та виявляючи повагу до його цінностей та уподобань.

Ефективне спілкування: Використовуйте чітку мову без жаргону. За необхідності співпрацюйте з перекладачами, щоб забезпечити точне розуміння.

Адаптивність: Будьте гнучкими та готовими змінювати свій підхід, щоб він відповідав культурному контексту пацієнта.

Практичні стратегії для культурно чутливого догляду

1. Побудова довіри:

- Почніть з представлення себе та пояснення своєї ролі.
- Проявіть щирий інтерес до походження та вподобань пацієнта.
- Використовуйте методи активного слухання, такі як підтримка зорового контакту (якщо це доречно з точки зору культури) та кивання головою.

2. Розуміння культурних переконань щодо здоров'я:

- Ставте відкриті запитання, щоб розкрити культурні переконання щодо хвороби та лікування. Наприклад: «Як ви ставитеся до своєї хвороби?» або «Чи є якісь традиційні практики, яких ви дотримуетесь?»
- Поважайте традиційні методи лікування та, по можливості, інтегруйте їх з біомедичними методами лікування.

3. Подолання мовних бар'єрів:

- Використовуйте професійних перекладачів, а не покладайтесь на членів сім'ї, оскільки це забезпечує точність та зберігає конфіденційність пацієнта.
- Надайте письмові матеріали мовою, якою пацієнт користується.
- Вивчіть ключові фрази мовами, якими зазвичай розмовляють ваші пацієнти.

4. Подолання культурних відмінностей:

- Будьте обізнані з культурними нормами, пов'язаними з гендерними ролями, скромністю та фізичним дотиком. Наприклад, деякі пацієнти можуть віддавати перевагу медичному працівнику тієї ж статі.
- Розумійте культурні відмінності у вираженні болю, горя чи емоцій.
- Уникайте припущень, заснованих на стереотипах; запитуйте пацієнтів про їхні вподобання.

5. Заохочення участі пацієнтів:

- Залучайте пацієнтів та їхні родини до процесів прийняття рішень, оскільки сімейна динаміка відіграє значну роль у багатьох культурах.
- Чітко пояснюйте варіанти лікування, забезпечуючи пацієнтам розуміння та відчуття можливості робити вибір.

Проблеми та способи їх подолання

Обмеження в часі: Виділення додаткового часу для культурно чутливої допомоги може бути складним завданням. Надайте пріоритет ранньому встановленню взаєморозуміння, щоб оптимізувати майбутню взаємодію.

Нестача культурних знань: Будьте в курсі подій завдяки тренінгам, семінарам та ресурсам з культурної компетентності.

Неявні упередження: Використовуйте такі інструменти, як тести на неявні асоціації, для виявлення та пом'якшення несвідомих упереджень.

Культурна чутливість є основоположною для надання високоякісної медичної допомоги в мультикультурному медичному середовищі. Це вимагає постійної саморефлексії, навчання та адаптивності. Розуміючи та поважаючи культурне походження пацієнтів, медичні працівники можуть побудувати довіру, покращити результати здоров'я та забезпечити, щоб кожен пацієнт відчував себе цінним та турботливим. Культурна чутливість — це не лише надання лікування, а й сприяння цілющим стосункам, заснованим на взаємній повазі та розумінні.

9.3.4. Невербальна комунікація

Невербальне спілкування становить значну частину людської взаємодії, часто доповнюючи або навіть замінюючи вербальне спілкування. В охороні здоров'я воно стає особливо важливим, коли існують мовні бар'єри. Наприклад, посмішка або кивок можуть заспокоїти пацієнта, навіть якщо він не розуміє розмовної мови. Так само спостереження за мовою тіла пацієнта, такою як ознаки дискомфорту чи тривоги, може попередити медичних працівників про невисловлені занепокоєння.

Невербальне спілкування можна розділити та застосовувати в охороні здоров'я:

Вираз обличчя

Важливість: Вираз обличчя передає такі емоції, як співчуття, занепокоєння та розуміння.

На практиці:

- Тепла посмішка може заспокоїти пацієнтів.
- Уникнення виразів розчарування чи нехвалення може допомогти зберегти довіру.
- Використовуйте ніжні та підбадьорливі вирази обличчя, коли повідомляєте конфіденційну інформацію.

Зоровий контакт

Важливість: Зоровий контакт демонструє увагу та повагу, завдяки чому пацієнти відчують, що їх чують і цінують.

На практиці:

- Підтримуйте відповідний зоровий контакт, не дивлячись пильно, оскільки це може відчуватися як залякування.
- Пам'ятайте, що в деяких культурах тривалий зоровий контакт вважається неповагою.

Мова тіла

Важливість: Постава тіла, жести та рухи відображають залученість і відкритість.

На практиці:

- Злегка нахиліться вперед, щоб показати увагу.
- Уникайте схрецування рук, оскільки це може сприйматися як захисна або закрита позиція.
- Використовуйте жести відкритими руками, щоб підсилити усні повідомлення.

Персональний простір

Важливість: Повага до особистого простору є важливою для забезпечення комфорту пацієнтів.

На практиці:

- Дотримуйтесь відповідної дистанції, враховуючи рівень комфорту пацієнта та культурні норми.
- Враховуйте, що деякі пацієнти можуть віддавати перевагу більшому простору, тоді як інші можуть відчувати себе впевненіше завдяки близькості.

Дотик

Важливість: Дотик може виражати співчуття, підтримку та заспокоєння, особливо в емоційних або критичних ситуаціях.

На практиці:

- Використовуйте ніжний дотик до плеча або руки, щоб заспокоїти пацієнтів, але завжди пам'ятайте про культурні межі чи особисті вподобання.
- Уникайте непотрібного або надмірного фізичного контакту, який може викликати дискомфорт у пацієнтів.

Інтонація голосу

Важливість: Тон, висота та темп мовлення можуть впливати на те, як сприймаються повідомлення.

На практиці:

- Використовуйте спокійний і рівний тон, щоб створити відчуття безпеки та довіри.
- Уникайте поспішного або зневажливого тону, оскільки це може змусити пацієнтів почуватися неважливими.
- Уповільнюйте темп, пояснюючи складну медичну інформацію.

Жести

Важливість: Рухи рук і жести можуть пояснити або підкреслити усне спілкування.

На практиці:

- Використовуйте прості, зрозумілі жести, щоб пояснити процедури чи концепції.
- Будьте обережні з використанням жестів, які можуть мати інше значення в інших культурах.

Тиша

Важливість: Тиша може надати пацієнтам простір для обробки інформації та відчуття комфорту, щоб поділитися своїми думками.

На практиці:

- Дозволяйте моменти тиші під час складних розмов.
- Використовуйте тишу стратегічно, щоб заохотити пацієнтів говорити, не відчувуючи поспіху.

Зовнішність і професіоналізм

Важливість: зовнішній вигляд медичного працівника передає компетентність і надійність.

На практиці:

- Підтримуйте охайний, професійний вигляд, який відповідає стандартам робочого місця.
- Носіть ідентифікаційні значки на видному місці, щоб пацієнти почувалися в безпеці.

Культурна чутливість у невербальному спілкуванні

Важливість: Культурні відмінності можуть суттєво впливати на інтерпретацію невербальних сигналів.

На практиці:

- Будьте обізнані щодо культурних норм стосовно зорового контакту, дотиків та особистого простору.
- Якщо не впевнені, спостерігайте за сигналами пацієнта та відповідно адаптуйтеся.

Інтеграція невербального спілкування в практику:

Самосвідомість: Регулярно оцінюйте свою невербальну поведінку, щоб переконатися, що вона відповідає вашому запланованому повідомленню.

Спостереження за пацієнтом: Звертайте увагу на невербальні сигнали пацієнтів, такі як мова тіла або вираз обличчя, щоб краще зрозуміти їхні почуття та занепокоєння.

Послідовність: Переконайтеся, що ваше невербальне спілкування доповнює ваші вербальні повідомлення для ясності та довіри.

Культурні відмінності в невербальному спілкуванні

Невербальні сигнали не є універсальними; вони дуже різняться в різних культурах. **Жест або вираз обличчя**, що передає одне значення в одній культурі, може мати зовсім інше або навіть протилежне значення в іншій. Наприклад, **зоровий контакт:** У західних культурах підтримка зорового контакту часто означає уважність та чесність. Однак у деяких азійських або близькосхідних культурах тривалий зоровий контакт може вважатися неповагою або конфронтаційним.

Дотик: У багатьох західних країнах ніжний дотик до руки може виражати емпатію. Однак в інших культурах фізичний дотик може бути недоречним, особливо між статтями.

Жести: Жести руками, такі як піднятий великий палець або знак «добре», є позитивними в деяких культурах, але образливими в інших.

Особистий простір: Культури різняться за своїми нормами щодо особистого простору. У той час як жителі Північної Америки можуть віддавати перевагу більшій особистій відстані, люди з латиноамериканських або середземноморських культур можуть почувати себе комфортніше, стоячи ближче.

Розуміння цих відмінностей є важливим для медичних працівників, щоб уникнути непорозумінь і ненавмисних образ.

Спостереження та інтерпретація невербальних сигналів

- Медичні працівники повинні розвивати сильні навички спостереження, щоб точно інтерпретувати невербальні сигнали. Наприклад:
- *Вирази обличчя:* Вираз обличчя пацієнта може виявити біль, розгубленість або страх, навіть якщо він цього не озвучує.
- *Постава та рухи:* Сутула постава може вказувати на втому або депресію, тоді як метушливість може означати тривогу.
- *Паралінгвістика:* Тон, висота та темп мовлення, навіть мовою, якої не розуміє медичний працівник, можуть дати уявлення про емоційний стан



Адаптація невербальної комунікації до мультикультурних контекстів

Щоб забезпечити ефективне спілкування, медичні працівники повинні адаптувати свою невербальну поведінку відповідно до культурного походження пацієнта:

- *Навчання з питань культурної чутливості:* Регулярні навчальні сесії можуть допомогти персоналу зрозуміти культурні норми та уникнути поширених помилок.
- *Підхід, орієнтований на пацієнта:* Спостереження за рівнем комфорту пацієнта та відображення його невербальних сигналів може допомогти встановити взаєморозуміння.
- *Використання наочних посібників:* Діаграми, малюнки або відео можуть подолати мовні бар'єри та забезпечити розуміння пацієнтами інструкцій або процедур.

9.3.5. Побудова довіри та взаєморозуміння в мультикультурній комунікації в охороні здоров'я

Довіра є основою будь-яких відносин між пацієнтом і постачальником медичних послуг. Вона культивується, коли пацієнти відчують, що їхні медичні працівники компетентні, чуйні та поважають їхні потреби. З іншого боку, взаєморозуміння передбачає створення позитивного зв'язку через взаєморозуміння та ефективну комунікацію. Разом довіра та взаєморозуміння допомагають зменшити тривожність, підвищити задоволеність пацієнтів та заохочувати активну участь у прийнятті рішень щодо охорони здоров'я.

Проблеми в мультикультурному середовищі

Побудова довіри в мультикультурному середовищі створює унікальні проблеми. Вони можуть включати:

- *Мовні бар'єри*: Обмежене володіння домінуючою мовою може перешкоджати чіткому спілкуванню, що призводить до непорозумінь.
- *Культурні відмінності*: Різниця в цінностях, переконаннях та практиках може впливати на сприйняття хвороби, лікування та медичних працівників.
- *Минулий досвід*: Пацієнти з маргіналізованих або меншинних спільнот можуть мати історію недовіри до медичних систем через дискримінацію або нерівне ставлення.

Подолання цих викликів вимагає від медичних працівників впровадження культурно чутливих комунікаційних стратегій.

Стратегії побудови довіри та взаєморозуміння

Побудова довіри та взаєморозуміння в мультикультурних медичних закладах вимагає *культурної компетентності, емпатії, активного слухання та чіткої комунікації*. Подолання таких труднощів, як мовні бар'єри та культурні відмінності, має вирішальне значення для створення позитивного досвіду для пацієнтів. Розвиваючи ці навички та практикуючи ефективні комунікаційні стратегії, медичні працівники можуть забезпечити справедливу та співчутливу допомогу всім пацієнтам, незалежно від їхнього походження.

9.3.6. Використання технологій для підтримки комунікації в мультикультурній охороні здоров'я

Технології революціонізували комунікацію в охороні здоров'я, зробивши можливим зв'язок з пацієнтами з різним мовним та культурним походженням. Такі інструменти, як мобільні додатки, відеоконференції та електронні медичні карти (ЕМК), не лише покращують комунікацію, але й допомагають медичним працівникам надавати культурно доцільну допомогу. У мультикультурному середовищі технології можуть:

- Сприяти перекладу в режимі реального часу.
- Надавати візуальні посібники для пояснення медичних концепцій.
- Покращувати навчання пацієнтів за допомогою доступних та культурно релевантних матеріалів.

Ключові технології, що підтримують мультикультурну комунікацію

Існує кілька технологій, які медичні працівники можуть використовувати для подолання комунікаційних бар'єрів у мультикультурних середовищах:

- *Додатки для перекладу та інтерпретації:*

Такі застосунки, як Google Translate, MediBabble та Care to Translate, розроблені для медичного використання та підтримують медичних працівників у перекладі медичних термінів та фраз.

Хоча ці інструменти й корисні, важливо перевіряти переклади, особливо для складної або чутливої медичної інформації.

- *Телездоров'я (Telehealth) платформи:*

Послуги телездоров'я часто містять інтегровані можливості інтерпретації, що дозволяють пацієнтам та постачальникам медичних послуг спілкуватися через живих перекладачів або з використанням субтитрів під час відеовізитів.

Відеоконсультації з культурно відповідними перекладачами можуть підвищити комфорт пацієнтів та довіру до лікаря.

- *Електронні медичні записи (EHR):*

Системи EHR можуть зберігати вподобання пацієнтів, включаючи мову, культурні особливості та релігійні переконання, що дозволяє постачальникам адаптувати підхід до догляду. Ці системи також можуть інтегрувати інструменти підтримки прийняття рішень, які рекомендують культурно чутливі практики догляду.

- *Інструменти для освіти пацієнтів:*

Мультимедійні платформи, такі як відео, інфографіка та інтерактивне програмне забезпечення, допомагають пояснювати медичні procedures, діагнози та лікування на бажаній мові пацієнта та в культурно відповідному контексті.

- *Носимі пристрої та застосунки охорони здоров'я:*

Пристрої, які відстежують показники здоров'я, у поєднанні з багатомовними застосунками можуть допомогти пацієнтам з різних культур керувати хронічними станами, отримуючи підказки та освіту на своїй мові.



Переваги технологій у мультикультурній комунікації

Використання технологій для підтримки комунікації має кілька переваг у мультикультурному охороні здоров'я:

- *Покращене розуміння пацієнтом*: пацієнти частіше розуміють діагноз і плани лікування, якщо інформація подана на їхній рідній мові.
- *Посилена ефективність*: технології зменшують час, витрачений на розв'язання непорозумінь, і покращують ефективність робочого процесу.
- *Більш активна участь пацієнта*: інструменти, адаптовані культурно та за мовою, стимулюють пацієнтів активно брати участь в догляді.
- *Респекторний доступ*: технології надають можливість недоотриманим спільнотам отримувати доступ до медичних послуг, зокрема в віддалених або сільських районах.

Виклики та обмеження

Хоча технології мають значні переваги, вони не позбавлені проблем:

- *Точність інструментів перекладу*: автоматизовані застосунки перекладу не завжди забезпечують точний переклад, особливо для складної медичної термінології.
- *Цифровий розрив*: не всі пацієнти мають доступ до інтернету або зручність використання цифрових пристроїв, що створює нерівність у доступі до охорони здоров'я.
- *Конфіденційність*: використання технологій у охороні здоров'я має відповідати строгим вимогам щодо приватності та безпеки даних, щоб захистити інформацію пацієнтів.
- *Культурна чутливість*: навіть із використанням інструментів перекладу культурно нюансована комунікація потребує людського тлумачення та розуміння.

Найкращі практики використання технологій у мультикультурній комунікації

Щоб максимізувати переваги технологій, медичні працівники повинні дотримуватися таких найкращих практик:

- *Поєднуйте технологію з людським взаємодією*: використовуйте застосунки для перекладу та послуги телездоров'я як доповнення до професійних інтерпретаторів та культурно підготовленого персоналу.
- *Перевіряйте та валідовуйте інструменти*: регулярно оцінюйте точність та надійність технологій, щоб забезпечити відповідність медичним стандартам комунікації.
- *Забезпечте навчання*: навчайте медичних працівників та пацієнтів ефективному використанню комунікаційних технологій.
- *Орієнтуйтеся на доступність*: обирайте інструменти, які зручні у використанні, сумісні з кількома мовами та доступні пацієнтам із різним рівнем цифрової грамотності.
- *Підтримуйте культурну компетентність*: переконайтеся, що технологія підтримує, а не замінює потребу у культурно свідомій та емпатійній комунікації.

9.3.7. Заохочення спільного прийняття рішень у мультикультурній комунікації охорони здоров'я

Спільне прийняття рішень включає три основні компоненти: інформування пацієнта про стан здоров'я та варіанти лікування, обговорення потенційних ризиків та переваг кожного варіанту, та врахування вподобань пацієнта у фінальному рішенні.



Рис. 12. Компоненти спільного прийняття рішень

Співпраця, яка поважає автономію пацієнта, водночас забезпечуючи підтримку у прийнятті рішень, що узгоджуються з їхніми цінностями та культурними переконаннями.

Бар'єри спільного прийняття рішень (СПР) у мультикультурних контекстах

Кілька викликів можуть виникати при просуванні СПР у мультикультурному середовищі:

- *Мовні бар'єри:* обмежене володіння місцевою мовою може заважати ефективному спілкуванню. Пацієнти можуть важко розуміти медичні терміни або висловлювати свої занепокоєння, що призводить до можливих непорозумінь.
- *Розбір освіченості в галузі охорони здоров'я:* варіації рівнів медичної грамотності серед культурних груп можуть впливати на здатність пацієнтів розуміти складну медичну інформацію, що ускладнює СПР.
- *Культурні непорозуміння:* культурні відмінності в стилях спілкування, невербальних сигналах та ставленні до авторитету можуть призводити до непорозумінь або дискомфорту під час взаємодії.
- *Приховані упередження:* несвідомі упередження постачальників медичних послуг можуть впливати на те, як вони подають інформацію або взаємодіють із пацієнтами з різного культурного середовища.

Стратегії заохочення спільного прийняття рішень (СПР)

Щоб вирішити ці виклики та сприяти СПР, медичні працівники можуть впроваджувати такі стратегії:

- *Розвинення культурної компетентності*: розвиток культурної обізнаності та розуміння допомагає провайдерам визнавати та поважати цінності та переконання пацієнтів. Це може бути досягнуто за допомогою навчання з культурної компетентності та постійного навчання.
- *Використання перекладачів та візуальних матеріалів*: професійні перекладачі та культурно відповідні візуальні матеріали можуть подолати мовні бар'єри та забезпечити повне розуміння пацієнтами своїх варіантів.
- *Спрощення медичної інформації*: подання інформації простою мовою, уникнення медичного жаргону та використання метафор або аналогій, які резонують із культурним досвідом пацієнта, може підвищити розуміння.
- *Впровадження активного слухання*: демонстрація емпатії, постановка відкритих питань та надання пацієнтам можливості висловлювати свої думки без перешкод зміцнюють довіру та заохочують участь.
- *Залучення членів сім'ї*: у культурах, де сім'я відіграє центральну роль у прийнятті рішень, залучення ключових членів сім'ї може полегшити дискусії та поважати культурні норми.
- *Заохочення запитань та зворотного зв'язку*: активне запрошення пацієнтів ставити запитання або висловлювати занепокоєння створює безпечний простір для діалогу та допомагає прояснити невпевненість.
- *Адаптація підходів до прийняття рішень*: гнучкість у адаптації процесів прийняття рішень до культурних очікувань пацієнта може призвести до кращих результатів.

9.3.8. Вирішення мовних бар'єрів у мультикультурному спілкуванні у сфері охорони здоров'я

Мовні бар'єри можуть призводити до непорозумінь між пацієнтами та постачальниками медичних послуг, що може спричинити неправильний діагноз, неадекватне лікування або зменшену прихильність до медичних порад. Наприклад, пацієнт, який не може повністю зрозуміти інструкції лікаря, може ненавмисно неправильно приймати ліки. Крім того, нездатність ефективно спілкуватися може змусити пацієнтів відчувати себе ізольованими або занедбаними, що підриває довіру до системи охорони здоров'я. Це підкреслює потребу в стратегіях подолання мовних бар'єрів.

Стратегії подолання мовних бар'єрів

1. Використання професійних медичних перекладачів

Професійні перекладачі відіграють вирішальну роль у забезпеченні точного спілкування між медичними працівниками та пацієнтами, які розмовляють різними мовами. На відміну від членів сім'ї або друзів, перекладачі мають навчання з дотримання конфіденційності, уникання упереджень та розуміння медичної термінології. Використання перекладачів гарантує, що пацієнти отримують точну інформацію про стан та лікування.

Однак важливо забезпечити доступність перекладачів на різних мовах та в реальному часі, оскільки затримки можуть впливати на критично важливі рішення.

2. Переклад друкованих матеріалів

Надання перекладених версій форм згоди, навчальних матеріалів для пацієнтів та інструкцій щодо препаратів може допомогти пацієнтам краще зрозуміти свої плани лікування. Ці матеріали повинні бути написані простою мовою та культурно адаптовані, щоб забезпечити чіткість та релевантність. Використання візуальних матеріалів, таких як діаграми та ілюстрації, може додатково підвищити розуміння пацієнтів з обмеженим рівнем грамотності рідною мовою.

3. Навчання медичних працівників

Медичні працівники повинні проходити навчання з міжкультурної комунікації та базових мовних навичок, релевантних до пацієнтської популяції, яку вони обслуговують. Хоча вільне володіння кількома мовами може бути недостижним, набір основних фраз або медичних термінів на загальновживаних мовах може сприяти кращому взаєморозумінню з пацієнтами. Крім того, програми навчання повинні підкреслювати навички активного слухання та невербальні комунікаційні техніки, такі як підтримка зорового контакту та використання жестів для пояснення інформації.

4. Використання технологій

Досягнення в технологіях пропонують інноваційні рішення для подолання мовних бар'єрів. Додатки та пристрої для перекладу мов можуть забезпечити переклади у реальному часі, допомагаючи медичним працівникам спілкуватися з пацієнтами. Однак ці інструменти слід використовувати з обережністю, оскільки автоматичні переклади можуть не мати контекстуальної точності. Віртуальні послуги перекладачів, доступні через відеодзвінки, є ще однією ефективною опцією для подолання мовних викликів у медичних установах.

5. Заохочення участі спільноти

Створення партнерств із місцевими громадами може допомогти медичним закладам краще розуміти лінгвістичні та культурні потреби своїх пацієнтів. Залучення очільників громад та організацій може полегшити розробку культурно адаптованих програм охорони здоров'я та надати розуміння щодо подолання конкретних мовних викликів

9.3.9. Забезпечення емпатії та емоційної підтримки у мультикультурному спілкуванні в охороні здоров'я

Емпатія передбачає розпізнавання, розуміння та співпереживання почуттям іншої людини. У мультикультурному контексті її вимагають від медичних працівників виходити за межі власних культурних рамок та цінувати перспективи та досвід пацієнтів із різноманітних середовищ. Цей процес включає визнання культурних факторів, що впливають на емоції пацієнта, таких як їхні погляди на здоров'я, сімейна динаміка та вираження страждання. Наприклад, деякі культури можуть розглядати захворювання як спільне питання, а не як індивідуальну проблему, що вимагає від медичних працівників взаємодії з членами сім'ї як частиною процесу догляду. Аналогічно, певні культури можуть не виражати емоційне напруження невербально або мінімізувати свої симптоми, щоб не стати тягарем для інших. Визнання цих культурних нюансів є надзвичайно важливим для надання емпатійної та ефективної допомоги.

Стратегії демонстрації емпатії та емоційної підтримки

1. *Активне слухання* (див. розділ: Активне слухання у мультикультурному середовищі для медичних працівників)
2. *Невербальне спілкування* (див. главу: Невербальне спілкування у мультикультурних медичних закладах)
3. *Культурна чутливість до емоційних реакцій*

Культурні норми впливають на те, як люди виражають та тлумачать емоції, що може впливати на взаємодію між пацієнтом і лікарем. Бути культурно чутливим до цих відмінностей допомагає забезпечити відчуття розуміння та поваги з боку пацієнтів. У деяких культурах відкрито виражати емоції заохочується, тоді як в інших це вважається недоречним або ознакою слабкості. Визнання цих відмінностей дозволяє медичним працівникам адаптувати свої відповіді відповідно до ситуації.

Наприклад, замість того щоб припускати, що мовчання означає безцільність, фрази на кшталт «Я хочу впевнитися, що розумію, як ви почуваетесь» або «З вами можна поділитися настільки чи настільки, наскільки вам зручно» демонструють емпатію, поважаючи культурні норми.

4. Перевірка емоцій

Пацієнти можуть відчувати себе вразливими або тривожними, особливо при взаємодії з невідомими системами охорони здоров'я або серйозними захворюваннями. Підтвердження їхніх емоцій—визнання страхів, розчарувань або сум без судження—може допомогти зменшити їхній стрес.

Фрази на кшталт «Цілком зрозуміло, що ви так відчуваєте» або «Я бачу, як це може вас засмутити» демонструють емпатію та запевняють пацієнта, що їхні емоції нормальні й прийнятні.

5. Надання емоційної підтримки відповідно до особливостей культури

Емоційна підтримка повинна відповідати культурним цінностям та переконанням пацієнта. Наприклад, у колективістських культурах залучення членів сім'ї до обговорень лікування може надати значну емоційну підтримку.

З іншого боку, у культурах, де цінується приватність, більш доречними можуть бути індивідуальні бесіди в приватному приміщенні.



9.4. Прихильність до діалогу та співпраці у мультикультурному спілкуванні в охороні здоров'я

Зобов'язання до діалогу та співпраці

- Діалогічні підходи: роль відкритої, двосторонньої комунікації у розумінні різноманітних перспектив.
- Співпраця в практиці:
 1. Залучення зацікавлених сторін до процесів прийняття рішень.
 2. Спільне створення рішень, що поважають і інтегрують культурні цінності.
- Врегулювання конфліктів: стратегії управління культурними конфліктами через посередництво та взаємну повагу.

Діалогова комунікація підкреслює відкриті двосторонні взаємодії, у яких всі учасники активно слухають, діляться поглядами та шукають взаєморозуміння. У сфері охорони здоров'я цей підхід виходить за межі традиційних односторонніх повідомлень, забезпечуючи, щоб пацієнти відчували себе почутими та поважаними.

Принципи діалогової комунікації: активне слухання, культурна обізнаність, уточнення та рефлексія.

Співпраця в охороні здоров'я вимагає активної участі всіх зацікавлених сторін — пацієнтів, сімей, опікунів та медичних працівників — у процесі прийняття рішень. При роботі з різноманітними популяціями співпраця має інтегрувати культурні цінності та поважати індивідуальні переваги

Залучення зацікавлених сторін до прийняття рішень передбачає інклюзивну участь, прозорість та гнучкість. Співпраця в сфері охорони здоров'я передбачає спільне створення рішень, які поєднують клінічні найкращі практики з культурними цінностями. Такий підхід сприяє спільній відповідальності та забезпечує, щоб плани догляду були практичними та культурно прийнятними.



Культурні конфлікти у сфері охорони здоров'я виникають тоді, коли різні цінності, переконання або практики призводять до непорозумінь чи розбіжностей. Ефективні стратегії вирішення конфліктів включають посередництво, емпатію та взаємну повагу.

Стратегії вирішення конфліктів:

- *Розуміння джерела конфлікту*
- *Посередництво*
- *Орієнтація на спільні цілі*
- *Демонстрація емпатії та поваги*

9.4.1. Діалогічні підходи: роль відкритої двосторонньої комунікації у мультикультурному охороні здоров'я

Діалогова комунікація є ключовою навичкою у мультикультурній охороні здоров'я, що сприяє відкритим двостороннім взаємодіям, пріоритетом яких є розуміння, емпатія та співпраця. На відміну від традиційних односторонніх обмінів, де медичний працівник домінує у розмові, діалогові підходи заохочують активну участь обох сторін — пацієнта та провайдера. Це зміцнює довіру та забезпечує, щоб цінності, переконання та потреби пацієнта були зрозумілими та поважними.

У мультикультурних медичних закладах, де культурні, мовні та соціальні відмінності можуть створювати бар'єри, діалогова комунікація є особливо цінною. Вона допомагає зменшити розриви, запобігати непорозумінням та підтримувати пацієнто-центрований догляд, забезпечуючи значущий діалог.

Принципи діалогової комунікації

1. Активне слухання

Активне слухання є наріжним каменем діалогової комунікації, коли медичний працівник повністю зосереджується на словах пацієнта, його емоціях та невербальних сигналах.

- **Що воно включає:** слухання без перерв, підтримка зорового контакту (за умови культурної відповідності) та визнання перспективи пацієнта.
- **Переваги:** цей підхід допомагає пацієнтам відчувати себе підтвердженими та зрозумілими, знімає бар'єри для щирого обміну стурбованістю та досвідом.
- **Приклади:** пацієнт може описати симптом за допомогою культурно специфічних термінів або метафор.

Активне слухання дозволяє провайдеру розпізнати прихований зміст та поставити додаткові запитання для уточнення.

2. Розуміння культури

Культурна обізнаність забезпечує чутливість діалогової комунікації до культурних цінностей, переконань та норм спілкування пацієнта.

- **Що входить:** розуміння того, що різні культури мають різноманітні способи вираження емоцій, постановки запитань або обговорення тем, пов'язаних зі здоров'ям. Медичні працівники повинні адаптувати свій стиль комунікації до культурного контексту пацієнта.

-
- **Переваги:** культурна обізнаність мінімізує непорозуміння та допомагає встановити взаєморозуміння, особливо у ситуаціях, коли культурні норми можуть впливати на прийняття рішень або відкритість пацієнта.
 - **Приклад:** у деяких культурах пацієнти можуть уникати прямого заперечення авторитетним особам, таким як лікарі.

Враховуючи це, медичний працівник може ставити відкриті запитання, наприклад: «Які ваші думки щодо цього плану лікування?» замість пошуку прямої згоди.



3. Пояснення та роздуми

Пояснення та роздуми включають підсумовування та перефразування слів пацієнта, щоб забезпечити взаєморозуміння.

- **Що входить:** задавати уточнюючі питання та повертати пацієнту його власні слова, щоб підтвердити точність. Наприклад: «Якщо я правильно розумію, ви кажете, що біль посилюється після їжі. Так?»
- **Переваги:** цей процес запобігає неправильному тлумаченню, особливо коли мовні бар'єри або культурні відмінності можуть приховати значення. Також демонструє пацієнту, що його занепокоєння серйозно розглядають.
- **Приклад:** пацієнти з іншого мовного середовища можуть використовувати вирази або ідіоми, які провайдеру незрозумілі. Роздумування над їхніми заявами допомагає обом сторонам узгодити розуміння.

○

Стратегії впровадження діалогової комунікації

1. Заохочення участі пацієнта

- *Задавайте відкриті запитання, щоб запросити пацієнта поділитися своїм досвідом та занепокоєннями.*
- *Приклад: «Чи можете ви розповісти більше про те, як ця хвороба впливає на ваше повсякденне життя?»*

2. Адаптація стилю спілкування

- *Змінюйте тон, темп та лексику відповідно до рівня володіння мовою пацієнта та культурних норм. Уникайте медичної термінології та використовуйте візуальні матеріали або перекладачів за потреби.*

3. Побудова довіри та рапорту

- *Виявляйте щирий інтерес до точки зору пацієнта. Визнавайте його емоції та підкреслюйте спільність у процесі прийняття рішень.*

4. За потреби залучайте членів сім'ї

- *У багатьох культурах рішення щодо здоров'я ухвалюють члени сім'ї. Залучення їх до діалогу може підсилити розуміння та підтримати комфорт пацієнта та процес прийняття рішень.*

5. Забезпечення постійного зворотного зв'язку

- *Повідомляйте пацієнта, що його участь цінна. Використовуйте підтверджувальну мову та жесты, щоб продемонструвати вдячність за відвертість.*

Виклики та рішення в мультикультурних умовах

- *Мовні бар'єри:* користуйтеся професійними перекладачами або інструментами перекладу, щоб забезпечити чітке спілкування.
- *Переваги культурної обізнаності:* культурна обізнаність мінімізує непорозуміння та допомагає встановити взаєморозуміння, особливо у ситуаціях, коли культурні норми можуть впливати на прийняття рішень або відкритість пацієнта.
- *Приклад:* у деяких культурах пацієнти можуть уникати прямого незгоди з авторитетами, такими як лікарі. Враховуючи це, провайдер може ставити відкриті запитання, наприклад: «Які ваші думки щодо цього плану лікування?» замість прямої згоди.

9.4.2. Спільна практика в мультикультурній охороні здоров'я

Співпраця в охороні здоров'я є надзвичайно важливою для надання пацієнт-центрованої допомоги, особливо в мультикультурних контекстах. Вона передбачає активну участь усіх зацікавлених сторін — пацієнтів, сімей, доглядальників та медичних працівників — у прийнятті рішень щодо лікування та догляду. Щоб така співпраця була успішною в різноманітних популяціях, медичні працівники повинні інтегрувати культурні цінності, поважати індивідуальні переваги та залишатися чутливими до унікальних потреб. Завдяки впровадженню партнерського підходу медичні спеціалісти можуть забезпечити кращі результати, підвищену довіру та більшу задоволеність пацієнтів.

Залучення зацікавлених сторін до процесу прийняття рішень

Ефективна співпраця в багатокультурній системі охорони здоров'я починається з активного залучення всіх зацікавлених сторін до процесу прийняття рішень. Це гарантує, що плани лікування будуть як клінічно ефективними, так і культурно прийнятними.

1. Інклюзивна участь

Інклюзивна участь означає залучення всіх відповідних сторін до обговорення питань охорони здоров'я. Пацієнти та їхні родини повинні відчувати себе вправі висловлювати свої уподобання, культурні переконання та занепокоєння. Наприклад, у деяких культурах члени родини відіграють значну роль у прийнятті рішень, і їхнє виключення може призвести до недовіри або невиконання планів лікування. Заохочення відкритого діалогу та активне вислуховування думок усіх зацікавлених сторін може подолати культурні розбіжності та сприяти формуванню почуття спільної відповідальності за надання медичної допомоги.

2. Прозорість

Прозорість є основою ефективної співпраці. Медичні працівники повинні спілкуватися відкрито і чітко, щоб пацієнти розуміли свої діагнози, варіанти лікування, а також пов'язані з ними ризики та переваги. У багатокультурному середовищі дуже важливо враховувати мовні відмінності та рівень грамотності. Використання перекладачів, наочних посібників та простої мови може поліпшити розуміння і допомогти пацієнтам почуватися більш впевнено у своїх рішеннях.

3. Гнучкість

Гнучкість є надзвичайно важливою при роботі з різноманітними групами населення. Культурні норми та цінності можуть суттєво впливати на рішення щодо охорони здоров'я. Наприклад, деякі пацієнти можуть віддавати перевагу альтернативній медицині або цілісному підходу над традиційними методами лікування. Замість того, щоб ігнорувати ці уподобання, медичні працівники повинні застосовувати гнучкий підхід, який включає ці методи, якщо це безпечно та можливо. Така адаптивність не тільки демонструє повагу до культурного походження пацієнта, але й зміцнює терапевтичні відносини.

Спільне створення рішень

Спільна медична допомога передбачає спільне створення рішень, які забезпечують баланс між найкращими клінічними практиками та культурними цінностями. Такий підхід сприяє спільній відповідальності та гарантує, що плани медичної допомоги є практичними, прийнятними та враховують культурні особливості.

1. Поєднання клінічної практики з культурними цінностями

Спільне створення рішень означає пошук компромісу між медичною практикою, заснованою на доказах, та культурними переконаннями пацієнта. Наприклад, пацієнт з культури, яка цінує рослинні ліки, може почуватися комфортніше, включивши ці ліки до свого плану лікування поряд із призначеними ліками. У таких випадках медичні працівники можуть проінформувати пацієнта про можливі взаємодії або ризики, поважаючи його уподобання.

2. Використання мультидисциплінарних команд

У мультикультурній медицині мультидисциплінарний підхід може покращити співпрацю та результати. Команди, до складу яких входять лікарі, медсестри, соціальні працівники, культурні посередники та перекладачі, можуть ефективніше задовольняти різноманітні потреби пацієнтів. Наприклад, культурний посередник може надати інформацію про культурне походження пацієнта, допомагаючи команді розробити план лікування, який відповідає його цінностям.

3. Будування довіри та взаємної поваги

Довіра є основою будь-яких співпраці. Медичні працівники можуть побудувати довіру, виявляючи емпатію, не судячи та визнаючи занепокоєння пацієнта. Взаємна повага гарантує, що пацієнти почуваються важливими та зрозумілими, що призводить до кращого дотримання планів лікування та міцнішого терапевтичного союзу.



9.4.3. Вирішення конфліктів: управління культурними конфліктами в галузі охорони здоров'я

Культурне розмаїття в охороні здоров'я є одночасно сильною стороною і викликом. Воно збагачує середовище охорони здоров'я, привносячи різні точки зору і практики, але також може призводити до непорозумінь, напруженості або відвертих конфліктів. Культурні конфлікти часто виникають, коли пацієнти, їхні родини або медичні працівники мають різні цінності, переконання або практики. Для медичних працівників ефективне управління такими конфліктами є критично важливим для забезпечення якості медичної допомоги, підтримання довіри та сприяння створенню інклюзивного середовища. У цьому підрозділі викладено стратегії вирішення конфліктів у багатокультурній комунікації в сфері охорони здоров'я, з акцентом на розумінні, посередництві, спільних цілях, емпатії та повазі.

Розуміння першопричини культурних конфліктів

Першим кроком у вирішенні будь-якого конфлікту є виявлення його першопричини. Культурні конфлікти в галузі охорони здоров'я часто виникають через відмінності в стилях спілкування, очікуваннях щодо медичного обслуговування, релігійних переконаннях або традиційних практиках. Наприклад, пацієнт з культури, яка цінує холістичну медицину, може неохоче приймати суто біомедичний підхід. Аналогічно, медичний працівник може помилково інтерпретувати мовчання пацієнта або невербальні сигнали як байдужість, тоді як це може просто відображати культурні норми поваги.

Кроки для розуміння першопричини:

1. **Активне слухання:** Дозвольте всім залученим сторонам висловити свою точку зору без перебивання. Активне слухання допомагає виявити приховані проблеми та демонструє повагу до різних точок зору.
2. **Культурна обізнаність:** Дізнайтеся про культурні особливості спільнот, яким ви служите. Розуміння поширених переконань або практик може допомогти вам передбачити та вирішити потенційні конфлікти.
3. **Відкриті запитання:** задавайте запитання, які заохочують пацієнтів або колег ділитися своїми думками та почуттями. Наприклад, замість того, щоб сказати: «Чому ви не приймаєте цей препарат?», запитайте: «Чи можете ви розповісти мені про свої побоювання щодо цього лікування?».

Розуміючи першопричину, медичні працівники можуть уникнути припущень і підійти до конфлікту з більшою ясністю та культурною чутливістю.

Медіація: подолання розбіжностей за допомогою нейтрального посередництва

Медіація — це спільний підхід до вирішення конфліктів, який передбачає залучення нейтральної третьої сторони для сприяння діалогу між конфліктуючими сторонами. У сфері охорони здоров'я це може бути культурний медіатор, перекладач або навіть довірена особа з персоналу, яка пройшла навчання з вирішення конфліктів.

Кроки для ефективного посередництва:

1. **Створіть безпечне середовище:** переконайтеся, що всі сторони відчують, що їх чують і поважають. Виберіть нейтральне, приватне місце, де учасники можуть висловити свої занепокоєння, не боячись осуду.
2. **Усуньте непорозуміння:** заохочуйте кожну сторону пояснити свою точку зору, виявляючи будь-які непорозуміння або помилкові припущення. Наприклад, якщо сім'я наполягає на певних ритуалах під час догляду за пацієнтом, медіатор може допомогти медичному персоналу зрозуміти культурне або духовне значення цих практик.
3. **Шукайте компроміс:** медіатор сприяє обговоренню з метою пошуку взаємоприйнятних рішень. Це може включати коригування планів лікування з урахуванням культурних практик або інформування пацієнтів та їхніх сімей про медичні протоколи.

Медіація допомагає подолати культурні розбіжності шляхом сприяння взаємному розумінню та співпраці. Вона зменшує ворожість і створює відчуття спільної відповідальності за вирішення конфлікту.

Зосередження уваги на спільних цілях

У сфері охорони здоров'я метою є благополуччя пацієнта. Конфлікти часто загострюються, оскільки сторони, що беруть у них участь, зосереджуються на своїх розбіжностях, а не на спільних цілях. Переорієнтація розмови на спільні цілі може допомогти зменшити напруженість і сприяти співпраці.

Кроки для зосередження уваги на спільних цілях:

1. **Визначте спільні цілі:** нагадайте всім учасникам, що головна мета полягає у забезпеченні здоров'я та безпеки пацієнта. Підкресліть, що спільна робота може привести до кращих результатів.
2. **Наголосіть на командній роботі:** подайте ситуацію як командну роботу, де внесок кожного учасника є цінним. Це зміщує фокус з «ми проти них» на «ми».
3. **Встановіть чіткі очікування:** визначте чіткі, досяжні кроки для вирішення конфлікту. Наприклад, якщо пацієнт відмовляється від певної процедури через культурні переконання, обговоріть альтернативні методи лікування, які відповідають його цінностям і водночас задовольняють медичні вимоги.

Зосереджуючись на спільних цілях, медичні працівники можуть перенаправити енергію з конфлікту на конструктивне вирішення проблем.

Демонстрація емпатії та поваги

Емпатія та повага є фундаментальними для вирішення конфліктів. Вони допомагають побудувати довіру та створити середовище, в якому люди відчують себе цінованими, незалежно від культурних відмінностей. Прояв емпатії передбачає розуміння та визнання почуттів іншої людини, а повага — визнання її гідності та цінності.

Як проявити емпатію та повагу:

- **Визнайте емоції:** визнайте та підтвердіть емоції залучених осіб. Наприклад, скажіть: «Я розумію, що ця ситуація є для вас дуже важливою, і я хочу співпрацювати з вами, щоб знайти рішення».
- **Адаптуйте свій стиль спілкування:** звертайте увагу на вербальні та невербальні сигнали, що відображають культурні норми. Наприклад, деякі культури віддають перевагу непрямому спілкуванню, тоді як інші цінують прямоту.
- **Поважайте культурні традиції:** навіть якщо ви не можете повністю прийняти культурну традицію, прояв бажання зрозуміти та інтегрувати її якомога більше демонструє повагу. Наприклад, дозвіл членам сім'ї бути присутніми під час певних ритуалів може допомогти пацієнтам відчувати підтримку.
- **Уникайте осуду:** підходьте до конфліктів з цікавістю та відкритістю, а не з осудом. Замість запитань на кшталт «Чому ви це зробили?» запитайте: «Чи можете ви допомогти мені зрозуміти вашу точку зору?».

Емпатія та повага допомагають деескалації конфліктів, сприяючи формуванню відчуття зв'язку та взаєморозуміння.

Ключові висновки для медичних працівників:

- *Культурна компетентність є надзвичайно важливою: дізнайтеся про культурне походження своїх пацієнтів, щоб передбачити можливі конфлікти.*
- *Комунікація є ключовою: ефективна комунікація вимагає активного слухання, відкритих запитань та культурної обізнаності.*
- *Співпраця дає результати: залучайте пацієнтів, їхні родини та колег як партнерів у наданні медичної допомоги, наголошуючи на спільних цілях та взаємній повазі.*
- *Емпатія та повага формують довіру: прояв щирої турботи та розуміння створює основу для конструктивного вирішення конфліктів.*
- *Адаптивність має вирішальне значення: будьте гнучкими у своєму підході, знаходьте креативні рішення для задоволення як медичних, так і культурних потреб.*



Практичні приклади вирішення культурних конфліктів у сфері охорони здоров'я

Випадок 1: Релігійні переконання та медичне лікування

Пацієнт відмовляється від переливання крові через свої релігійні переконання. Медичний працівник вважає, що переливання крові необхідне для порятунку життя пацієнта.

Рішення: Медичний працівник звертається до посередника для сприяння діалогу. Разом вони розглядають альтернативні методи лікування, такі як безкровна хірургія або використання замінників крові, узгоджуючи медичну допомогу з переконаннями пацієнта.

Випадок 2: Участь сім'ї у прийнятті рішень

Медичний працівник наполягає на прямій розмові з пацієнтом щодо його стану, але культура пацієнта віддає перевагу участі сім'ї у медичних рішеннях.

Рішення: лікар адаптує свій підхід, залучаючи сім'ю до обговорень, водночас забезпечуючи повагу до автономії пацієнта. Вони наголошують на спільних цілях, щоб збалансувати культурні переваги з етичними медичними практиками.

Випадок 3: Традиційні практики лікування

Пацієнт використовує традиційні засоби, які у лікаря охорони здоров'я викликають побоювання щодо взаємодії з призначеними препаратами.

Рішення: лікар обговорює з пацієнтом його засоби та навчає його можливим взаємодіям, шукаючи компроміс, який поєднує безпечні елементи традиційних практик із медичним лікуванням.

Список літератури

- Aceto, G., Persico, V., & Pescapè, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: Taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 107, 125–154.
- American Medical Association. (2021). How should clinicians respond to language barriers that exacerbate health inequity? *AMA Journal of Ethics*, 23(2), E117–E124.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination*. University of Texas Press.
- Brownell, J. (2012). *Listening: Attitudes, principles, and skills*. Pearson.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Scribner.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.
- Deutsch, M., Coleman, P. T., & Marcus, E. C. (2011). *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*. Jossey-Bass.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231.
- Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass.
- Gudykunst, W. B. (2003). *Cross-cultural and intercultural communication*. Sage Publications.
- Gudykunst, W. B. (2005). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. In W. B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing about intercultural communication* (pp. 281–322). Sage.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. Anchor Books.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. Doubleday.
- Neuliep, J. W. (2020). *Intercultural communication: A contextual approach*. Sage.
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420–445.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.
- Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2017). *Communication between cultures*. Cengage Learning.
- Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., & Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36–44.
- Ting-Toomey, S., & Chung, L. C. (2012). *Understanding intercultural communication*. Oxford University Press.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449–463.

Заключні роздуми: Мультикультурна комунікація та співпраця крізь призму моделі EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі показано, що ефективна комунікація та співпраця в мультикультурних командах є не тільки практичними навичками, але й важливими складовими культурної компетентності, що повністю відповідає моделі EMPOWER. Її основні цінності — мультикультурність, професіоналізм, ефективність, благополуччя та освітні ресурси — особливо помітні у всьому тексті.

Такі поняття, як активне слухання, емпатія, діалогічна комунікація, вирішення конфліктів та врахування різних точок зору пацієнтів і колег, відображають акцент EMPOWER на взаємній повазі, залученні та інклюзивності. У розділі пропонуються практичні стратегії подолання мовних бар'єрів, стереотипів та невербальних непорозумінь, що є критично важливим для безпечного та ефективного надання медичної допомоги.

Вона також підкреслює роль технологій та освіти у сприянні діалогу та партнерству з пацієнтами, що відповідає принципу освітніх ресурсів. Розділ також пропагує емпатичну та культурно обізнану професійну ідентичність, що відповідає акценту EMPOWER на рефлексивній професійності.

Розділ рішуче підтримує впровадження моделі EMPOWER на практиці, демонструючи, що мультикультурна комунікація є основою ефективною, етичною та справедливою медичною допомогою.



Бажаєте знати більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu







Розділ 10

Вплив культурних факторів на ставлення до здоров'я та хвороби

ОЛЬГА ФЕДОРЦІВ, ЕМІЛІЯ БУРБЕЛА,
ВОЛОДИМИР ДЖИВАК

Тернопільський національний медичний університет
Імені Івана Яковича Горбачевського Міністерства
охорони здоров'я України (Україна)

“

Здоров'я настільки перевершує всі інші блага, що
здоровий жебрак щасливіший за хворого короля.

— Артур Шопенгауер

10.1. Вступ

Здоров'я є першою і найважливішою потребою людини, яка визначає її працездатність і забезпечує гармонійний розвиток особистості. Воно є найважливішою передумовою пізнання навколишнього світу, самоствердження і щастя.

Концепція здоров'я як рівноваги між людиною і навколишнім середовищем, єдності тіла і душі, природного походження хвороб була основою уявлення про здоров'я в Стародавній Греції. Подібні концепції існували в стародавній індійській і китайській медицині (Svalastog, et al., 2017).

Гіппократ пов'язував здоров'я з факторами навколишнього середовища та способом життя. Він створив концепцію «позитивного здоров'я», яке залежало від первинної конституції людини (сьогодні це генетика), раціону харчування та фізичних вправ. Він вважав, що правильне харчування та фізичні вправи є необхідними для здоров'я. Гіппократ вважав, що сезонні зміни мають значний вплив на розум і тіло людини, викликаючи респіраторні захворювання взимку та захворювання травної системи влітку (Donev, 2019).

Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує таке визначення здоров'я: «Здоров'я — це не просто відсутність хвороб або недуг, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Насолода найвищим досяжним рівнем здоров'я є фундаментальним правом кожної людини, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного або соціального статусу» (Pyurko, et al., 2022). Інше визначення «здоров'я» — це гармонійна єдність біологічних, психологічних і соціальних якостей, що зумовлені вродженими та набутими біологічними і соціальними впливами. Відносна стабільність біоекосистеми та стійкість ресурсів вважаються важливими предикторами здоров'я, наявність яких дозволяє кожній людині реалізувати свій потенціал здоров'я (Визначальні фактори здоров'я, 2024).

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої ставлення, знання та навички в таких сферах:

- **Дослідження культурних перспектив:** проаналізуйте, як культурні переконання, практики та цінності впливають на ставлення до здоров'я, хвороб та прийняття рішень щодо охорони здоров'я серед різних груп населення.
- **Визначення ключових понять:** роз'яснення термінів, пов'язаних з культурними факторами та здоров'ям, таких як «культурна компетентність», «модель переконань щодо здоров'я» та «культурний релятивізм», для забезпечення базового розуміння теми.
- **Виявлення культурних бар'єрів:** Визначте культурні бар'єри, які можуть впливати на взаємодію між пацієнтом і медичним персоналом та результати лікування, включаючи мовні відмінності, традиційні практики охорони здоров'я та стигматизацію, пов'язану з певними захворюваннями.
- **Наголос на культурній чутливості:** підкресліть важливість культурної чутливості та обізнаності для надання ефективної медичної допомоги, зміцнення довіри, підвищення зацікавленості пацієнтів та дотримання ними режиму лікування.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- **Розуміння культурних впливів:** Опишіть, як культурні чинники формують уявлення, переконання та ставлення до здоров'я та хвороб, і як вони можуть відрізнятися у різних групах населення.
- **Визначте ключові терміни:** Точно визначати основні терміни, такі як «культурна компетентність», «розбіжності в стані здоров'я», «модель переконань щодо здоров'я», «фактори, від яких залежить здоров'я», «рівні здоров'я», «сприйняття тіла», «культура тіла», «психічне здоров'я» та «сприйняття хвороби», щоб краще зрозуміти зміст розділу.
- **Визначте культурні бар'єри:** визначати конкретні культурні бар'єри, які можуть впливати на доступ осіб до медичної допомоги, взаємодію з медичними працівниками та загальні результати лікування.
- **Застосовувати культурні знання:** Пояснювати, як застосовувати знання, отримані завдяки розумінню культурних факторів, для розробки культурних медичних практик, які поважають і враховують різноманітні потреби пацієнтів.

10.2. Поняття здоров'я та хвороби в різних культурах

Фактори, від яких залежить здоров'я:

- **Біологічні та фізичні фактори:** генетичні та біохімічні показники, фізичні та рухові можливості, анатомічні та функціональні особливості кожного органу, системи та організму в цілому, здатність організму повноцінно виконувати свої біологічні та соціальні функції. Підтримка фізичного здоров'я залежить, перш за все, від здорового та активного способу життя, гігієни сну, якісного харчування тощо.
- **Психологічні фактори:** почуття, емоції, риси характеру, рівень енергії та життєвої сили, темперамент, самооцінка, стійкість та мотивація. Психологічне здоров'я означає здатність справлятися зі стресом, адекватну самооцінку, управління емоціями, хороший імунітет та відповідальність. Кожен з цих аспектів може впливати на психічне та загальне самопочуття. Психологічний догляд за собою може поліпшити рівновагу та стійкість до стресових ситуацій.
- **Соціальні та економічні фактори:** освіта, робоче середовище, фінансовий стан, самодостатність, дозволя та відпочинок. Взаємодія зі світом і навколишнім середовищем, а також соціальні відносини впливають на самопочуття та здоров'я в цілому.
- **Духовні фактори:** є важливою складовою здоров'я і можуть розумітися ширше, ніж класичне визначення релігії. Це відчуття приналежності до чогось більш цілісного. Це можна відчувати через зв'язок з природою, релігією або культурними традиціями. Людська свідомість, ментальність, самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації своїх здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду — все це визначає стан духовного здоров'я людини (Preeti Rao, 2024).

Взаємозв'язок цих компонентів та їхній взаємний вплив формують загальний

стан здоров'я. Загальний баланс сприяє підвищенню стійкості та здатності реагувати на несприятливі фактори.

Благополуччя охоплює різні аспекти людського життя:

- Фізичне благополуччя – це хороше фізичне здоров'я, енергія, бадьорість і здатність витримувати фізичні навантаження.
- Психологічне благополуччя – це емоційне, інтелектуальне і духовне благополуччя, здатність вчитися і отримувати задоволення від навчання, здатність аналізувати проблеми і приймати обґрунтовані рішення.
- Емоційне благополуччя — це здатність розуміти почуття (свої та інших людей), здатність долати невдачі та керувати стресом.
- Духовне благополуччя — це усвідомлення свого призначення та сенсу життя, сприйняття універсальних цінностей та участь у культурній спадщині своєї нації, суспільства та людства.
- Соціальне благополуччя — це задоволеність соціальним статусом і якістю відносин з іншими, здатність ефективно спілкуватися та взаємодіяти з людьми, воно залежить від економічних факторів, відносин зі структурними одиницями суспільства — сім'єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв'язки (Човганюк та ін., 2023).

Рівні здоров'я

Система «людина-здоров'я-навколишнє середовище» визначає три взаємопов'язані рівні здоров'я: суспільний, груповий та індивідуальний:

- Перший рівень — це суспільне здоров'я, яке характеризує стан здоров'я населення в цілому та виявляє цілісну систему матеріальних і духовних відносин, що існують у суспільстві.
- Другий рівень – це групове здоров'я, яке визначається особливостями життєдіяльності людей у певній трудовій або сімейній групі та безпосереднім середовищем, в якому живуть її члени.
- Третій рівень – це індивідуальний рівень здоров'я, який формується як в умовах всього суспільства і групи, так і на основі фізіологічних і психічних особливостей особистості та унікального способу життя, який веде кожна людина.



Рівні здоров'я людини є динамічними станами. Існують проміжні стадії між теоретичним поняттям «повного здоров'я» та хворобою (Столяренко, 2016):

- **Абсолютно здоровий** – стан організму, при якому всі органи і системи функціонують ідеально (теоретична концепція).
- **Практично здоровий** – організм підтримує всі показники в межах фізіологічної норми. Він здатний витримувати значні навантаження і, завдяки внутрішнім резервам, швидко пристосовується до змін в навколишньому середовищі.
- **Дезадаптація (неприспособованість)** – це психологічний або фізичний процес, що характеризується порушенням здатності людини ефективно пристосовуватися до зовнішніх умов навколишнього середовища, соціальних або особистих ситуацій. Дезадаптація виникає у відповідь на різні стресові фактори або зміни в житті, коли неможливо розробити або підтримувати стратегії подолання труднощів, необхідні для збереження психічної рівноваги та успішної взаємодії з навколишнім середовищем. стан, при якому внаслідок тривалого впливу несприятливих факторів порушується система саморегуляції організму, накопичуються токсичні речовини та знижується активність імунної системи (Zhenshen Bao, 2022).
- **Передхвороба («третій стан»)** – це перехід від здоров'я до хвороби, коли в організмі людини накопичуються дезадаптивні зміни, виникає імунодефіцит і порушується обмін речовин. На цьому етапі знижується больовий поріг, підвищується втомлюваність і ризик захворювань. У цьому стані організм витрачає енергію не на творчу діяльність, а на збереження життя. У цьому стані можна відновити вищий рівень здоров'я, як правило, шляхом мобілізації адаптивних можливостей самого організму (Здоров'я і хвороба: Історія поняття, 2024).
- **Хвороба** – це порушення життєвих функцій організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього або внутрішнього середовища, що знижує адаптивність організму людини до навколишнього середовища і одночасно мобілізує його захисні сили. Зазвичай хвороба визначається як будь-яке шкідливе відхилення від нормального структурного або функціонального стану організму, пов'язане з конкретними ознаками та симптомами. Це відхилення порушує делікатний фізіологічний баланс, або гомеостаз, організму (Burrows & Scarpelli, 2024). Розуміння основних факторів, що лежать в основі хвороби, є життєво важливим для ефективної діагностики, лікування та профілактики (Hansen , 2023). Етіологія, перший компонент, описує причини захворювання, які можуть бути біологічними, екологічними або генетичними. Визнання цих причин є необхідним для відповідного лікування та профілактичних заходів. Патогенез, другий компонент, включає послідовність подій, що призводять до розвитку захворювання, з акцентом на взаємодію між генетичною схильністю, впливом навколишнього середовища та імунною реакцією (Dave, 2023).

Здоров'я населення оцінюється за трьома показниками: перший — рівень дитячої смертності, другий — кількість робочих днів, пропущених через хворобу, третій — середня тривалість життя.

За оцінками ВООЗ, вплив медицини на ці показники не перевищує 10%, вплив спадковості становить 20%, вплив навколишнього середовища — 19%, а спосіб життя має найбільше значення — 51% (Світова статистика здоров'я 2024: моніторинг здоров'я для ЦСР, Цілі сталого розвитку). На деякі з цих факторів людина може впливати повністю, на інші — лише частково, а на решту ми не маємо жодного впливу.

Досягнення хорошого здоров'я тісно пов'язане з індивідуальними компонентами здоров'я і залежить від багатьох факторів. Взаємозв'язок між культурою та здоров'ям є складним і багатогранним, оскільки культурні фактори впливають на те, як люди сприймають здоров'я, хворобу та благополуччя. Культурні переконання, практики та цінності формують поведінку, пов'язану з підтриманням здоров'я, профілактикою та лікуванням, підкреслюючи важливість розуміння того, як культурний контекст впливає на результати здоров'я та медичну практику (рис. 12).



Рис. 12. Схема взаємозв'язків між культурою та здоров'ям

10.3. Сприйняття тіла

Образ тіла – це сприйняття, думки та почуття людини щодо свого тіла та зовнішності. Це багатовимірне поняття, що включає задоволеність та незадоволеність своїм тілом, оцінку розміру тіла та емоційне ставлення до свого тіла. Оцінка стосується того, наскільки людина задоволена/незадоволена своїм тілом; інвестиція стосується когнітивних, поведінкових та емоційних аспектів, які є вирішальними для сприйняття образу тіла (наприклад, самозбереження) у повсякденному житті. Негативна самооцінка зовнішності або незадоволеність тілом корелює з низкою розладів психічного здоров'я, включаючи низьку самооцінку, депресію та розлади харчової поведінки (Monocello, 2022). Культурні норми та очікування мають значний вплив на індивідуальне сприйняття образу тіла та його зв'язок із психічним здоров'ям. Складний взаємозв'язок між культурними відмінностями, образом тіла та психічним здоров'ям виходить за межі індивідуального рівня і поширюється на суспільний. Соціальні наслідки можуть включати емоційний стрес, нездоровий спосіб життя та значне економічне навантаження, пов'язане з намаганнями змінити зовнішність (Perkins, Hayes & Talbot, 2021). Тіло – це не просто живий організм; воно формується під впливом соціальних очікувань і є соціально сконструйованим феноменом, що підпорядковується певним суспільним нормам, які зосереджуються на культурних детермінантах образу тіла. Культурно адаптовані втручання виявилися ефективними для поліпшення образу тіла та психічного благополуччя. Важливо розуміти сприйняття тіла крізь призму культури; усвідомлення відмінностей у сприйнятті образу тіла між культурами та зв'язок культури з соматикою мають вирішальне значення для вирішення питань, пов'язаних із сприянням психічному благополуччю. Незважаючи на прогрес у розумінні взаємозв'язку між культурою та образом тіла, багато аспектів залишаються недослідженими, особливо в плані більш цілісного розуміння впливу культури на образ тіла. Шляхом вивчення ідеалів краси, культурних очікувань, інтернаціоналізації, наслідків незадоволеності своїм тілом та вимог до культурно-чутливих втручань було зроблено спробу дослідити та зрозуміти вплив і прояви культурних детермінант, таких як суспільні норми, традиційні цінності та стандарти краси, на сприйняття образу тіла.

Систематичний пошук у наукових базах даних PubMed, Scopus та Web of Science виявив особливості сприйняття образу тіла залежно від країни проживання. Незалежно від культурного контексту, серед молоді спостерігається універсальна тенденція. Наприклад, люди віком від 18 до 25 років більше турбуються про свій образ тіла. Підлітки також демонструють виражену вразливість до проблем із образом тіла, що посилюється культурним та соціальним середовищем, в якому вони живуть. Стать також відіграє значну роль у вразливості до проблем із сприйняттям власного тіла. Жінки в різних культурах і країнах демонструють більшу схильність до незадоволення своїм тілом, ніж чоловіки (Schaefer, et al., 2018). Ця гендерна різниця особливо очевидна в дослідженнях підлітків-дівчат. Аналіз літератури показав, що проблеми із сприйняттям власного тіла не обмежуються лише жінками. Дослідження вказують на зростаючу стурбованість щодо образу тіла серед підлітків чоловічої статі (Perkins, Hayes & Talbot, 2021, Whitbeck & Hoyt, 1999). Проблеми сприйняття власного тіла стосуються людей у всьому світі.

Наприклад, дослідження, проведені в Японії, Фінляндії, Аргентині, Бразилії, США, Таїланді, а також африканських і арабських країнах, показують, що культурні норми та суспільні очікування мають значний вплив на сприйняття власного тіла в цих різних середовищах (Schaefer, et al., 2018). Члени меншин та етнічних груп стикаються з особливими проблемами у сприйнятті власного тіла. Дослідження показують, що підлітки з певних етнічних груп, таких як індо-тринідадці та афро-тринідадці, виявляють різний ступінь занепокоєння щодо власного тіла (Whitbeck & Hoyt, 1999). Американські підлітки мали більш негативні стереотипи щодо ожиріння, ніж китайські підлітки, що було пов'язано з атрибуцією ваги та ідеалізацією худорлявості. (Abdoli, et al., 2024) У США та європейських країнах спостерігається зростання поширеності нервової анорексії та нервової булімії, що часто пов'язано з інтерналізацією ідеалів худорлявості. Це було особливо очевидно в дослідженнях, що фокусувалися на американському та британському населеннях (Dinesh Bhugra & Susham Gupta, 2010).



Культура тіла — це традиція догляду за тілом у різних культурах, від племінних ритуалів і гігієнічних практик стародавнього світу до сучасних аналогів. Сюди входять зачіски та татуювання, які мали велике значення в давнину, а також ритуальні рухи, що згодом стали основою фізичного виховання. Варто також зазначити, що етнонаціональні спільноти мають свою власну культуру тіла. Ці культурні практики зосереджуються на людському тілі з метою трансформації людської суб'єктивності. Сприйняття тіла може бути різним для кожної людини. Культура та кокультура(и) впливають на поведінку, цінності, переконання, моделі мислення та сприйняття навколишнього середовища. Тому культурна та кокультурна приналежність, заснована на національності, расі, статі, сексуальній орієнтації, класі, здібностях та віці, впливає на сприйняття. Під час процесу соціалізації відбувається інтерналізація переконань, ставлень та цінностей, які є спільними для домінуючої культури та наших кокультурних груп. Схеми, яких дотримуються члени групи, можуть бути схожими або дуже різними (Monocello, 2022).

10.4. Вплив культури на формування переконань щодо психічного здоров'я

Культурні переконання можуть мати значний вплив на психічне здоров'я та доступ людей до медичної допомоги. Члени расових та етнічних меншин, які мають проблеми з психічним здоров'ям, рідше отримують ранню діагностику через культурну стигматизацію та соціальні чинники (Misra, et al., 2021). Культурні впливи та стигматизація можуть заважати людям з проблемами психічного здоров'я відкрито обговорювати свої труднощі та звертатися за професійною допомогою.

На відміну від фізичних симптомів, ознаки психічного розладу зазвичай важче розпізнати і часто плутають із випадковими змінами особистості. Культурна стигматизація може ще більше ускладнити людям опис своїх симптомів і проблем родичам та друзям. Життя в середовищі, яке не сприяє обговоренню питань психічного здоров'я, може призвести до самостигматизації та почуття внутрішнього сорому або провини.

Зіткнення з проблемами психічного здоров'я без системи підтримки є досвідом, що веде до ізоляції. За таких обставин людина може сприймати свої проблеми з психічним здоров'ям як особисту поразку, що призводить до низької самооцінки та погіршення симптомів (Ngubane & De Gama, 2023).

Подолання культурних табу є важливим кроком на шляху до надання людям якісних послуг з психічного здоров'я та зміни культурних норм. Відсутність культурної компетентності може призвести до неефективної комунікації, неточних діагнозів та невідповідних планів лікування (Purnell, 2018).

Коли люди звертаються за допомогою з питань психічного здоров'я, вони очікують допомоги та розуміння своїх конкретних проблем. Медичні працівники повинні враховувати соціальні та культурні фактори, пов'язані з проблемами людей, зосереджуючись на різноманітності та забезпечуючи відповідні ресурси для осіб з різним культурним походженням.

Культура може впливати на те, як люди сприймають і повідомляють про симптоми. Наприклад, у деяких культурах симптоми психічних розладів (таких як депресія) можуть сприйматися як ознака слабкості або моральної неспроможності, і люди можуть бути менш схильні звертатися за допомогою або повідомляти про ці симптоми.

Навпаки, в інших культурах психічне здоров'я може бути пріоритетом, а звернення за допомогою — ознакою сили. Існують також відмінності в розумінні значення хвороби та того, чи є хвороба «реальною» чи «уявною» (Escalante, Ganz & Minetti, 2023).

1. Західні культури (наприклад, США, Канада):

- **Сприйняття:** Проблеми психічного здоров'я, такі як депресія або тривога, часто розглядаються як медичні стани, що вимагають професійної допомоги. Звернення до терапевта або психолога вважається активним кроком на шляху до одужання.
- **Повідомлення:** Люди в цих культурах, як правило, більш схильні відкрито обговорювати свої проблеми з психічним здоров'ям з друзями, родиною та медичними працівниками, і вони можуть звертатися за допомогою до фахівців з психічного здоров'я без стигматизації. (Американська психіатрична асоціація (2013)).

2. Культури Східної Азії (наприклад, Китай, Японія):

- **Сприйняття:** Проблеми психічного здоров'я можуть розглядатися як причина сорому або слабкості. У культурі велике значення надається підтримці гармонії та збереженню репутації, що може заважати людям визнавати проблеми психічного здоров'я.
- **Повідомлення:** Люди можуть мінімізувати або уникати обговорення своїх симптомів через страх соціальної стигматизації, що призводить до недооцінки або пошуку альтернативних форм підтримки, таких як сімейне консультування або традиційна медицина, замість професійних послуг з психічного здоров'я (Kirmayer & Minas, (2000)).

3. Культури Південної Азії (наприклад, Індія, Пакистан):

- **Сприйняття:** У деяких громадах проблеми психічного здоров'я можуть трактуватися як наслідок дії надприродних сил або відсутності віри. Існує культурна традиція, яка пов'язує проблеми психічного здоров'я з «нещастям» або кармою.
- **Повідомлення:** Деякі особи можуть звертатися за допомогою до духовних або релігійних лідерів, а не до фахівців з психічного здоров'я, розглядаючи проблеми психічного здоров'я через духовну призму, а не медичну (Ataullahjan, Janzen & McKenzie, (2016)).

4. Латиноамериканські культури (наприклад, Мексика, Бразилія):

- **Сприйняття:** У багатьох культурах Латинської Америки концепція «фамілізму» підкреслює лояльність і підтримку сім'ї. Симптоми психічного здоров'я можуть розглядатися як колективна проблема сім'ї, а не як індивідуальна.
- **Повідомлення:** Люди можуть обговорювати свої симптоми в сімейному колі та покладатися на підтримку членів сім'ї, що потенційно може призвести до меншої залученості до офіційних послуг з охорони психічного здоров'я (Hinton & Nichols (2008)).

5. Культури корінних американців:

- **Сприйняття:** Психічне здоров'я можна розуміти через призму спільних відносин з природою, духовністю та цілісним здоров'ям. Проблеми психічного здоров'я можна розглядати як порушення зв'язку людини з громадою та культурою.
- **Повідомлення:** Люди можуть віддавати перевагу зверненню за допомогою до традиційних цілителів або участі в громадських ритуалах, а не доступу до загальноприйнятих медичних послуг (Whitbeck & Hoyt (1999)).

6. Велика Британія (Західна Європа):

- **Сприйняття:** У Великій Британії проблеми психічного здоров'я все більше визнаються, але стигматизація все ще існує. Такі стани, як депресія, можуть розглядатися як особиста слабкість, і люди можуть не хотіти звертатися за допомогою через страх бути засудженими.
- **Повідомлення:** Багато людей спочатку обговорюють свої симптоми з родиною або друзями, перш ніж звертатися до служб психічного здоров'я, часто використовуючи неформальну мову для опису своїх почуттів (Lewis (2019)).

7. Польща (Центральна Європа):

- **Сприйняття:** У Польщі традиційно спостерігається низький рівень обізнаності та толерантності до проблем психічного здоров'я. Такі розлади, як депресія чи тривожність, іноді асоціюються з особистими невдачами або сприймаються негативно в суспільстві.
- **Звернення за допомогою:** Люди можуть зволікати із зверненням за допомогою доти, доки симптоми не стануть серйозними, і часто, коли вони все-таки звертаються до медичних працівників, повідомляють про фізичні симптоми, а не про емоційний дистрес (Karam & Mneimneh, (2006)).

8. Норвегія (Скандинавія):

- **Сприйняття:** У Норвегії існує більш відкрита дискусія щодо психічного здоров'я, але все ще можуть існувати культурні очікування щодо самодостатності, що може спонукати людей применшувати свої проблеми.
- **Повідомлення:** Люди можуть вважати за краще говорити про свої переживання в контексті особистого зростання або стійкості, а не розглядати їх як розлад. (Sundal & Coyle, (2019)).

9. Іспанія (Середземномор'я):

- **Сприйняття:** В Іспанії існує поєднання традиційних вірувань і сучасного розуміння психічного здоров'я. Симптоми можуть розглядатися як результат сімейного тиску або суспільних очікувань.
- **Повідомлення:** Люди можуть бути більш схильні спочатку говорити про свої проблеми з психічним здоров'ям у сімейному колі і можуть шукати неформальну підтримку у друзів або родичів, перш ніж звернутися до фахівця. (Vázquez & García (2019)).

10. Італія (Середземномор'я):

- *Сприйняття*: Італійський культурний контекст часто наголошує на підтримці сім'ї, і проблеми психічного здоров'я можуть розглядатися в контексті сімейної динаміки. Звернення за допомогою може бути недоцільним, якщо це сприймається як ганьба для сім'ї.
- *Повідомлення*: Симптоми часто обговорюються більш відкрито в сім'ї, і люди можуть використовувати нечіткі терміни для опису своїх почуттів, а не називати безпосередньо стан психічного здоров'я.
- *Загальний огляд*: Залежність від підтримки сім'ї може затримати звернення за професійною допомогою, оскільки люди спочатку можуть шукати розуміння та допомоги у родичів (McDaid & Evers, (2010)).

Хвороба і здоров'я — це два поняття, притаманні кожній культурі. Для глибшого розуміння поширеності та розподілу здоров'я і хвороб у суспільстві необхідний комплексний підхід, що поєднує біологічні та медичні знання з соціологічними та антропологічними питаннями. З антропологічної точки зору, здоров'я пов'язане з політичними та економічними факторами, що регулюють людські відносини, формують соціальну поведінку та впливають на колективний досвід (Human, Levy, Myers, 2020).

Культура визначає соціально-епідеміологічне поширення хвороб двома способами:

- з місцевої точки зору, культура формує поведінку людей і робить їх більш вразливими до певних хвороб;
- з глобальної точки зору, політичні та економічні сили та культурні практики спонукають людей поводитися певним чином щодо навколишнього середовища (Dan, et al., 2024).



Повсякденні дії та поведінка людей формуються під впливом культури, що робить соціальну поведінку більш однорідною. Люди діють відповідно до певної культури здоров'я, дотримуючись основних принципів, які допомагають їм інтегруватися в суспільство. Соціальна прийнятність базується на повазі до цих принципів та їх передачі іншим (Lewis, 2019).

Список джерел

- Abdoli, M., Rosato, M. C., Desousa, A., & Cotrufo, P. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. *Social Sciences*, 13(6), 305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>
- Alves, H. N., Alves, R. R. N., & Barboza, R. R. D. (2024). The influence of religiosity on health. Available from https://www.researchgate.net/publication/45538941_The_influence_of_religiosity_on_health
- American Medical Association. (2022). Telehealth Resource Center: Definitions. Available from <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-resource-center-definitions>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: Author.
- Ataullahjan, A., Janzen, J., & McKenzie, K. (2016). Understanding mental health help-seeking among South Asian women in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1134–1141. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0239-2>
- Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-Garcia, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1905–1917. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>
- Burakova, M., & Filbien, M. (2020). Cultural intelligence as a predictor of job performance in expatriation: The mediation role of cross-cultural adjustment. *Pratiques Psychologiques*, 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.001>
- Burrows, W., & Scarpelli, D. G. (2024). Disease | Definition, Types, & Control. *Encyclopedia Britannica*. [Online] <https://www.britannica.com/science/disease>
- Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 29, 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>
- Chovhaniuk, O., Bashkirova, L., Meleha, K., & Yakymenko, V. (2023). Study of the state of health in the conditions of constant numerous transitional and intermediate stages. *Futurity Medicine*, 2(2), 26–34. <https://doi.org/10.57125/FEM.2023.06.30.03>
- Cody, S. F. (2020). The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>
- Culture and its influence on diagnosis and management. Available from https://www.researchgate.net/publication/229632920_Culture_and_Its_Influence_on_Diagnosis_and_Management
- Dan, S., Cheslack-Postava, F., Abaev, B., Bagdonas, M., Jellinek, A., Najdek, T., et al. (2024). Zotero. Vienna: Corporation for Digital Scholarship.
- Dave, L. (2023). Genetics and human health: Understanding the influence and impact of our genes. *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 11(1), 454. Available from <https://hal.science/hal-04107461v1/file/genetics-and-human-health-understanding-the-influence-and-impact-of-our-genes.pdf>
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training, and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, 31(1), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.013>
- Determinants of health. (2024, October 4). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- Donev, D. (2000). Human health – definition, concept, and content. In B. Nikodijevic (Ed.), *Contemporary diagnostics and therapy in medicine* (pp. 5–19). Skopje: Faculty of Medicine. Available from <https://www.who.int/about/governance/constitution>

-
- Enaifoghe, A. (2023). The influence of culture and gender differences in communication: Society's perception. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 12(7), 460–468. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v12i7.2720>
- Farhud, D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442–1444.
- Fiedler, B. A. (2020). Three facets of public health and paths to improvements: Behavior, culture, and environment. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-04982-8>
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2020). Advancing indigenous mental health research: Ethical, conceptual, and methodological challenges. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 235–249. <https://doi.org/10.1177/1363461520923151>
- Gowder, S. J. T. (2024). Impact of religion on food and nutrition. *Journal of Education*, 3(7), 2968–7.
- Griban, G. P., Zablotska, O. S., Yeroshenko, G. A., Nikolaieva, I. M., Sahach, O. M., Oliinyk, I. S., & Oliinyk, M. O. (2023). The nature of motivation for a healthy lifestyle in children of different ages. *Acta Balneologica*, 65(3), 165–170. <https://doi.org/10.36740/ABAL202303106>
- Habibah, S. M., Kartika, R., & Rizqi, A. I. (2023). Multiculturalism transformation in the technological age: Challenges and opportunities. *Digital Theory, Culture & Society*, 1(2), 81–87. <https://doi.org/10.61126/dtcs.v1i2.16>
- Hansen, M. (2023). Pathogenesis: Understanding the mechanisms behind disease development. *International Research Journal of Basic and Clinical Studies*, 8(4), 1–13. <https://doi.org/10.14303/irjbcscs.2023.54>
- Haskell, B. S., & Segal, E. S. (2014). Ethnic and ethical challenges in treatment planning: Dealing with diversity in the 21st century. *Angle Orthodontist*, 84(2), 380–382.
- Hassan, M. M., Tedong, P. A., Khir, A. M., Shari, Z., Ponrahono, Z., & Sharifudin, M. P. (2023). Exploring the influence of social environments on wellbeing in urban communities: A literature review and key indicators for future research. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(18). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v13-i18/5013>
- Health and Disease: I. History of the Concepts. (n.d.). Encyclopedia.com. [Online] <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-i-history-concepts#:~:text=Health%20and%20Disease%3A%20I.>
- Hickey, J. V., & Giardino, E. R. (2018). The role of nurses in hospital quality improvement. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 8(1), 1–8.
- Hinton, D. E., & Nichols, C. (2008). Cultural factors in the perception and expression of anxiety among Latino populations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 133–139. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.133>
- Jaganya, B., Janani, K., & Durgalakshmi, S. M. (2024). The role of cultural diversity and its impact on the workplace. *International Journal of Business Management Invention*, 13(6), 89–92.
- Karam, E. G., & Mneimneh, Z. (2006). Mental health in Eastern Europe: A challenge for research. *European Psychiatry*, 21(6), 393–396. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.006>
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of psychiatry in the global context. *Psychiatric Services*, 51(11), 1391–1396. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1391>
- Lavery, J. (2022). *Mental health care in diverse cultural settings*. Oxford University Press.
- Li, M., & Wang, D. (2020). The role of cultural competence in healthcare: An overview. *Journal of Healthcare Management*, 65(5), 345–354. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00013>
- Mane, A., & Wang, Y. (2023). The impact of cultural factors on healthcare delivery. *International Journal of Medical Sciences*, 12(3), 128–135. <https://doi.org/10.18092/ijms.v12i3.1101>
- Merriam-Webster. (2023). Cultural competency. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/cultural%20competency>
- Mirza, S., & Hussain, Z. (2018). Religion and health: Exploring the connection. *Journal of Religion and*

Health, 57(3), 735–741. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0645-8>

Nierman, R. W., & Stone, G. (2024). Integrating cultural awareness into health interventions. *Journal of Public Health*, 46(2), 80–92. <https://doi.org/10.1056/JPH2024.029876>

Patel, R. S., & Khan, N. H. (2022). Healthcare disparities: Analyzing the impact of culture on patient care. *Journal of Medical Disparities*, 15(1), 10–17. <https://doi.org/10.2135/jmd.2022.0035>

Peltzer, K., & Tushabe, L. (2015). Cultural practices and health behavior: Exploring the link. *BMC Public Health*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1432-7>

Sartori, M., & Grimsley, K. (2020). Cross-cultural communication in medical settings. *Medical Humanities*, 46(4), 122–129. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-011601>

Sulaiman, F., & Mohd, S. (2024). The effects of cultural practices on public health systems. *International Journal of Public Health Policy*, 39(6), 354–360. <https://doi.org/10.12695/ijphp.2024.0217>

Sullivan, R., & Zhang, L. (2022). The influence of cultural sensitivity on patient outcomes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(2), 201–215. <https://doi.org/10.1177/00220221221083956>

Tavakkol, R., & Brown, A. C. (2021). Healthcare accessibility and cultural barriers: A global perspective. *Global Health Review*, 5(1), 60–74. <https://doi.org/10.1146/ghr2021.09.005>

Thomas, S., & Taylor, S. (2019). The role of cultural diversity in mental health treatment. *Psychiatric Services*, 70(8), 809–814. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20210032>

White, M. E., & Black, A. R. (2017). The impact of cultural competence on the mental health of minority populations. *Journal of Mental Health*, 26(3), 275–281. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1223927>

Williams, C. J., & Miller, S. L. (2022). Barriers to health care in multicultural societies. *Journal of Multicultural Health*, 29(4), 50–57. <https://doi.org/10.1097/JMH2022.0167>

Yung, A. R., & Zhang, L. (2024). Cultural diversity and mental health services in the 21st century: A systematic review. *Mental Health Policy and Economics*, 27(2), 124–136. <https://doi.org/10.1016/j.mhpe.2024.02.002>

Підсумкові роздуми: Культурні детермінанти здоров'я та EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі показано, як культурні чинники формують уявлення про здоров'я, хворобу, тіло та благополуччя, що тісно пов'язано з принципами моделі EMPOWER, зокрема в таких сферах, як мультикультуралізм, благополуччя, професіоналізм та освітні ресурси.

У розділі підкреслюється важливість духовних, психологічних та соціальних аспектів здоров'я, яке розглядається як багатовимірне поняття, на яке впливають культурні переконання, соціальні норми та індивідуальні уявлення. Цей цілісний погляд підтримує мету EMPOWER щодо просування персоналізованої, культурно чутливої охорони здоров'я, де культурна компетентність та скромність є фундаментальними цінностями.

Досліджуючи різноманітні культурні уявлення про здоров'я та хворобу, рівні здоров'я (індивідуальний, груповий, суспільний) та сприйняття фізичного та психічного здоров'я, розділ підкріплює основу мультикультуралізму. Він заохочує практиків визнавати та поважати різноманітність світоглядів, пов'язаних зі здоров'ям, серед різних груп населення.

Вона також сприяє рефлексивній професійній практиці, підкреслюючи необхідність інтегрувати культурну обізнаність у діагностику, комунікацію та лікування — що повністю відповідає акценту EMPOWER на емпатичному, етичному та кваліфікованому професіоналізмі.

Підсумовуючи, цей розділ пропонує міцну теоретичну та практичну основу для формування культурної компетентності відповідно до моделі EMPOWER: ефективна та справедлива охорона здоров'я вимагає глибокого усвідомлення культурного впливу на здоров'я та хворобу.



Хочете дізнатися більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed !

Ми настійно рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Explore. Reflect. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Розділ 11

Проблеми психічного здоров'я в мультикультурному суспільстві

ПАЛОМА МОРАЛЬ ДЕ КАЛАТРАВА
Університет Мурсії (Іспанія)

“

У сфері психічного здоров'я кожна зустріч з пацієнтом є зустріччю між біологією та культурою.

11.1. Вступ

Психічне здоров'я не можна аналізувати без урахування культури, оскільки нормальні або аномальні переживання, емоції та поведінка є культурно обумовленими. Поведінка, почуття або думка можуть вважатися нормальними для певної групи, тоді як інші можуть оцінювати ту саму поведінку, відчуття або ідею як відхилення від норми (Kirmayer & Bhugra, 2008). Крім того, деякі дослідники пов'язують культуру та психічне здоров'я з віруваннями, цінностями та ритуалами культурної групи (Nolan, et al, 2011); інші пов'язують психічне здоров'я з соціальними явищами, такими як клас, бідність та маргінальність, які по-різному впливають на різні культурні групи (Inglis, et al., 2025). Ця друга точка зору пов'язує психічне здоров'я із соціальними елементами, оскільки значення та поведінка засвоюються та передаються у повсякденному житті і слугують компонентами адаптації та пристосування для групи або особи. Ця точка зору визнає, що культура має внутрішні особливості, такі як вірування, цінності та ставлення, а також зовнішні характеристики, такі як ролі та інституції, і всі ці елементи змінюють те, як людина інтерпретує різні досвід (Yamada & Marsella, 2013). Тому в психічному здоров'ї кожна зустріч з пацієнтом є зустріччю між біологією та культурою.

Іммігрант часто зображується як типовий персонаж посередніх трилерів, який приносить рідкісну, заразну і потенційно смертельну хворобу, що порушує наш звичний спосіб життя. Як трилер, мета такого фільму полягає в тому, щоб глядачі відчували тривогу. Такі фільми зазвичай пов'язані з реальними тривогами глядачів у Першому світі, і те, як фільм представляє цих «інших», іммігрантів, впливає на аудиторію більше, ніж науковий звіт. Як наслідок, наприкінці фільму деякі глядачі відчують підозру до будь-кого, хто може бути з інших країн. Отже, наші думки, емоції та поведінка легко піддаються управлінню (Brummett 2019, 83–86). Але чи довели це наукові дослідження? Чи є «інші» реальною загрозою?

Емоційне, поведінкове, когнітивне та психічне здоров'я людини залежить від зовнішніх факторів, таких як кіно, а вразливі групи населення більш схильні до соціальної стигматизації, що посилюється соціальними медіа (Stuart 2025). Цей розділ присвячений розгляду кількох важливих питань щодо впливу етнічних та культурних факторів на психічне здоров'я. Взаємодія між двома культурними групами викликає різні реакції, і в наукових дослідженнях цей процес отримав назву «аккультурація». Після аналізу наукових моделей аккультурації в цьому розділі показано її загальний вплив на психічне здоров'я. Насамкінець пояснюються ознаки та симптоми радикальної міграційної скорботи.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої погляди, знання та навички в таких сферах:

- Вирішення ключових проблем психічного здоров'я, пов'язаних з культурними відмінностями.
- Визнання основних психологічних стратегій, які застосовують культурні меншини в приймаючих суспільствах.

- о Розвиток культурної чутливості як медичних працівників та студентів для кращого реагування на різноманітні потреби пацієнтів.

Результати навчання

Наприкінці цього розділу читачі зможуть:

- о Описати різноманітні та індивідуальні стратегії акультурації.
- о Обґрунтувати вплив упереджень приймаючих суспільств на психічне здоров'я меншин.
- о Визначити найважливіші елементи акультураційного стресу.
- о Пояснити психологічні особливості міграційної скорботи, включаючи синдром Улісса.

Відповідні визначення та терміни

Акультурація: Позначає багатовимірний процес адаптації, який відбувається, коли людина або група людей мігрують до нової культури і мають постійний безпосередній контакт з культурно відмінними людьми, групами та соціальним впливом. Це ступінь, в якому індивіди адаптуються до абсолютно нового способу життя, вивчаючи та приймаючи ставлення, цінності, звичаї, вірування та поведінку іншої культури, як правило, домінуючої культури країни, що приймає (Crowford and Avula 2014). На психологічному рівні акультурація означає емоційні, поведінкові та когнітивні зміни особи в результаті контакту з іншими культурами, що також відомі як ABC психологічної акультурації (Ward 2001).

Акультураційний стрес: це реакція на адаптацію до культури приймаючої країни. Хоча він не є суто негативним, дослідження пов'язують його з тривогою, депресією, порушенням сприйняття власного тіла, суїцидальними думками та розладами харчової поведінки. Таким чином, доведено, що акультураційний стрес негативно впливає на психічне здоров'я (Iwamasa, et al. 2013).

Синдром Улісса: так званий хронічний і множинний стрес іммігрантів — це група депресивних, тривожних, соматичних і сплутаних симптомів, безпосередньо спричинених високими вимогами процесу акультурації (Ramos-Villagrasa and García-Izquierdo 2007).



11.2. Моделі акультурації

Етнічна приналежність впливає на спосіб життя групи, але існує значна різноманітність у тому, як люди з певною етнокультурною ідентичністю сприймають себе з певними традиціями, віруваннями чи звичаями в результаті міграції. Деякі з них можуть бути бікультурними, інші можуть відкинути культуру свого походження і прийняти звичаї, вірування та цінності нової країни, а деякі можуть зберігати звичаї, поведінку, віру та обряди, щоб залишатися близькими до своїх коренів. Зазвичай у межах однієї родини перше покоління ідентифікує себе ближче до своєї культури походження, ніж третє покоління, і цей процес відомий як «аккультурація». Аккультурація описує шлях адаптації однієї культурної групи меншини до іншої, більшої групи, та те, як вони прагнуть аккультуруватися. Кожна людина з групи меншини може використовувати різні психологічні стратегії адаптації, тому існують індивідуальні адаптації, які варто розглянути:

- **Асиміляція** - це шлях, коли людина мало зацікавлена у збереженні своєї культурної спадщини і воліє взаємодіяти з ширшим суспільством. В результаті вона відмовляється від будь-яких рис своєї первісної культури.
- **Відокремлення** - це спосіб збереження власної культури, уникаючи при цьому взаємодії з іншими членами приймаючого суспільства. При такому підході люди відкидають домінуючу культуру з метою збереження своєї культури походження. Такі люди зазвичай живуть у певних районах, які зберігають культурні особливості та звичаї.
- **Маргіналізація** має місце, коли не бажано ні збереження власної культури, ні взаємодія з іншими. Такі люди відкидають як рідну, так і домінуючу культуру, оскільки не ідентифікують себе з жодною з них. Ці особи страждають від відсутності системи соціальної підтримки, тому вони мають більший ступінь стресу та психологічних проблем. Маргіналізація зазвичай визначається як процес, за якого особи та групи виштовхуються на периферію суспільства. Маргіналізовані особи або групи стикаються з дискримінацією, виключенням, нерівним ставленням у сфері охорони здоров'я, освіти, зайнятості тощо. Це визначення є протилежним до того, яке ви використовували.
- **Інтеграція** має місце, коли бажаним є як збереження культури, так і участь у житті суспільства в цілому. Таким чином, особи приймають культурні норми приймаючої спільноти, зберігаючи при цьому свою культуру походження. Часто інтеграція є синонімом бікультуралізму (Berry, et al. 2006).

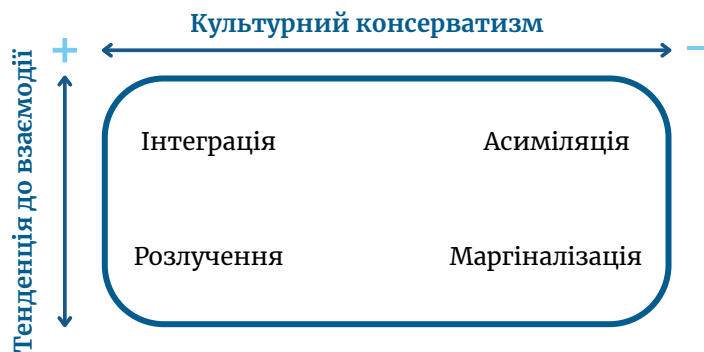


Рис. 13. Модель особистої акультурації Беррі (Erten, et al. 2018)

Іміжкультурні контакти спричиняють особисті зміни, але важливо розуміти, що акультурація – це не просто пасивний процес. Замість єдиного напрямку дій з боку домінуючої культури над меншиною, кожна людина також розвиває ці психологічні стратегії адаптації по-різному. Зазвичай іммігранти вирішують покинути свою країну походження, щоб оселитися в іноземній країні, тому вони мають певні економічні, емоційні та освітні ресурси, такі як мовні навички, підтримка сім'ї та друзів або знання про культуру. Однак біженці були змушені покинути свою країну походження і переселитися в іншу через насильницькі та несподівані причини, такі як війна або стихійне лихо. Ці вимушені іммігранти частіше мають низький рівень освіти, менше фінансових ресурсів, не знайомі з мовою, звичаями та цінностями нової країни, а також часто пережили значну травму (Iwamasa, 2013; Ritter, 2017).

З точки зору психічного здоров'я, в мультикультурному суспільстві інтеграція є золотим стандартом, оскільки вона пов'язана з найменшими депресивними симптомами, тоді як маргіналізація пов'язана з найгіршими рівнями депресії та тривоги (Chou, et al. 2020). Але цей ідеал не завжди є можливим для всіх. Інтеграція є більш складною для старших іммігрантів та біженців, які мають сформовану особистість, цінності та уподобання. Старшим людям складніше інтегрувати свій досвід та навчитися більш адаптивним підходам у новому культурному контексті.

Існує дві важливі моделі для розуміння природи та масштабів акультурації: «**модель расової ідентичності**» (Cross, 1991) була створена для вивчення та розуміння досвіду етнічних меншин і підкреслює наслідки утисків. Моделі бікультуралізму, або моделі мультикультуралізму, були розроблені в контексті імміграції та культурної компетентності. Однією з найвідоміших є модель Беррі, розроблена наприкінці 1970-х років, в якій культурний консерватизм індивіда та інтерактивна схильність людини є двома різними силами. Людина, яка рухається на рівні ідентифікації та приналежності до культури приймаючої країни, буде відчувати менший психологічний стрес, ніж інші, які зберігають високий рівень зв'язку та прив'язаності до рідної культури (Kosic, 2006; Crawford & Avula, 2014).

Хоча домінуюча група має більше влади і можливостей для формування способу адаптації меншини, процес акультурації передбачає взаємний вплив обох груп. Модель акультурації «Конкорданс» (СМА) фокусується на культурі, що приймає, і описує вплив домінуючої групи на процес акультурації. Отже, ця модель також вивчає очікування та ставлення більшої культури до меншин (Piontkowski, et al., 2002). Ця модель була розроблена на початку 2000-х років у Німеччині, і дослідники продемонстрували, що очікування німців щодо польських та італійських іммігрантів були різними. Учасники цього дослідження очікували, що 61,2% поляків хотіли б повноцінно брати участь у німецькому житті, порівняно з 55,6% італійців.

Однак загальна прийнятність Німеччини була вищою для італійських іммігрантів, ніж для польських, оскільки люди з Італії вважалися менш загрозливими і більш збагачуючими (Piontkowski, Rohmann & Florack, 2002). Як результат, СМА передбачає, що розбіжність у ставленні до акультурації може призвести до міжгрупових конфліктів і вплинути на психологічне благополуччя іммігрантів (Crawford & Avula 2014). Сьогодні найновіші дослідження в галузі акультурації пропонують вивчати як мігрантів, так і немігрантів, дотримуючись динамічного підходу до акультурації (Jager & Paolillo, 2022). Модель Беррі була розроблена в 80-х роках, коли суспільства і міграція були менш складними явищами. Сьогодні ж міграція досягла безпрецедентних масштабів у всьому світі, і в деяких районах групи іммігрантів переважають за чисельністю традиційну культурну більшість. У цих мікроконтекстах корінні громади зазвичай мають негативне ставлення до груп іммігрантів, але вони також переймають деякі звички поселенців, слухаючи їхню музику, вивчаючи деякі слова чи вирази або споживаючи їхню їжу. Динамічний підхід до акультурації передбачає вивчення взаємодії між людьми з різним культурним походженням, оскільки акультурація формується у взаємній взаємодії. Крім того, ця модель ставить під сумнів, чи інтеграція є найкращою стратегією для іммігрантів, оскільки асиміляція може бути кращим варіантом у таких ситуаціях, як отримання доступу до роботи або вступ до університету. Отже, на порядку денному стоїть динаміка взаємодії. Нарешті, ця модель пропонує вивчати особисту міжкультурну компетентність (van der Zee & van Oudenhoven, 2022).

Контакти між людьми різних культур є історичним явищем. Подорожі, колонізаційні рухи або економічні операції змінили первісні культури і сформували нові суспільства. Однак дослідження впливу цих культурних контактів на психічне здоров'я є відносно новою темою. З соціальної та політичної точки зору існує два основних погляди на мультикультурні суспільства, які Беррі описав як «плавильний котел» і «культурний плюралізм». У «плавильному котлі» домінуючим суспільством є середній клас, а меншини перебувають на периферії. Ці меншини повинні бути асимільовані, аж до повного зникнення, в основній культурі. Модель «культурного плюралізму» визнає, що сучасні суспільства є мультикультурними, оскільки різні етнокультурні групи беруть участь у житті суспільства в цілому, сприяючи його розвитку (Беррі, 2006).



Дослідники також розширили свій підхід від «плавильного котла» з загальною концепцією акультурації іммігрантів до вивчення різних груп, таких як біженці, іноземні студенти та працівники, корінні жителі або іммігранти без документів, і, звичайно, вони також аналізують процес акультурації приймаючого суспільства (Ritter & Graham, 2017).

11.3. Акультураційний стрес та управління психічним здоров'ям

Кожен іммігрант або біженець може страждати від аккультуративного стресу. Тобто, це особиста реакція на адаптацію до іншої культури. Але контекст також має значення. Важливим фактором є соціальне ставлення до культурного розмаїття, оскільки вороже налаштована громада збільшує ймовірність стресового досвіду. Дослідження показують, що вороже середовище посилює тривожність, депресію, суїцидальні думки, порушення роботи організму та розлади харчової поведінки. Водночас підвищення рівня освіти та когнітивних здібностей зменшує аккультураційний стрес (Cuéllar, 2000).

Акультуративний стрес — це поняття, яке описує труднощі та стресові фактори, що виникають під час процесу акультурації, такі як мовні відмінності, сприйняття культурної несумісності та культурна самосвідомість. Зазвичай дослідження аккультуративного стресу зосереджуються на відмінностях між домінуючою та оригінальною культурами, але вчені також стверджують, що людина може страждати від аккультуративного стресу, коли сім'я критикує наймолодших членів, якщо вони не можуть розмовляти мовою своїх предків. Отже, аккультураційний стрес має багато джерел (Crawford & Avula, 2014).

«Акультураційний стрес частіше виникає, коли ідеологічна позиція приймаючого суспільства є критичною щодо плюралізму та різноманітності та/або коли члени приймаючого суспільства мають негативне ставлення до групи іммігрантів».
(Teodorowski, et al. 2021)

Мова є важливим фактором аккультуративного стресу, оскільки вона впливає на кожного члена сім'ї. Рівень володіння новою мовою визначає різницю в професійному розвитку іммігранта. Незважаючи на те, що імміграція сама по собі є виснажливим досвідом, латиноамериканцеві, який приїхав до Іспанії, легше знайти роботу, ніж іншому, який не володіє іспанською мовою. Крім того, для тих, хто не знає мови країни перебування, існують різні проблеми для різних вікових груп. 25% дітей страждають на дислексію або дисграфію, тому вони мають труднощі з письмом і читанням. Зазвичай старші та бідніші люди не знають мови і стикаються з більшими труднощами в її вивченні. Під час робочого часу більшість дорослих іммігрантів не мають контакту з місцевими жителями, що ускладнює для них підвищення рівня володіння мовою. Мова є одним із найбільш стресових факторів, і дослідники довели чіткий зв'язок між недостатнім рівнем володіння мовою та недостатнім використанням психіатричних послуг (Ohtani, 2015). Однак фахівці з психічного здоров'я схильні до надмірної діагностики, коли існують комунікаційні бар'єри (Achotegui, 2019).

Іншим фактором, що впливає на психічне здоров'я, є тривалість перебування в країні після міграції. Деякі дослідники стверджують, що аккультураційний стрес частіше зустрічається у бідніших і недавніх іммігрантів, але протилежна

теорія стверджує, що ті, хто іммігрував більше 10 років тому, мають гірше здоров'я, ніж ті, хто проживає в новій країні менше десяти років (Crawford & Avula, 2014). Мігранти зазвичай відчують це нове життя з глибоким почуттям розчарування і втрати, і у них навіть може розвинутися гострий стресовий розлад. Ті, хто приїхав з країн з високим рівнем нестабільності, воєн і громадянських конфліктів, можуть демонструвати високий рівень посттравматичного стресового розладу або ПТСР (Paniagua, 2013).

Іммігранти часто відчують глибоке почуття втрати. Скорбота за всім, що вони залишили позаду: родиною та друзями, мовою, культурою, батьківщиною та соціальним статусом, який дає їм відчуття приналежності. Ці іммігранти повинні стикатися з небезпечними подорожами, нещасними випадками або переслідуваннями, тому ці фізичні ризики посилюють скорботу, пов'язану з міграцією. Американська психіатрична асоціація (АРА) для отримання точного діагнозу визнає, наскільки важливою є культура для розуміння перебігу хвороби, отримання ефективної оцінки та відповідного клінічного лікування. Система оцінки інформації АРА виявилася корисною для клініцистів і добре сприймається пацієнтами. Ця модель має п'ять основних категорій:

- **Культурна ідентичність особистості:** опишіть, як расова, етнічна або культурна референтна група людини впливає на її стосунки, використання ресурсів або конфлікти з іншими. У випадку іммігрантів та етнічних меншин клініцисти повинні окремо зазначати ступінь та види залучення до обох культур – рідної та приймаючої. Мовні здібності, уподобання та моделі використання мови є важливими для виявлення труднощів з доступом до медичної допомоги та соціальною інтеграцією. Інші клінічно важливі аспекти ідентичності можуть включати релігійну приналежність, соціально-економічне походження, особисті та сімейні місця народження та зростання, статус мігранта та сексуальну орієнтацію.
- **Культурні концептуалізації дистресу:** Досвід, розуміння та комунікація симптомів описуються через культурні конструкти, тому фахівці з психічного здоров'я повинні записувати ступінь тяжкості досвіду відповідно до норм культурних референтних груп особи. Оцінка моделей подолання та пошуку допомоги повинна враховувати використання професійних, а також традиційних, альтернативних або доповнюючих джерел допомоги.
- **Психосоціальні стресові фактори та культурні особливості вразливості та стійкості:** Фахівці з психічного здоров'я повинні виявляти значущі стресові фактори та підтримувати роль релігії, сім'ї та соціальних мереж у наданні емоційної, інструментальної та інформаційної допомоги людині.
- **Культурні особливості відносин між пацієнтом і лікарем:** Однією з причин труднощів у терапевтичному процесі може бути різниця в культурі, мові та соціальному статусі між фахівцем і пацієнтом. Наслідки цієї розбіжності включають значення симптомів і поведінки, а також більшу складність у встановленні значущих відносин.
- **Загальна культурна оцінка:** Для належного управління втручанням важливо узагальнити наслідки культурних компонентів, визначених вище (АРА, 2013).

Дослідники виділили сім форм міграційного горя. Окрім вже згаданого горя за мовою, іммігранти також відчують горе за родиною та близькими. Це найпоширеніша причина міграційного стресу, яка також має наслідки для тих, хто залишається в країні походження. Діти іммігрантів часто відчують себе покинутими, а батьки — винними. Горе за культурою стосується цінностей, харчових звичок, стилю одягу, способу проведення вільного часу, світогляду або релігії, яку сповідують іммігранти. Отже, поняття культури має комплексний характер, тому дуже корисно залучати іммігрантів до соціальних, культурних, мистецьких або спортивних груп, що є важливим способом сприяння інтеграції та подоланню міграційної скорботи. Іммігранти також відчують скорботу за батьківщиною, зазвичай коли вони походять з теплих і світлих країн і переїжджають в інші більш холодніші та темніші місця та країни.

Скорбота за соціальним статусом пов'язана з документами, роботою, житлом, доступом до можливостей тощо. Якщо протягом декількох років після еміграції іммігрант не покращує своє економічне, соціальне та правове становище, він/вона відчуває деморалізацію та фрустрацію. Крім того, нелегальний статус часто пов'язаний з гіршими умовами праці, такими як виключення, експлуатація та расизм. У цьому контексті бідніші іммігранти змушені приймати більш небезпечну роботу, яка має більший фізичний ризик, що призводить до нещасних випадків на виробництві. Але це не єдина причина, через яку іммігранти страждають від фізичних ризиків. Більшість бідніших іммігрантів пройшли небезпечну міграційну подорож, частіше потрапляють у побутові нещасні випадки, оскільки їхні будинки мають менш надійні системи безпеки, вони живуть у страху бути депортованими... Підсумовуючи, можна сказати, що щодня вони стикаються з фізичними, професійними та емоційними ризиками (Achotegui, 2019).

Сім міграційних скорбот:

- Сім'я та близькі
- Мова
- Культура
- Батьківщина
- Соціальний статус
- Приналежність
- Фізичні ризики

(Achotegui, 2019)



Рис. 14. Психологічні характеристики скорботи, пов'язаної з міграцією (Achotegui, 2019)

Хоча інтеграція є золотим стандартом для хорошого здоров'я, наскільки здоровішою є культурна адаптація, не так вже й ясно. Дослідники в США виявили, що люди з країн, що розвиваються, частіше страждають на серцево-судинні захворювання і схильні до зловживання психоактивними речовинами. Однак статистика показує, що вищий соціально-економічний статус корелює з нижчими показниками фізичних захворювань і психічних розладів (Iwamasa, 2013). Незважаючи на те, що економіка не є єдиним фактором, що впливає на здоров'я іммігрантів, вона є найважливішим.

Для іммігрантів та біженців все змінюється: раціон харчування, соціальні та сімейні стосунки, клімат, мова, статус... Тому переселення може викликати глибоку скорботу. Бідніші іммігранти та біженці є групами, які найбільш схильні до розвитку симптоматики, що має власну назву: синдром Улісса.

11.4. Синдром Улісса

“

«Кіклоп, ти питаєш мене про моє славетне ім'я, і я тобі скажу. Тоді ти зможеш запропонувати мені те, що належить гостю, як ти щойно пообіцяв. Мене звати Ніхто. Мене називають Ніхто, моя мати і мій батько, і всі мої друзі».

– Гомер, пісня IX, 124

Іммігранти, які стикаються з екстремальними ситуаціями, розвивають особливий набір симптомів. Назва цього нового синдрому походить від імені легендарного грецького царя Ітаки, описаного в «Одіссеї» Гомера. Епічна поема описує десятирічні зусилля Одисея, спрямовані на повернення додому. Згадуючи одну небезпечну зустріч з циклопами, Одисей, щоб приховати свою особу, відповідає: «Ніхто — це моє ім'я». Іммігранти, які потрапляють в екстремальні ситуації, більш схильні до цього синдрому Улісса. Як і грецький герой, вони змушені робити себе невидимими, щоб вижити. Без ідентичності та можливостей соціальної інтеграції вони страждають від радикальної міграційної скорботи, в якій всі захисні механізми виявляються неефективними. З'являються депресія та тривожні розлади, і розвивається цей синдром (Valero-Garcés, 2014).

Симптоматика синдрому Улісса

- Депресія
- Розлади, пов'язані з тривогою
- Соматичні симптоми
- Плутиана
- Культурне пояснення

Ця надзвичайна скорбота має специфічну симптоматику, і культурна інтерпретація всіх цих симптомів є важливим питанням. Серед найпоширеніших ознак депресії можна знайти смуток і плач. Іноді іммігранти виявляють апатію, низьку самооцінку, почуття провини або думки про смерть. Вони страждають від безсоння, повторюваних і нав'язливих думок та дратівливості, тому переживають симптоми розладів, пов'язаних з тривогою.

Звичайно, вони виявляють соматичні симптоми, такі як мігрень, втома або суглобові болі, а також деякі ознаки сплутаності свідомості, такі як дезорієнтація або деперсоналізація.

Деякі уражені іммігранти поєднують ці симптоми з висловлюваннями на кшталт «Я, мабуть, проклятий» або «Я жертва чаклунства», і медичним працівникам важливо розуміти, що саме таким чином деякі пацієнти можуть висловлювати свою проблему (Achotegui, 2019).

Синдром може стати хронічним, якщо стресові фактори не зникнуть. Ці стресові фактори можуть бути пов'язані з самотністю, особливо болісною, коли новоприбулець залишив дітей і дружину, з глибоким почуттям відчаю і невдачі, коли він не може знайти умов для гідного життя в новій країні, зі страхом фізичних небезпек подорожі, невизначеного майбутнього, з поглибленням у щоденну боротьбу за виживання та загрозою репатріації (Valero-Garcés, 2014; Achotegui, 2019).

В Іспанії опитування щодо міграції показали, що мігранти поступово відчують все більший стрес. Але особливості іспанської міграції мають міжнародний характер. Глобальна економічна криза 21 століття, а також збройні конфлікти, переслідування та бідність змінили міграційні моделі. Більшість мігрантів вже зазнали значного стресу, пов'язаного головним чином із насильством, травмами та бідністю у своїх рідних країнах.

Після вимушеного розлучення з родинами та батьківщиною іммігранти стикаються з небезпечними і, часто, смертельними міграційними подорожами. Ті, хто виживає, перебувають під впливом стресових факторів, які виходять далеко за межі звичайного механізму адаптації при зіткненні з новими культурами. Боротьба за виживання визначає розвиток цього екстремального міграційного двобою. За таких обставин багато хто з них часто розвиває такі симптоми, як дратівливість, нервозність, мігрень, головний біль напруги, безсоння, втома, страх, втрата апетиту та загальне невизначене нездужання.



Скільки людей страждають на цей синдром, важко сказати, оскільки епідеміологічних досліджень на цю тему ще небагато. У шведській статті йдеться про підвищений ризик неафективних психотичних розладів серед іммігрантів, які перед міграцією часто стикалися з соціальними негараздами. Це дослідження показало, що біженці в 1,66 раза частіше отримують такий діагноз, ніж мігранти, оскільки війна та переслідування сприяють підвищенню ризику ПТСР. Постміграційні фактори в країні перебування, такі як дискримінація, расизм і соціальна ізоляція, також пояснюють високий рівень психотичних розладів у деяких іммігрантів і біженців. Ці дослідники дійшли висновку, що досвід психосоціальних негараздів збільшує ризик розвитку психозу (Hollander, 2016).

У наш час політичний та соціальний контекст посилюють психосоматичні розлади, і фахівці з психічного здоров'я повинні бути готові виявляти супутні захворювання. У 2015 році Центр першої допомоги мігрантам у Генуї надав допомогу іммігрантам з широким спектром фізичних та психологічних розладів. Люди з ВІЛ, гепатитом В, гонореею, сифілісом, туберкульозом та вагітні отримували медичну допомогу, а також психологічну та психіатричну підтримку, коли вони цього потребували. Після втручання з боку фахівців з психічного здоров'я люди відчули поліпшення якості життя та стали більш позитивно ставитися до нового середовища (Bianucci, 2017).

Деякі захворювання супроводжують психічні розлади, але біль є самостійним симптомом. Нещодавнє обсерваційне дослідження вивчало зв'язок між психічним здоров'ям і болем серед нелегальних мігрантів у Франції. Дослідники виявили, що 11,5% страждали від тривоги, 15% мали розлади сну, 29,5% — від помірної до тяжкої депресії, а 16,2% — від ПТСР. Вони також виявили, що існують значні відмінності за статтю: депресія частіше вражає жінок, тоді як чоловіки частіше страждають від розладів сну. Це дослідження нагадує, що біль і психічні захворювання мають спільні біологічні механізми та ділянки мозку, тому соціально-економічно незабезпечені люди частіше страждають від хронічного та сильного болю. У цій статті хронічний біль серед нелегальних іммігрантів тісно пов'язується з конкретними стресовими факторами, пов'язаними з міграцією, такими як низький рівень безпеки, погані фізичні умови та обмежений доступ до медичної допомоги. Як результат, автори рекомендують систематично задавати питання, що стосуються психічного здоров'я, коли пацієнт-іммігрант відчуває біль (Moussaoui, 2025).

Європейські медичні працівники повинні усвідомлювати, що нинішні глобальні гуманітарні кризи в Європейському Близькому Сході, Північній Африці та Центральній Азії призводять до збільшення кількості переміщених осіб, шукачів притулку та біженців у всьому світі, як ніколи з часів Другої світової війни. Іммігранти втекли від соціальних та економічних умов у своїх країнах походження, а потім зіткнулися зі структурними обмеженнями в країнах, що їх прийняли. Ці стресові фактори збільшують ризик поширених психічних розладів та ПТСР. Як і загальне населення, біженці та їхні сім'ї отримують користь від своєчасного та раннього втручання та догляду, особливо ті, хто зазнав серйозних психосоціальних негараздів.

Список літератури

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. In E. Perdiguer & J. M.^a Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 83–100). Bellaterra.
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: Extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 252–268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Berry, J. (2006). Context of acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 27–42). Cambridge University Press.
- Berry, J., Phinney, J.S., Sam D. L., Vedde P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303–332. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x>
- Bianucci, R., Charlier, P., Perciaccante, A., Lippi, D., Appenzeller, O. (2017). The "Ulysses Syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine*, 41, 30–32. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>
- Brummett, B. (2019). Rhetoric of popular culture and representations of biomedicine. In A. Görgen et al. (Eds.), *Handbook of popular culture and biomedicine* (pp. 79–87). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90677-5_7
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta S., Taylor, M., Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Crawford, S., & Avula, K. (2014). Acculturation and health. In R. Gurung (Ed.), *Multicultural approaches to health and wellness in America* (pp. 99–123). Praeger.
- Cross, W. E., Jr. (1991). *Shades of Black: Diversity in African-American identity*. Temple University Press.
- Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. In I. Cuéllar & F. A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 45–62). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50004-3>
- Erten, E. Y., van den Berg, P., & Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. *Nature Communications*, 9, 58. <https://doi.org/10.1038/s41467-017-02513-0>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B., Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352, i1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- Homer, (2023). *The Odyssey* (C. Underwood, Trans.). Hamilton Books.
- Inglis, G., Sosu, E., McHardy, F., Witteveen, I., Jenkins, P., & Knifton, L. (2025). Testing the associations between poverty stigma and mental health: The role of received stigma and perceived structural stigma. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(3), 554–563. <https://doi.org/10.1177/00207640241296055>
- Iwamasa, G. Y., Regan, S. M. P., Subica, A., & Yamada, A.-M. (2013). Nativity and migration: Considering acculturation in the assessment and treatment of mental disorders. In F. A. Paniagua & A.-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 167–188). Academic Press/Elsevier.
- Jager, W., & Paolillo, R. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 89, 1–10.

-
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2008). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In N. B. Anderson (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of cultural diversity* (pp. 61–80). Wiley-Blackwell.
- Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In D. Sam & J. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 113–128). Cambridge University Press.
- Moussaoui, S., Vignier, N., Guillaume, S., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J., Dourgnon, P. (2025). Pain as a symptom of mental health conditions among undocumented migrants in France: Results from a cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607254. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607254>
- Nolan, J. A., Whetten, K., & Koenig, H. G. (2011). Religious, spiritual, and traditional beliefs and practices and the ethics of mental health research in less wealthy countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(3), 267–277.
- Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 66(8), 798–805. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351>
- Paniagua, F. A. (2013). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. In F. A. Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 25–47). Elsevier.
- Piontkowski, U., Rohmann, A., & Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group Processes & Intergroup Relations*, 5(3), 221–232. <https://doi.org/10.1177/1368430202005003003>
- Ramos-Villagrasa, P. J., & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13(2–3), 253–268.
- Ritter, L. A., & Graham, D. H. (2017). *Multicultural health*. Jones & Bartlett Learning. <http://lccn.loc.gov/2015048787>
- Stuart, H. (2025). Mental illness and popular health. In C. S. Beck (Ed.), *The Routledge handbook of health communication and popular culture* (pp. 32–44). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003436409-4>
- Teodorowski, P., Woods, R., Czarnecka, M., Kennedy, C. (2021). Brexit, acculturative stress, and mental health among EU citizens in Scotland. *Population, Space and Place*, 27(6). <https://doi.org/10.1002/psp.2436>
- Valero-Garcés, C. (2023). *Health, communication, and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Cambridge Scholars Publishing.
- van der Zee, K., & van Oudenhoven, J. P. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 88, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.004>
- Ward, C. (2001). The A, B, C's of acculturation. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 411–445). Oxford University Press.
- Yamada, A-M., & Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. In F. A. Paniagua & A-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health* (pp. 3–23). Elsevier.

Заключні роздуми: Психічне здоров'я в мультикультурному суспільстві та модель EMPOWER

Малгожата Шкуп

Цей розділ чітко демонструє, як досвід міграції, процеси акультурації та культурні відмінності глибоко впливають на психічне здоров'я осіб, що належать до меншин. Ці висновки повністю узгоджуються з основними принципами моделі EMPOWER, зокрема з такими, як мультикультуралізм, благополуччя, професіоналізм та ефективність.

Такі теми, як аккультураційний стрес, синдром Улісса та міграційна скорбота, підкреслюють необхідність інтегрованої, культурно чутливої психіатричної допомоги, яка виходить за межі діагностики та враховує соціальний, мовний та ідентифікаційний контекст кожного пацієнта. Такий підхід відображає бачення EMPOWER щодо цілісної, орієнтованої на людину та емпатичної допомоги.

У цьому розділі також наведено практичні рекомендації щодо підтримки психічної стійкості мігрантів, спираючись на інструменти культурної оцінки, моделі акультурації та культурно обґрунтовані інтерпретації симптомів. Крім того, у ньому підкреслюються структурні бар'єри, такі як мовні розбіжності, правовий статус та доступ до послуг, що відповідає заклику EMPOWER до зменшення нерівності та соціальної ізоляції.

Коротко кажучи, цей розділ доповнює та підкріплює модель EMPOWER, демонструючи, що ефективна психіатрична допомога в мультикультурному суспільстві вимагає не тільки клінічних знань, а й культурної компетентності, скромності та критичного мислення.



Хочете дізнатися більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми настійно рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Досліджуйте. Розмірковуйте. EMPOWER.



www.multicultimed.eu







Розділ 12

Релігійні, духовні та культурні практики, пов'язані зі здоров'ям

МАРЗЕНА МІКЛА

Університет Мурсії (Іспанія)

“

Важливо мати загальне уявлення про релігійні, культурні та духовні практики, пов'язані зі здоров'ям, однак слід пам'ятати, що ці знання не є абсолютним орієнтиром. Кожен пацієнт є унікальною особистістю, яка може по-різному дотримуватися своїх традицій і мати специфічні потреби. Ключ до емпатії та ефективної допомоги полягає у відкритості до діалогу та повазі до особистих переконань, а не у трактуванні загальних припущень як незаперечних принципів.

12.1. Вступ

У цьому розділі розглядається культурна соціологія, яка розуміється як вивчення знань, звичаїв та досвіду, що виражаються в поведінці осіб, які живуть і взаємодіють у групі або спільноті. Вона надає культурне розуміння релігійних, духовних та культурних практик спільнот, пов'язаних зі здоров'ям.

Культурна соціологія — це вивчення знань, звичаїв та досвіду, що виражаються в поведінці осіб, які живуть та взаємодіють у групі або спільноті.

Майбутні медичні працівники повинні набути культурних знань, щоб у своїй професійній практиці компетентно доглядати за особами з різних культур, релігій та етнічних груп.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої погляди, знання та навички в таких сферах:

- Розуміння релігійних, духовних та культурних вірувань і практик різних релігій, а також їхнього впливу на рішення в галузі охорони здоров'я
- Визнання етичних та моральних поглядів цих релігійних груп щодо таких медичних процедур, як трансплантація органів, евтаназія, контрацепція та догляд за невиліковно хворими.
- Вирішення потенційних проблем у наданні медичної допомоги, що виникають через релігійні переконання, та пошук відповідних рішень для забезпечення справедливого та інклюзивного медичного лікування.
- Визначення ключових понять, таких як соціологія, культура, культурна соціологія, релігія, етнічна приналежність, етнічна меншина, стереотип, упередження, узагальнення.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Пояснити релігійні, духовні та культурні вірування і практики різних релігійних груп та проаналізувати їхній вплив на рішення у сфері охорони здоров'я.
- Визначити та оцінити етичні та моральні перспективи різних релігійних традицій щодо таких медичних процедур, як трансплантація органів, евтаназія, контрацепція та догляд за невиліковно хворими.
- Визначити та вирішити проблеми в наданні медичної допомоги, пов'язані з релігійними переконаннями, пропонуючи рішення, що сприяють справедливому та інклюзивному лікуванню.
- Визначити та застосувати ключові соціологічні поняття, включаючи соціологію, культуру, культурну соціологію, релігію, етнічну приналежність, етнічні меншини, стереотипи, упередження та узагальнення, в контексті охорони здоров'я.

Відповідні визначення та терміни

Соціологія: Походить від латинського *socius* («партнер») і *-logía* («наука»). Це наука, яка вивчає структуру і функціонування людських суспільств. Вона аналізує

механізми, що формують міжособистісні взаємодії та соціальну організацію, а також вплив соціальних норм та інститутів на поведінку індивідів і груп (RAE).

Культура: від латинського *cultūra* («культивуація»). Це сукупність знань, що дозволяє людині розвивати критичне мислення. Також це поняття стосується способу життя, звичаїв, знань та рівня розвитку мистецтва, науки та промисловості в певну епоху, у певній соціальній групі або релігійній практиці (RAE; Griswold, 2012).

Культурна соціологія: Це галузь соціології, яка вивчає знання, досвід та звичаї, що формують індивідуальну поведінку в певній спільноті протягом часу. Groh (2019) зазначає, що культурна соціологія зосереджується на розумінні того, як культура впливає на соціальну структуру та індивідуальні ставлення в більших соціальних групах.

Релігія: Від латинського *religare* («знову зв'язати») або *relegare* («ще раз уважно прочитати»), що означає відновлення зв'язку між людиною і божеством через суворе дотримання встановлених традицій. Королівська іспанська академія (RAE) визначає релігію як сукупність вірувань або догм, що стосуються божества, почуттів поклоніння і страху перед ним, моральних норм індивідуальної та соціальної поведінки, а також ритуальних практик, насамперед молитов і жертвоприношень, як актів поклоніння.

Етнічна приналежність: Від давньогрецького *ἔθνος* (*ethnos*), що означає «народ» або «плем'я», і позначає людську спільноту, визначену расовими, мовними або культурними подібностями (RAE).

Етнічна меншина: Підгрупа населення, яка відрізняється від більшості за расовою, мовною або релігійною приналежністю (Організація Об'єднаних Націй, 2018).



Соціальні детермінанти здоров'я: умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, що впливають на стан здоров'я та якість життя. Існує п'ять основних соціальних детермінант здоров'я: економічна стабільність, доступ до освіти та її якість, доступ до охорони здоров'я та її якість, умови проживання та навколишнє середовище, а також соціальний та громадський контекст (ВООЗ, 2020; ODPHP; Koh, et al., 2011).

Стереотип: широко поширене, але надто спрощене і часто шкідливе уявлення про певну групу людей (Giger & Haddad, 2021).

Упередження: заздалегідь сформоване уявлення або судження, що не ґрунтується на достатніх знаннях. Воно може бути як позитивним, так і негативним. Негативні упередження можуть призвести до стереотипів і дискримінаційної поведінки (наприклад, расові упередження) (Duckitt, 2014).

Узагальнення: твердження про загальні культурні моделі. Вони часто призводять до неправильного тлумачення, оскільки описують усіх представників певної групи, що, в свою чергу, призводить до формування стереотипів (Callender, 2015).

Духовність: твердження, що ведуть до зв'язку з чимось, що надає життю сенс і сприяє особистому зростанню. Духовність також сприяє розвитку цінностей і позитивних внутрішніх емоцій. У запропонованій моделі автори виділяють три основні виміри духовності:

- Переконавання, практики та досвід, що ініціюють духовний зв'язок.
- Об'єкти зв'язку, такі як Бог, природа, спільнота, мистецтво, загробне життя, духовні істоти або внутрішнє «я».
- Результати духовності, включаючи цінності, особистісний ріст, сенс життя, благополуччя та відчуття внутрішнього спокою.

Це визначення охоплює як теїстичний, так і світський підходи, визнаючи культурне та індивідуальне розмаїття духовних переживань у контексті охорони здоров'я (de Brito Sena, et al. 2021).

12.2. Короткий посібник з культурних, духовних та релігійних практик, пов'язаних зі здоров'ям

Майбутні медичні працівники у своїй роботі стикатимуться з людьми з різних культурних та релігійних середовищ. Пацієнти, які нещодавно прибули до Європи, включаючи іммігрантів, представників етнічних меншин, таких як роми, а також релігійних груп, таких як Свідки Єгови, разом з пацієнтами з більшості груп, які сповідують основні релігії, такі як католицизм, іслам та індуїзм, утворюють населення, якому медичні працівники та система охорони здоров'я повинні надавати високоякісну допомогу. Виклик полягає не тільки в подоланні мовних бар'єрів, але й у розумінні їх світогляду, ставлення та цінностей, щоб запобігти нерівному ставленню до будь-якої меншини. Для подолання нерівності в галузі охорони здоров'я необхідно надати майбутнім медичним працівникам необхідні компетенції та знання.

В Європі найпоширенішими є основні християнські релігії, зокрема католицизм, православ'я та протестантизм. У 2018 році приблизно 70 % населення Європи ідентифікувало себе як християни (Pew Research Center, 2018).

12.2.1. Католицизм

Є однією з декількох християнських конфесій. За даними Центру дослідження світового християнства, у 2022 році у світі налічувалося 2,4 мільярда християн, з яких 1,36 мільярда були католиками (Центр дослідження світового християнства, 2022). Католицизм у повному обсязі визначається як доктрина віри, викладена в Біблії та традиції, інститут Церкви та її служіння, богослужіння, літургія з таїнствами, християнська мораль, релігійні практики та життя, а також відкритість віруючого до божественного та всіх вищих земних цінностей (Pawlak, 2002).

Інституційно католицизм організований під керівництвом Папи Римського, якого вважають главою Церкви і наступником Святого Петра. Десять заповідей служать моральними і релігійними принципами, що регулюють поведінку людини. Католицька Церква вірить, що життя і фізичне здоров'я є дорогоцінними дарами, довіреними Богом, і про них потрібно дбати, завжди враховуючи потреби інших і загальне благо. Хоча фізичне життя є частиною трансцендентної цінності людини, воно за своєю суттю відображає тимчасовість людського існування, що стає очевидним через хворобу і страждання. Християни розглядають хворобу і страждання як шлях до спасіння. Хоча вони повинні поважати фізичне життя, вони не повинні вважати його абсолютною цінністю, протиставляючись поширенню так званого «культу тіла». Католиків заохочують уникати будь-яких форм надмірності, пов'язаних з їжею, алкоголем або наркотиками.

Католицька церква підтримує донорство та трансплантацію органів як акти солідарності. Однак вона займає негативну позицію щодо штучного запліднення, екстракорпорального запліднення, посмертного запліднення та сурогатного материнства (Donum Vitae, 1987). Вчення церкви стверджує, що будь-яка сексуальна активність набуває справжнього значення та моральної гідності лише в шлюбі. Католицька доктрина чітко забороняє будь-які процедури, пов'язані з абортom (Evangelium Vitae, 1995).

Смерть означає кінець людського життя на Землі, але для християн вона є переходом до вічного життя. Це початок перетвореного існування. Під час процесу вмирання поруч із вмираючою людиною можна побачити релігійні символи, такі як розп'яття, зображення святих, медалі, які носять на зап'ясті або на ланцюжку на ший.



Лікарняні приміщення повинні бути пристосовані таким чином, щоб родина могла супроводжувати пацієнта в останні хвилини його життя. Пряма евтаназія заборонена, проте припинення постійної терапії є допустимим. Паліативна допомога та седативна терапія застосовуються для забезпечення найкращої якості життя пацієнта в останні дні його життя (Samaritanus Bonus, 2020). Кремація та розтин тіла дозволені.

Католицька церква розглядає материнство як місію виняткової відповідальності та служіння життю. Вагітна жінка повинна отримувати всебічну підтримку від своєї родини та релігійної громади. Після пологів мати присвячує себе догляду та годуванню дитини. Якщо здоров'я або життя дитини перебуває під загрозою, дозволяються будь-які необхідні медичні втручання для захисту дитини. Право захищати життя дитини відображає зобов'язання Церкви піклуватися — кожна дитина заслуговує на те, щоб до неї ставилися з любов'ю, ніжністю та розумінням (Majda, et al., 2009).

12.2.2. Православна церква

Віра Православної Церкви ґрунтується на традиції, яка підтверджує необхідність залишатися вірним духу ранньої Церкви. Найважливішим джерелом віри є Святе Письмо (Біблія). Православна Церква базує свої вчення на грецькому перекладі Біблії, вірячи, що цей текст був написаний під натхненням Святого Духа.

Таїнства (таємниці) супроводжують людей у найважливіші та найзначніші моменти життя, слугуючи участю в божественній благодаті. До них належать хрещення, миропомазання (конфірмація), Євхаристія, сповідь (покаяння), висвячення (священство), шлюб і свячення (помазання освяченим маслом). Одним із значущих обрядів у православній церкві є помазання олією, попередньо освяченою священником. Цей таїнство зцілює душу, розум і тіло і може бути надане будь-кому, хто цього потребує — чи то для фізичного чи психічного зцілення, чи то як підготовка до смерті (Pruszyński & Grabowska-Grzyb, 2007).



Ікони займають особливе місце в житті кожного православного віруючого. У православній традиції ікона є об'єктом поклоніння, намальованим (православні віруючі кажуть «написаним», а не «намальованим», вважаючи ікони формою молитви та способом передачі істин віри, а не просто твором мистецтва) за допомогою візантійських технік, що символізує присутність благодаті та сакраментальний знак невидимої присутності Бога (Gwynn, 2007).

Ставлення православних віруючих до здоров'я, хвороби та смерті схоже на ставлення інших християнських конфесій. Вони розглядають хворобу як Божий промысел, який може допомогти людині наблизитися до Нього та отримати особливу благодать, щоб допомагати іншим. Смерть розглядається як перехід до вічного життя. Православні християни вважають надання допомоги та підтримки хворим природною частиною життя. Православна церква не виступає проти донорства та трансплантації органів. Однак деякі православні віруючі можуть бути неохочі до донорства органів через свою віру у воскресіння тіла. Це може бути інтерпретовано як осквернення тіла і може перешкоджати або ускладнювати донорство органів (Iglesias, et al., 2023).

У порівнянні з римо-католицизмом, православна церква є більш ліберальною щодо використання контрацептивів. Вона розглядає аборт як вбивство. Використання еутаназії є неприйнятним.

У догляді за вмираючим пацієнтом важливо забезпечити підтримку та присутність іншої людини, щоб пацієнт не відчував себе самотнім і покинутим. Знеболення здійснюється за допомогою анальгетиків. Померлого проводжають поцілунком у чоло. Важливо забезпечити контакт з православним священником для прийняття таїнств, таких як сповідь, таїнство помазання хворих або Святе Причастя. Після смерті тіло омивають і елегантно одягають. Похоронна служба проводиться на третій день після смерті.

У догляді за дорослими та дітьми, як правило, немає особливих потреб, характерних для цієї релігії. Дозволені всі види лікування, що рятують життя та відновлюють здоров'я. Жінка може приймати причастя під час вагітності та годування груддю. Після пологів жінка повинна постити відповідно до вказівок, як і інші члени Церкви. Як і в будь-якому іншому випадку, релігійні звичаї слід дотримуватися відповідно до потреб пацієнта (Majda, et al., 2009).

12.2.3. Греко-католицька церква

Позначає кілька східних католицьких церков, які підтримують тісні стосунки з Римською церквою, дотримуючись візантійського або грецького обряду. Ця церква визнає авторитет Папи Римського та католицькі догмати, але зберігає свою незалежність у питаннях канонічного права, організації єпархій, літургії, права духовенства на шлюб та юліанського календаря. Відмінності між греко-католицькою та східно-православною церквами стосуються догм про верховенство Папи Римського, походження Святого Духа, чистилище та Успіння Пресвятої Богородиці.

Позиція Церкви щодо здоров'я, хвороби та смерті подібна до позиції інших християнських конфесій. Здоров'я та життя слід підтримувати на кожному етапі. Віруючі дотримуються посту, що передбачає обмеження кількості прийомів їжі або утримання від певних продуктів, таких як м'ясо або молочні продукти. Греко-католики, як і православні та католики, підтримують донорство органів, трансплантацію органів та переливання крові. Ці процедури завжди повинні виконуватися з повагою як до донорів, так і до реципієнтів. Греко-католицька церква засуджує шлюби, в яких уникають продовження роду та використовують контрацепцію. Вона засуджує аборти як вбивство.

У догляді за вагітними та породіллями, новонародженими, хворими дітьми, дорослими та пацієнтами на кінцевій стадії життя немає істотних відмінностей порівняно з іншими християнськими релігіями. Вагітні жінки та ті, хто народив, звільняються від посту, якщо це необхідно з медичної точки зору. У випадках, коли життя та здоров'я дитини знаходяться під загрозою, дозволяються всі медичні дії, необхідні для збереження життя та здоров'я дитини, відповідно до сучасних знань.



Наприкінці життя проводиться таїнство помазання хворих, яке триває набагато довше, ніж таїнство, передбачене в католицизмі. Після благословення олії священник молиться, читає уривки з Євангелія і робить знак хреста, помазуючи чоло, ніс, вуха, груди, руки і ноги хворого, повторюючи цю дію сім разів. Біблію подають хворому для поцілунку. (Majda, et al., 2009; Fouka, et al., 2012).

12.2.4. Протестантизм

Є однією з гілок християнства, поряд з католицизмом і православ'ям. Складається з трьох релігійних груп: лютеранства, кальвінізму та англіканства, що виникли в результаті Реформації Мартіна Лютера в XVI столітті. Лютер наголошував на прямому зв'язку між віруючим і Богом, ставлячи під сумнів необхідність sacramентального посередництва та літургії. Розуміння Біблії є ключовою відмінністю між протестантизмом і католицизмом. Протестантизм наголошує на релігійному індивідуалізмі та ролі суб'єктивної релігійної совісті.

Протестанти визнають лише два таїнства: хрещення та причастя; вони не практикують індивідуальну сповідь; відкидають культ Марії, святих, індульгенцій та реліквій. Сучасна протестантська церква є роздробленою, оскільки вважає, що не може ототожнюватися з жодною інституціоналізованою церквою. Серед протестантських церков є баптисти, методисти, п'ятидесятники та Церква адвентистів сьомого дня. За винятком адвентистів сьомого дня, спосіб життя протестантів істотно не відрізняється від способу життя католиків. Багато вільних протестантських церков мають суворі правила посту. Адвентисти сьомого дня не палять, не вживають алкоголь та наркотики, включаючи міцну каву та чай.



Мартін Лютер

Рекомендується вегетаріанське харчування, хоча яловичина, баранина, оленина та птиця, така як курка та індичка, дозволені. Ключовим аспектом протестантського життя є робота, яка розглядається як покликання та людський обов'язок. Вона відкидає споживацький підхід до життя та секуляризовану культуру дозвілля.

Протестанти приймають донорство органів, трансплантацію органів та переливання крові. Більшість протестантських церков не рекомендують штучне запліднення, але й не відкидають його. П'ятидесятницька церква не допускає жодних форм генетичних маніпуляцій, тоді як

Церква адвентистів сьомого дня дозволяє штучне запліднення лише в тому випадку, якщо генетичний матеріал походить від подружжя. У протестантизмі аборт вважається гріхом, але Церква не нав'язує своїм послідовникам єдиного рішення; рішення матері або подружжя має бути поважаним. Активна евтаназія не приймається, але рішення про обмеження терапевтичних зусиль диференціюється і відокремлюється від евтаназії. Догляд за пацієнтом в останні хвилини життя повинен враховувати відмінності, що впливають з належності до конкретної релігійної громади. Відмінності, наприклад, виникають, коли новонароджений у критичному стані може бути хрещений за згодою батьків. Така практика дозволена в євангелічно-лютеранській та методистській церквах. Догляд за вагітною жінкою, жінкою після пологів, новонародженим або хворою дитиною не вимагає жодних спеціальних дій, крім тих, що є загальноприйнятими та практикуються в сучасній медицині. (Majda, et al., 2009; Swihart, et al., 2023)

12.2.5. Іудаїзм

Єврейська релігія бере свій початок у другому тисячолітті до нашої ери. Іудаїзм не є одкровенням, доктриною чи вченням натхненного вчителя (як у буддизмі, католицизмі чи ісламі), а скоріше результатом повільного, колективного творення, в якому брали участь такі постаті, як Авраам, Яків, Давид та пророки Ізраїлю. З давніх часів і до наших днів Біблія залишається основою життя, мислення та поклоніння в іудейській релігії.



Єврейська Біблія — це величезний літературний твір, що складається з трьох частин, найважливішою з яких є Тора. Щоб зробити її доступною для віруючих, було написано великий коментар, відомий як Талмуд. Незважаючи на значне розсіювання по всьому світу, євреї залишилися вірними своїй релігії. Однак багато хто з них не дотримується суворо заповідей своєї віри. Сьогодні лише близько десяти відсотків євреїв практикують традиційний іудаїзм, відомий як ортодоксальний іудаїзм. Ця гілка вважає єврейську Біблію натхненною. Однак консервативний іудаїзм не погоджується з цією точкою зору, стверджуючи, що Тора (священна книга іудаїзму) була вигадана рабинами, які намагалися адаптувати іудаїзм до нової епохи. Реформований іудаїзм є найбільш ліберальним і відкидає більшість традиційних релігійних практик. Рабинські писання розглядають людину як нерозривне ціле тіло і душі.

Людина морально зобов'язана піклуватися про своє тіло. Їжа повинна бути кошерною, приготованою відповідно до правил, виведених з єврейських законів і положень, заснованих на тих, що записані в Торі. Ортодоксальні євреї суворо дотримуються цих правил. У єврейських громадах існують асоціації, члени яких піклуються про хворих і вмираючих (чоловіки піклуються про чоловіків, а жінки — про жінок). Існує обов'язок піклуватися про тих, хто страждає, і нехтування цим вважається відсутністю чесноти. Субота — сьомий день тижня, який припадає на суботу, і його дотримання починається в п'ятницю ввечері з запалюванням свічок. Вся оплачувана робота заборонена, і існує рівно 39 заборонених видів діяльності, які не можна виконувати під час суботи. Євреї приймають донорство органів, трансплантацію органів, переливання крові та штучне запліднення в шлюбі. Вони дозволяють використання оральних та внутрішньоматкових контрацептивів. Вони виступають проти абортів, але кожен випадок розглядається індивідуально. Реформістський юдаїзм приймає кремацію та аутопсію; ортодоксальні євреї виступають проти них. Єврейське право відкидає будь-які засоби скорочення життя людини і виступає проти евтаназії.

Єврейська традиція вимагає особливого ставлення до вагітних жінок; вони не зобов'язані дотримуватися посту, але мають обов'язок співпрацювати з медичним персоналом і проходити всі рекомендовані медичні обстеження. Після пологів жінки вважаються ритуально нечистими протягом семи днів у разі народження хлопчика і чотирнадцяти днів у разі народження дівчинки. Жінки в деяких гілках іудаїзму покривають голову в громадських місцях, включаючи лікарні. При госпіталізації слід забезпечити пацієнта одноразовими тарілками та столовими приборами, як того вимагає необхідність розділення їжі. За необхідності членам сім'ї слід дозволити приносити їжу з дому, а якщо це неможливо, слід забезпечити вегетаріанське харчування. Хлопчики піддаються обрізанню через вісім днів після народження. Догляд за єврейськими дітьми такий самий, як і в інших релігіях та серед атеїстів. Усі щеплення проводяться відповідно до календаря щеплень. За єврейською традицією, діти досягають зрілості і починають розглядатися як дорослі, коли їм виповнюється 13 років (хлопчики) або 12 років (дівчатка).

Для іудаїзму людське життя має найвищу цінність. Пацієнти несуть відповідальність за своє здоров'я і активно співпрацюють з медичним персоналом для одужання. Родичі часто доглядають за пацієнтами в лікарні, наприклад, стежать за гігієною, щоб захистити приватність пацієнта.

Ортодоксальні євреї дотримуються принципу не торкатися представників протилежної статі. Однак у випадках серйозних захворювань всі обмеження скасовуються. Якщо стан пацієнта значно погіршується, родині має бути дозволено залишатися з пацієнтом, навіть якщо родина велика. Члени сім'ї заохочують тяжкохворого пацієнта до роздумів над своєю совістю. Після смерті пацієнта тіло ритуально готують у спеціально обладнаній кімнаті, ніколи в лікарні. Присутність тіла померлого є джерелом нечистоти, і дотик до нього вимагає ритуального миття рук як знака духовного очищення (Majda, et al., 2009; Gabbay, et al., 2017).

12.2.6. Іслам

Це наймолодша монотеїстична релігія, заснована в VII столітті. Її священним писанням є Коран, який містить одкровення, передані людству пророком Мухаммедом арабською мовою. Коран складається з доктринальних тверджень, принципів щодо релігійного поклоніння, моральних норм, вказівок щодо належної поведінки, законів про харчування, цивільного та кримінального права, міжнародного права та релігійних оповідей. На ньому базується вся мусульманська культура та цивілізація. Окрім Корану, джерелом знань є також Сунна, традиція пророка Мухаммеда, яка складається з хадисів — записів про поведінку, висловлювання, рішення та дії Мухаммеда, що слугують зразком для наслідування (Szopski, 2005). Основним принципом ісламу є вірність релігії та Богу. Молитва є дуже важливим елементом; це форма поклоніння та прославлення Бога. Кожен мусульманин повинен молитися п'ять разів на день, стоячи в чистому місці, наприклад на молитовному килимку, обернувшись у бік Мекки, святого міста ісламу. Милостиня є ще однією символічною практикою, яка виражає готовність до жертви в ім'я релігії. Пост передбачає утримання від їжі та пиття протягом 30 днів, від світанку до заходу сонця, протягом місяця Рамадан. Їсти можна тільки до світанку і після заходу сонця. Пост є обов'язковим для кожного дорослого мусульманина. Пост можна перервати, якщо робота людини є фізично важкою або якщо є побоювання, що пост може зашкодити їй або іншим. Кожен мусульманин зобов'язаний здійснити паломництво до Мекки.

Мусульмани складають другу за чисельністю релігійну громаду у світі (після християнства). В Європі іслам є релігією, що найшвидше зростає, з найбільшим збільшенням кількості прихильників, не тільки завдяки припливу іммігрантів, але й завдяки високій народжуваності та наверненням до цієї релігії.

Іслам наголошує на важливості збереження здоров'я. Профілактичні заходи включають піст, молитву, ритуальне обмивання тіла, милостиню та шлюб, а також заборони, такі як вживання алкоголю, куріння, вживання наркотиків, перелюбство, азартні ігри та вживання свинини.



Мусульманська сім'я є патріархальною. Мусульманська релігія не накладає жодних обмежень на донорство або трансплантацію органів. Переливання крові та препарати крові дозволені та прийнятні.

Ісламське право допускає методи штучного запліднення, якщо вони застосовуються в рамках шлюбу. У різних мусульманських країнах існують різні думки щодо використання методів контрацепції; в деяких країнах вони дозволені, якщо служать для захисту здоров'я жінок. У Корані та Сунні аборт заборонений після 120-го дня вагітності, хоча думки з цього питання розходяться; в деяких країнах аборт повністю заборонений. Іслам виступає проти кремації, оскільки тіло після смерті повинно бути розташоване таким чином, щоб обличчя було повернуте в бік Мекки. Аутопсії дозволені тільки з медичних та юридичних причин. Евтаназія засуджується, але рекомендується утримуватися від штучних методів продовження життя. У післяпологовий період жінка не поститься, не займається сексуальною активністю і не молиться, а зосереджується на відновленні сил. Рекомендується годувати груддю протягом двох років. Мусульманські жінки часто не хочуть проходити гінекологічні огляди, якщо лікар — чоловік. В ісламській культурі немає традиції сімейних пологів (Leong, et al., 2016).

Народження дитини є великою радістю для родини. Як тільки акушерка перерізає пуповину, новонародженому слід прошепотіти на вухо слово «азан» (заклик до молитви). На місцевому рівні існують різні традиції, такі як купання дитини чотири рази після народження або вкладання в рот дитини пережованого фініка. Обрізання, яке проводять хлопчикам з сьомого дня до 15-річного віку, є практикою, яка дотримується і сьогодні. Всі щеплення, процедури, що рятують життя, та переливання крові дозволені. Мусульмани часто використовують природні ліки, такі як фітотерапія, апітерапія, гомеопатія та психотерапія, як доповнення до традиційної медицини.

В ісламі немає таких таїнств, як у католицизмі, таких як сповідь, покаєння або помазання хворих. Мусульманська традиція вимагає, щоб найближчі родичі сиділи біля вмираючого пацієнта, торкалися його і молилися разом. Слово «Бог» має бути останнім словом, вимовленим мусульманином. Першим дією після смерті є ритуальне очищення, яке виконує особа тієї ж статі. Померлого загортають у саван і кладуть у могилу без труни, хоча в європейських країнах мусульмани ховають своїх померлих у трунах (Ordys & Eszyk, 2007; Majda, et al., 2009; Almansour, et al., 2017).

12.2.7. Індуїзм

Наразі є однією з найбільших релігійних систем у світі за кількістю послідовників. Її сповідують понад мільярд людей, переважно в Індії. Майже кожен регіон має свої звичаї, вірування, практики поклоніння богам, традиції та ритуали. Поклоніння богам є яскравим, статуї прикрашають квітами та фруктами, а віряни співають гімни та літанії. Позиція особи в кастовій системі залежить від її походження, кваліфікації та виду роботи. Існує чотири основні соціальні групи: брахмани, кшатрії (воїни), вайшї (торговці та фермери) та шудри (робітники). Є також люди, які не належать до жодної касты, відомі як «недоторканні», які займають найнижче становище в індійському суспільстві.

Паломництво до річки Ганг для ритуального обмивання має велике значення для багатьох індуїстів. Його мета — усунути негативні наслідки карми. Зростаючий інтерес до індуїзму в Європі пов'язаний з його віруваннями і традиціями, вегетаріанством, йогою та елементами аюрведичної медицини.



Поняття здоров'я, хвороби та смерті в індуїзмі базуються на релігійних, філософських та магічних засадах. Оскільки доля всіх істот залежить від попередніх втілень, всі прояви щастя та нещастя, добра та зла, процвітання, хвороби та страждань можна інтерпретувати як прямі наслідки вчинків у минулому житті. Хвороби можна уникнути за допомогою молитви, відданості та різних релігійних практик. І навпаки, негативні наслідки поганих вчинків, скоєних у минулому житті, можна зменшити або навіть усунути, ведучи добродієсне життя відповідно до практик, розроблених для звільнення від циклу реінкарнації, таких як аскетизм і йога, які мають на меті нейтралізувати фактори, що впливають на «блукаючу душу». Для досягнення цієї мети необхідно ізолюватися від суспільства, постити, катувати тіло та медитувати. В індуїзмі здоров'я розглядається як синонім життя.

Система природної медицини, яка називається аюрведа, відійшла від магічних і релігійних підходів до здоров'я і прагне раціонально пояснити проблеми зі здоров'ям. Кінцевою метою життя в індуїзмі є піднесення на вищі рівні ієрархії буття, тому смерть не вважається негативною подією. Щоб підготуватися до смерті, необхідно здійснити паломництво до Варанасі, місця ритуального очищення, розташованого на лівому березі річки Ганг. Воно приваблює багатьох хворих і вмираючих людей, а також є місцем ритуальних самогубств (Aroga, 2024).

Трансплантація органів розглядається позитивно, оскільки вона продовжує життя іншої людини, тим самим дозволяючи їй виконати свою карму. Переливання крові також є допустимим. Однак існують суперечливі думки, і деякі стверджують, що будь-яка спроба штучно продовжити життя утримує душу в старому тілі, порушуючи природний цикл народження і смерті.

Штучне запліднення прийнятне в індуїзмі. Найважливішою цінністю в індуїзмі є сім'я. Народження дітей і планування сім'ї пов'язані із сексуальною та еротичною сферами, які займають важливе місце в індуїстській культурі. Ставлення до сексу, контрацепції та планування сім'ї варіюється залежно від секти індуїзму. Аборт вважається причиною поганої карми і може призвести до падіння на нижчий рівень в ієрархії істот.

Народження дитини є важливою подією. Часто індуїстські жінки, незалежно від свого здоров'я та фінансового становища, бажають завагітніти, оскільки це звільняє їх від важких домашніх обов'язків та фізичної праці. Вагітним жінкам накладається багато заборон, зокрема утримання від посту, схуднення та подорожей. Їхні чоловіки можуть супроводжувати їх під час пологів. Вони можуть народжувати природним шляхом або за допомогою кесаревого розтину. Після пологів мати повинна відпочивати протягом 40 днів. Нездатність народити дітей, викидень або втрата дитини можуть розглядатися як покарання для жінки, що призводить до погіршення ставлення до неї з боку родичів. Після народження дитини в багатьох сім'ях часто проводять церемонію, щоб відігнати злих духів.

Якість медичного обслуговування в Індії залежить від походження пацієнта, рівня освіти, професії і, що найважливіше, його економічного становища. Високі класні лікарні доступні тільки тим, хто має необхідні фінансові ресурси, тому деякі іммігранти з Індії можуть вперше потрапити до лікарні в Європі, оскільки медична допомога бідним зазвичай надається тільки вдома або в будинках для літніх людей.

В індійській культурі розтин розглядається як трансформація свідомості душі, яка після смерті відділяється від тіла, щоб прийняти нову матеріальну форму. Іншим фактором, що впливає на цикл народження, життя і смерті, є кремація, один з найдавніших індуїстських звичаїв, пов'язаних зі смертю. Тіло необхідно спалити, щоб досягти звільнення. Кремація є, перш за все, формою очищення.

Евтаназія розглядається як смерть за власним вибором і втеча від життя та пов'язаних з ним страждань. В Індії дозволена пасивна евтаназія: за бажанням пацієнта йому відмовляють у їжі та воді. Підхід до тривалого лікування, що підтримує життя, чітко визначений: коли мозок втрачає свою активність, функціонування організму не слід штучно підтримувати.

Останні етапи життя пов'язані з постійною підготовкою до смерті. Необхідно вирішити тимчасові питання. Люди з нижчих каст доглядаються родичами вдома, але часто трапляється, що хворі та виснажені люди помирають на вулицях без допомоги. У вищих кастах пацієнти на останній стадії життя отримують догляд у лікарнях.

Доглядачі підтримують контакт з пацієнтом до самої смерті, але намагаються не торкатися тіла — згідно з традицією — оскільки тіло вважається нечистим. Існує група спеціалізованих осіб, які професійно доглядають за померлими за певну плату. Після смерті тіло, загорнуте в тонкий одяг, кладуть на похоронний багаття (з сандалового дерева для заможних каст і з висушеного на сонці коров'ячого гною для бідних), покривають квітами і підпалюють старший син; якщо померла жінка, вогонь підпалює її чоловік або молодший син. Після кремації тіла попіл викидають у священну річку Ганг або озеро (Majda, et al., 2009; Chakraborty, et al., 2017).

12.2.8. Буддизм

Буддизм виник як релігійна система в VI столітті до н. е. в Індії. Засновник буддизму, Будда «Просвітлений», Сіддхартха Гаутама, відмовився від розкішного і комфортного життя, щоб практикувати аскетизм, який він пізніше покинув на користь досягнення просвітлення — розуміється як звільнення від безперервного циклу народження, смерті і страждань. Через сто років після смерті Будди рух розділився на дві основні гілки: хінаяна і махаяна. Перша зосередилася на вивченні текстів Будди, тоді як вчення гілки махаяна в основному зосереджувалися на розумінні порожнечі і природи Будди. У своїй духовній практиці вони розвивали здатність до любові і доброти, розуміння природи реальності і поглиблення знання про природу Будди. Друга гілка дала початок практиці Ваджраяни, яка поширилася в Тибеті (утворивши основу ламаїзму) та деяких частинах Китаю.

Важливо накопичувати карму (заслуги) через дії, мотивовані любов'ю, співчуттям і вдячністю. Гроші, титули та родина — все це зникає, коли ми помираємо. Буддійська філософія не посилається на концепцію Творця, а вірить у закон причинно-наслідкового зв'язку, який розуміється як результат позитивних і негативних дій.



Духовний розвиток, спрямований на виховання доброти, любові, співчуття, мудрості та усунення трьох основних отрут розуму — бажання, гніву та невігластва — веде до просвітлення та розриває цикл перероджень і смерті. Народження, хвороба, старість, смерть або контакт з чимось, що не приносить задоволення, вважаються стражданням. Звільнення від страждань можна досягти, подолавши негативні емоції, такі як гнів, заздрість, ненависть, бажання та помилкова самооцінка.

У буддійській медицині існує чотири категорії розладів (хвороб). До першої категорії належать хвороби, що виникають внаслідок карми, накопиченої в минулих життях; до другої — хвороби, що виникають на початку життя; до третьої — хвороби, спричинені духами; до останньої — хвороби, що виникають внаслідок неправильного харчування або неналежного поведінки. Тибетська медицина також займається лікуванням хронічних хвороб, включаючи рак. (Bauer-Wu, et al., 2014)

Буддизм загалом підтримує переливання крові, донорство органів та трансплантацію — дарування органу комусь принесе позитивні результати в наступному втіленні. Різні буддійські секти займають різні позиції щодо планування сім'ї та контрацепції. На практиці визнається необхідність цих методів. В даний час буддисти приймають такі методи, як оральні контрацептиви, презервативи, діафрагми, стерилізація та природні методи. Буддизм приймає допоміжну репродукцію, хоча розглядає її як спробу вплинути на карму, тобто життєвий шлях для наступного втілення.

Згідно з буддійською традицією, людське життя починається в момент зачаття. У традиційних буддійських школах аборт вважається незаконним і допускається тільки в тому випадку, якщо життя матері знаходиться в небезпеці. В історії були винятки з цього правила, наприклад, в Японії після Другої світової війни, де аборти практикувалися з метою зниження народжуваності (ритуали мабікі і мізуко куйо). Буддизм приймає кремацію і не противиться розтину, зосереджуючись на свідомості, а не на людському тілі. Буддизм рішуче виступає проти евтаназії, оскільки вона призводить до накопичення негативної карми.

Буддизм надає великого значення народженню дітей. Вагітна жінка повинна дбати про своє фізичне та психічне здоров'я. Позитивне мислення та релігійні практики є надзвичайно важливими. Вагітним жінкам рекомендується правильне харчування, відпочинок, достатній сон, прогулянки та уникнення важкої роботи. Медична допомога, спокійне оточення та оточення чесних людей сприяють пологам та зменшують негативні емоції, пов'язані з болем. Після пологів жінки можуть брати участь у всіх релігійних практиках. Зазвичай вони годують своїх дітей груддю принаймні протягом року. За традицією, для кожного новонародженого складають гороскоп. Усі люди, які контактують з новонародженим у перший день його життя, повинні бути добрими до нього. На прохання батьків Далай-лама вибирає ім'я дитини, коли вона ще перебуває в утробі матері. Процес одужання для дорослої людини передбачає дотримання дієтичних рекомендацій, включаючи виключення з раціону продуктів, що порушують рівновагу в організмі.

Пацієнт повинен приймати трави, призначені лікарем. Зцілення в буддизмі розумінні можливе, якщо релігійні практики поєднуються з духовними практиками, такими як медитація, і фізичними практиками, такими як зміна способу життя, наприклад, відмова від шкідливих звичок. Смерть в буддизмі вважається найважливішим моментом у житті, і її перебіг поділяється на етапи. Згідно з буддизмом філософією, тіло складається з елементів землі, води, вогню, повітря та простору, які створюють і підтримують тіло до самої смерті.

Зовнішнє розкладання починається, коли припиняється сенсорна активність і втрачаються сила та енергія. Контроль над фізіологічними функціями та здатність сприймати фізичні відчуття зникають. Відбувається втрата тепла, змінюється сприйняття зовнішніх подразників. У фазі розпаду елемента повітря з'являються порушення дихання, людина втрачає контакт з матеріальним світом. Залежно від прожитого життя виникають бачення всіх негативних подій і страхів. Якщо людина прожила добре і милосердне життя, вона зустріне близьких і переживе небесні бачення.

Оточення хворого повинно бути спокійним. Родина та друзі повинні викликати почуття любові, співчуття та відданості. Пряма присутність близьких не рекомендується, оскільки відчай може порушити спокій вмираючої людини. Найважливішою підтримкою є присутність духовного наставника. Позиція тіла в момент смерті також має велике значення. Традиційно рекомендується покласти вмираючу людину на лівий бік у позі «сплячого лева».

Ця позиція призначена для полегшення розпізнавання світла, яке з'являється після смерті і допомагає свідомості покинути тіло. Великою допомогою для вмираючої людини є практика пхова, яка полягає у візуалізації променів світла, що течуть до вмираючої людини і очищають її. Найкраще виконувати пхова перед тим, як торкатися або рухати тіло.

Цю практику слід продовжувати протягом трьох тижнів після смерті. Похоронні звичаї в буддизмі різняться і залежать від регіону або країни. У Таїланді тіло померлого доставляють до монастиря, омивають і кремують у день, визначений за гороскопом. У Тибеті тіло загортають у білу тканину, розрізають на шматки і залишають, щоб його з'їли птахи, не залишивши жодних слідів. Тіла шанованих членів громади часто спалюють на багатті (Majda, et al., 2009; Khoo, 2023).

12.2.9. Свідки Єгови

Була заснована в 1872 році Чарльзом Т. Расселом в Пенсільванії, США. Для Свідків Єгови Біблія є священним текстом, який вважається натхненним словом Божим і має найвищу владу в їхніх релігійних віруваннях і практиках. Згідно з їхніми переконаннями, Біблія містить Божу волю, закони, моральні принципи та план спасіння людства. Свідки Єгови не ізолюють себе від суспільства, а живуть і працюють у ньому; проте вони утримуються від участі в політиці та військовій службі, оскільки вважають, що ці дії суперечать біблійним вченням.

Вони не беруть участі в екуменічних заходах, відкидають традиційні релігійні ритуали і відзначають лише щорічну пам'ять про смерть Ісуса Христа, яка припадає на Великдень.

Хрещення здійснюється шляхом повного занурення у воду і проводиться для осіб, які є достатньо зрілими, щоб прийняти це рішення свідомо і самостійно. Свідки Єгови активно займаються євангелізацією. Вони не встановлюють суворих правил щодо звичаїв, не святкують свята чи дні народження, вживають дуже мало алкоголю і уникають їжі, що містить кров тварин.

Свідки Єгови прагнуть зберегти своє життя і здоров'я як дар від Бога. Тому вони підходять до медичного лікування з великою усвідомленістю, дисципліною, охоче співпрацюючи з медичним персоналом і ретельно забезпечуючи ефективність свого лікування.

Однак Свідки Єгови відкидають усі форми переливання крові. Ця позиція почала відстоюватися після 1945 року. З того часу як дорослим, так і неповнолітнім Свідкам Єгови заборонено давати згоду на переливання крові. Ця крайня позиція призвела до численних досліджень, спрямованих на надання альтернативних методів заміщення крові та розробку протоколів лікування критично хворих пацієнтів без переливання крові (Villarejo, et al., 2007; Tayloret, et al., 2020).

У випадку новонароджених, немовлят або дітей рішення щодо переливання крові приймають батьки, а в разі розбіжності між батьками остаточне слово залишається за батьком. Важливо зазначити, що з точки зору як законодавства, так і медичної етики життя дитини є найважливішим і має пріоритет над захистом релігійних переконань та особистою свободою батьків.

Якщо лікар не бачить альтернативного варіанту лікування, він може звернутися до судді, який за певних обставин може позбавити батьків батьківських прав на час лікування. Усі дії мають бути прозорими і не можуть приховуватися від батьків.

Свідки Єгови позитивно ставляться до донорства та трансплантації органів. Біблія не забороняє прямо отримувати органи та тканини від інших людей, за винятком крові. Кожен член громади приймає особисте рішення щодо трансплантації органів відповідно до своєї совісті (Cummins & Nicoli, 2018). Евтаназія прямо засуджується, оскільки вона несумісна з біблійними вченнями.

Для Свідків Єгови життя починається з моменту зачаття, тому аборти не приймаються. Ні загроза здоров'ю матері, ні виявлення генетичних вад плода, ні випадки зґвалтування або інцесту не виправдовують аборт. Біблія не засуджує контроль народжуваності в шлюбі; подружжя може вибирати методи контрацепції як особисте рішення. Важливо уникати речовин, які можуть зашкодити розвитку плода.

Для Свідків Єгови похорони є нагодою висловити свої релігійні переконання. Їхня віра у воскресіння не дозволяє їм висловлювати скорботу чи горе з приводу смерті померлого. Свідки Єгови не надають похоронам релігійного значення. Аутопсії допускаються лише у випадках, коли це вимагається законом (Majda, et al., 2009; Swihart, et al., 2023).



12.2.10. Роми

Є найбільш різноманітною і на даний момент найбільшою етнічною групою в Європі, предки якої, ймовірно, походять з Індії і почали мігрувати до Європи ще в 6 столітті. Вони не мають власної держави або визначеної території. Внаслідок міграції та контактів з іншими культурами, народами, мовами, звичаями та релігіями, вони стали дуже різноманітними.

З давніх часів роми займалися ковальством, виробництвом металу, жонглюванням, танцями та ворожінням. Все, що стосується ромів та їхньої культури, передавалося усно. Сьогодні роми поділяються на різні підгрупи, які поширені на всіх континентах. До них належать калоси, синти, калдераші, доми та романічели. Більшість ромів є християнами, деякі — мусульманами, а інші зберігають віру в індуїзм.

Однією з найхарактерніших рис їхньої соціальної поведінки є солідарність всередині групи та толерантність. Усі аспекти життя ромів регулюються неписаним кодексом моральних законів і заборон, який сформувався на основі традицій і багатовікового досвіду (циганський закон). Недотримання цих правил може призвести до таких наслідків, як «вигнання» або виключення з групи. Роми поділяють світ на «наш» і «інший, не ромський».

Вони використовують елементи «іншого» світу для задоволення своїх потреб, користуючись послугами лікарень у випадках народження дитини, хвороби або смерті. У багатьох випадках вони чинять опір тривалій госпіталізації і вважають хірургічні втручання дуже небезпечними. У деяких ромських групах існує віра, що чим більша людина, тим вона щасливіша і здоровіша, що часто призводить до ожиріння, тоді як струнка статура вважається ознакою хвороби або бідності (Majda, et al., 2009; Poveda, et al., 2014; Krasnowolski, 2022).



У ромських громадах охорона здоров'я часто не вважається одним із найважливіших пріоритетів. У багатьох випадках донорство та трансплантація органів вважаються процедурами, яким вони не довіряють і які вони відкидають. Більшість воліє не обговорювати смерть або донорство органів після смерті. Вони приймають переливання крові, щоб врятувати своє життя (Rios et al., 2023). Екстракорпоральне запліднення не дозволяється. Безпліддя є табуованою темою, як і контрацепція, і роми часто не бажають обговорювати ці теми.

Аборт вважається гріхом; він розуміється як навмисне вбивство дитини ромів і суворо заборонений. Основою існування ромів є сім'я, яка зазвичай є багатодітною, великою і дуже розширеною. Життя обертається навколо цієї соціальної одиниці. Народження першої дитини особливо очікується; її відсутність розглядається як покарання за гріхи.

Бездітність серед ромів призводить до так званого внутрішнього усиновлення, коли інша подружня пара віддає своє новонароджене дитя бездітній родині. Вагітність поза шлюбом вважається злочином, що призводить до втрати честі та поваги і може спричинити суперечки між родинами. Тема пологів є табу і не обговорюється. Наразі більшість пологів відбувається в лікарнях. Госпіталізація допомагає ізолювати породіллю від ромської громади.

Ромські жінки віддають перевагу догляду з боку жіночого персоналу. Батько ніколи не присутній при пологах. Він часто чекає за межами лікарні, поки не закінчатся пологи, і з'являється лише на короткий час, щоб побачити свою дитину. Після повернення додому мати ізолюється в своєму будинку. Домашні обов'язки виконує мати або свекруха. Ця ізоляція триває до шести місяців. Новонароджений також має обмежений контакт з батьком і дідом, які часто не торкаються онука протягом перших трьох місяців життя дитини.

Роми відкидають кремацію. Вони можуть погодитися на розтин, якщо це судова процедура. Вони не приймають евтаназію. Солідарність ромської спільноти найбільш очевидна під час хвороби та смерті члена сім'ї. Велика група близьких родичів збирається, щоб пильно доглядати за хворим і вмираючим. Сьогодні роми переважно помирають у лікарнях. Плач і голосіння є частиною поведінки, пов'язаної зі смертю серед ромів. (Kozubik, et al., 2019)

Роми ставляться до померлих з великою повагою, і їх пам'ять шанується. Згідно з традицією, вони повинні померти далеко від свого місця проживання; в минулому ліжко виносили з дому. Найближчі родичі повинні бути присутніми в лікарні з хворим, чергувати біля нього і просити вибачення навіть за найдрібніші справи, щоб після смерті їх не «відвідували». (Kowarska, 2005; Majda, et al., 2009; Ficowski, 2013; Nowicka, 2014; Європейська комісія, 2020)

Догляд та увага до пацієнта вимагають врахування культурних потреб та переконань окремих осіб та сімей. Релігія часто надає духовне керівництво та наголошує на важливості охорони здоров'я. Культура та релігія людини можуть значно впливати на її погляди на охорону здоров'я та медичних працівників. Студенти медичних та медико-санітарних спеціальностей, як майбутні фахівці, повинні розуміти походження та переконання цих пацієнтів, щоб у майбутньому забезпечити медичне обслуговування з урахуванням культурних особливостей. (Swihart, et al., 2023).



Список літератури

- Almansour, H. A., Chaar, B., & Saini, B. (2017). Fasting, diabetes, and optimizing health outcomes for Ramadan observers: A literature review. *Diabetes Therapy*, 8(2), 227-249. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0233-z>
- Arora, A., & Kumar, A. (2024). Liver and liver disease in Hinduism. *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 23(1), e0245. <https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000245>
- Bauer-Wu, S., Lhundup, T., Tidwell, T., Lhadon, T., Ozawa-de Silva, C., Dolma, J., Dorjee, P., Raptan Neshor, D., Sangmo, R., & Yeshe, T. (2014). Tibetan medicine for cancer: An overview and review of case studies. *Integrative Cancer Therapies*, 13(6), 502-512. <https://doi.org/10.1177/1534735414549624>
- de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- Callender, K. A. (2015). Understanding antigay bias from a cognitive-affective-behavioral perspective. *Journal of Homosexuality*, 62(6), 782-803. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.998965>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & Supportive Care*, 15(5), 609-622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
- Center of the Study of Global Christianity. (2022). Retrieved February 26, 2025, from <https://www.gordonconwell.edu/center-for-global-christianity/>
- Cummins, P. J., & Nicoli, F. (2018). Justice and respect for autonomy: Jehovah's witnesses and kidney transplant. *Journal of Clinical Ethics*, 29(4), 305-312. PMID: 30605440
- Donum Vitae. (1987). John Paul II. Retrieved February 2, 2025, from https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html
- Duckitt, J. (2014). Prejudice: Its social psychology. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 35. Retrieved February 10, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/263497849_Prejudice_its_social_psychology/citation/download
- European Commission. (2020). Roma equality, inclusion, and participation in the EU. Retrieved February 19, 2025, from https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en
- Evangelium Vitae. (1995, March 25). John Paul II. Retrieved February 3, 2025, from https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- Ficowski, J. (2013). *Cyganie na polskich drogach*. Wyd. Nisza.
- Fouka, G., Plakas, S., Taket, A., Boudioni, M., & Dandoulakis, M. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: Their uptake and meanings. *Journal of Nursing Management*, 20(8), 1058-1068. <https://doi.org/10.1111/jonm.12024>
- Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-Orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 545-560. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0356-6>
- Giger, J. N., & Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (8th ed.). Elsevier.
- Griswold, W. (2012). *Cultures and societies in a changing world*. SAGE Publications.

Groh, A. (2019). *Theories of culture*. Routledge.

Gwynn, D. M. (2007). From iconoclasm to Arianism: The construction of Christian tradition in the iconoclast controversy. *Greek, Roman, and Byzantine Studies*, 47, 225-251. Retrieved February 18, 2025, from <https://grbs.library.duke.edu/index.php/grbs/article/view/651/731>

Iglesias, A., Gómez i Segalà, J., & Twose, J. (2023). Diversidad religiosa y la donación de órganos y tejidos. Generalitat de Catalunya. Organización Catalana de Trasplantes. Retrieved February 15, 2025, from https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9636/guia_sobre_%20diversitat_%20religiosa%20_donaci%C3%B3rgans_teixits_2023_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Khoo, T. (2023). Buddhism. In M. K. Calhoun (Ed.), *Cancer treatment research* (Vol. 187, pp. 153-159). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29923-0_11

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S., & Fielding, J. E. (2011). Healthy People: A 2020 vision for the social determinants approach. *Health Education & Behavior*, 38(6), 551-557. <https://doi.org/10.1177/1090198111428646>

Kowarska, J. (2005). *Polska Roma. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa.

Kozubik, M., van Dijk, J. P., & Filakovska Bobakova, D. (2019). Aspects of illness and death among Roma: Have they changed after more than two hundred years? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4796. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234796>

Krasnowolski, A. (2022). Cyganie/Romowie w Polsce i w Europie: Wybrane problemy historii i współczesności. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/5/plik/ot-603.pdf>

Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam influences end-of-life care: Education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771-774.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034>

Majda, A., Ogórek-Tęcza, B., & Zalewska-Puchała, J. (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. PZWL.

Nowicka, E. (2014). Kontrowersja religijna i kontrowersja kulturowa. Romowie zielonoświątkowcy w Szaflarach. *Studia Humanistyczne AGH*, 13(3), 165-183. https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/studia-humanistyczne-agh/2014-tom-13-numer-3/studia_humanistyczne_agh-r2014-t13-n3-s165-183.pdf

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (ODPHP). (2020). Social determinants of health: Healthy People 2030. Retrieved February 12, 2025, from <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

Ordys, D., & Eszyk, J. (2007). Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań. In E. Krajewska-Kulak, W. Nyklewicz, J. Lewko, & C. Łukaszuk (Eds.), *W drodze do brzegu życia* (Vol. 2, pp. 87-94). Wydawnictwo AM w Białymstoku. Retrieved February 15, 2025, from https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/Dziekanat-WNOZ/monografie/tom_2%281%29.pdf

Pawlak, Z. (2002). *Katolicyzm A-Z*. Księgarnia Św. Wojciecha.

Pew Research Center. (2018). Being Christian in Western Europe. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.pewresearch.org/religion/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/>

Poveda, A., Ibáñez, M. E., & Rebato, E. (2014). Obesity and body size perceptions in a Spanish Roma population. *Annals of Human Biology*. Retrieved February 15, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/260377289_Obesity_and_body_size_perceptions_in_a_Spanish_Roma_population

Pruszyński, J., & Grabowska-Grzyb, A. (2007). Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontologia Polska*, 15(4), 128-136.

Real Academia Española. (n.d.). Cultura. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/cultura?m=form>

Real Academia Española. (n.d.). Sociología. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/sociolog%C3%ADa?m=form>

Real Academia Española. (n.d.). Religión. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved January 15, 2025, from <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n?m=form>

Ríos, A., López-Gómez, S., Belmonte, J., Balaguer, A., Gutiérrez, P. R., Ruiz-Merino, G., Ayala-García, M. A., Ramírez, P., & López-Navas, A. I. (2023). The Roma population's fear of donating their own organs for transplantation. *Cirugía Española (English Edition)*, 101(5), 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.043>

Samaritanus Bonus. (2020). Congregation for the Doctrine of the Faith. Retrieved February 10, 2025, from <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/09/22/carta.html>

Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin, R. L. (2023). Cultural religious competence in clinical practice. Retrieved February 2025

Заключні роздуми: релігійні та культурні практики та модель EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі подано широкий огляд релігійних, духовних та культурних практик, пов'язаних зі здоров'ям, з акцентом на їхньому впливі на рішення пацієнтів та процес надання медичної допомоги. Ця різноманітність поглядів тісно узгоджується з цінностями моделі EMPOWER, особливо в таких сферах, як мультикультуралізм, професіоналізм, ефективність та освітні ресурси.

Автор наголошує, що для надання кваліфікованої медичної допомоги необхідні відкритість, поважний діалог та уникнення стереотипів, що відображає основний принцип EMPOWER — культурну скромність. У розділі показано, як релігійні переконання можуть формувати ставлення до донорства органів, переливання крові, абортів або догляду за пацієнтами наприкінці життя, демонструючи, що надання ефективної медичної допомоги вимагає гнучкості та поваги до цінностей пацієнтів.

Багаті приклади практик різних релігій та етнічних груп слугують цінним освітнім ресурсом, що відповідає акценту EMPOWER на культурному навчанні, заснованому на досвіді. У цьому розділі також підкреслюється необхідність розвитку сильних комунікативних та етичних навичок при роботі з пацієнтами з різними системами вірувань, що є центральним елементом бачення EMPOWER щодо рефлексивного професіоналізму.

Підсумовуючи, цей розділ демонструє, що розуміння культурного та релігійного різноманіття полягає не в запам'ятовуванні фактів, а в прийнятті ставлення поваги та постійного навчання — основи ефективної, емпатичної та справедливої допомоги, що повністю відповідає духу моделі EMPOWER.



Хочете дізнатися більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми настійно рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Explore. Reflect. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Розділ 13

Мультикультуралізм у медицині – етичні питання

МАГДАЛЕНА КУЧИНСЬКА

Поморський медичний університет у Щецині
(Польща)

“

Все справжнє життя — це зустріч.
Мартін Бубер

13.1. Вступ

Термін «культура» може застосовуватися як до соціальних груп, так і до окремих осіб, що їх складають. Культура суспільства складається, серед іншого, з мови, колективних систем вірувань, переконань, поглядів, цінностей (включно з моральними цінностями), норм, ритуалів, а також знань, мистецтва та права (Spencer-Oatey, 2012; Gajda, 2003). Людина, яка є членом соціальної групи, спільно створює колективну культуру, одночасно черпаючи з неї. Більше того, вона вносить у неї свої індивідуальні культурні ресурси, такі як раса, стать, вік, сексуальна орієнтація, особиста ієрархія цінностей та світогляд. Таке розуміння культури створює простір для розвитку двох поляризованих соціальних структур: монокультури та мультикультуралізму. У наведеному нижче матеріалі увага читача зосереджується на мультикультуралізмі в моральному контексті.

Кожна зустріч з іншою людиною є зіткненням з її особливою культурою в її багатогранному розумінні.

Процес ознайомлення з матеріалом, представленим у цьому розділі, може відбуватися у двох формах: 1. Нерефлексивне, а отже, менш ефективне ознайомлення з теоретичним матеріалом, або 2. Активне засвоєння матеріалу з глибоким розумінням його практичного значення, що настійно рекомендується. Процес навчання є більш ефективним, коли студент переконаний, що набуті знання будуть корисними на практиці. Тож де ми можемо знайти міжособистісні відносини в умовах мультикультурності у сфері медицини?

Студенти, які є цільовою аудиторією цієї книги, проживають у різних частинах світу. Серед них є країни зі складними соціальними структурами, в яких співіснують численні культури. Цим читачам може бути легше застосувати зміст цього розділу до свого повсякденного життя, яке насичене зустрічами з мультикультуралізмом у вузькому сенсі (назвемо його вузьким для цілей цього розділу), що стосується насамперед національності, релігії, походження та сексуальної орієнтації. На перший погляд, дещо іншою може здатися ситуація читачів, які проживають у країнах, що не є особливо популярними напрямками імміграції і, отже, характеризуються відносно однорідними проявами соціальної культури. Однак мультикультуралізм, безумовно, виходить за межі цього вузького розуміння. Як згадувалося на початку розділу, кожна людина володіє набором культурних компонентів, які є унікальними для неї. Деякі з них є постійними, як-от стать, а інші постійно змінюються, як-от вік. Це перше основне знання, яке читач повинен винести з цього розділу: ми не повинні шукати мультикультуралізм лише в його вузькому розумінні (наприклад, пацієнт є туристом з іншої частини світу з іншою культурою). Кожна зустріч з іншою людиною є зустріччю з її особливою культурою в багатогранному розумінні.

Переходячи до суті розділу, необхідно поставити два важливі питання:

- Які цінності та моральні норми сприяють формуванню просоціального ставлення до культурного розмаїття?
- Чому впровадження запропонованих цінностей та моральних норм може допомогти оптимізувати функціонування в медичному середовищі (з особливим акцентом на догляді за пацієнтами) в контексті мультикультуралізму, при цьому поважаючи власну культурну самобутність?

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої погляди, знання та навички і зможуть:

- Характеризувати термінологію, що використовується в тексті, в її загальному значенні.
- Контекстуалізувати вищезазначену термінологію в рамках мультикультуралізму в медицині та обґрунтувати її актуальність для обговорюваної теми.
- Представити пропозиції щодо індивідуальних та групових вправ, спрямованих на підтримку розвитку відкритого ставлення до мультикультуралізму в медицині, поважаючи при цьому власну систему цінностей.

Автор розділу усвідомлює, що цінності та моральні принципи, які здаються доречними для створення мультикультурної спільноти, представляють надзвичайно широкий спектр. Представлений матеріал не вичерпує цей спектр і не претендує на це. Крім того, терміни, що використовуються в тексті, переважно з галузі філософії та етики, та їхнє розміщення в мультикультурному медичному середовищі також залишаються відкритими та незавершеними. Наміром автора та його науково-освітнім прагненням є спонукати читача до власних роздумів про моральний вимір зустрічей з іншими людьми та їх культурне багатство, незалежно від їх соціальної ролі (студент, пацієнт та його близькі, член терапевтичної команди). Зрештою, ці зустрічі відбуватимуться в індивідуальному просторі «я – ти». Посилання на філософію діалогу використовується свідомо і цілеспрямовано (Buber, 1971). Безсумнівно, послання розділу також полягає в тому, щоб мотивувати читача до більш широкої дискусії про моральні дилеми, що виникають на перетині багатьох культур у сфері медицини. Ми переконані, що певною мірою до цього сприятимуть вправи, запропоновані в кінці розділу.

Три складові морального ставлення:

- Когнітивна – складається з думок, переконань та знань про об'єкт ставлення.
- Афективна – стосується емоцій, які відчуваються до об'єкта ставлення.
- Поведінкова – стосується поведінки, яка проявляється по відношенню до об'єкта ставлення.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- Характеризувати терміни, що обговорюються в розділі: людська гідність і толерантність.
- Продемонструвати застосування термінології, представленої в пункті 1, в контексті мультикультуралізму в медицині.
- Продемонструвати усвідомлення морально неприйнятних ставлень в контексті мультикультуралізму в медицині.
- Продемонструвати внутрішню узгодженість між трьома компонентами ставлення: когнітивним, афективним і поведінковим, у відношенні до мультикультурних відносин в медицині.

Відповідні визначення та терміни

Вступ до теми етики в мультикультуралізмі вимагає визначення необхідної термінології в її загальному значенні (без посилань на мультикультуралізм у медицині). Для початку я розгляну деякі фундаментальні поняття. Цей підрозділ буде присвячений поняттям людської гідності та толерантності.

Перш ніж читач заглибитися в термінологію, що має коріння переважно у філософії та етиці, важливо зазначити істотне обмеження, застосоване в тексті. Спроба визначити наведені нижче поняття мала бути досить стислою, щоб читач не загубився в лабіринті філософських дебатів.

Натомість метою було допомогти читачеві опанувати терміни таким чином, щоб вони утворили чітку основу для практичної частини, яка стосуватиметься насамперед будь-яких відносин у медичному середовищі. Це вимагало авторитетного вибору певних філософських напрямів та визначень, розроблених у їх рамках. Індивідуальні світоглядні уподобання автора не відігравали жодної ролі в цьому виборі. Єдиним критерієм була відповідність представлених визначень провідній темі, якою є мультикультуралізм у медицині.

Людська гідність – Термін «гідність» (лат. dignitas) був введений Цицероном (Shershow, 2013). У своєму первісному значенні він стосувався етичних та естетичних цінностей, таких як краса та привабливість. Бути людиною гідною означало бути людиною, яка випромінювала красу своєю поведінкою. Згодом термін «гідність» почав використовуватися, наприклад, у польській мові, як синонім слова «прізвище» («Яка ваша гідність?» означає «Яке ваше прізвище?»). Він набуває ще одного значення у висловлюваннях на кшталт «Я маю почуття гідності», що стосується нашої внутрішньої поваги до себе.

З точки зору основної теми книги, ми зробили особливий акцент на внутрішній людській якості: гідності.

- Яка її природа (які її властивості та характеристики)?
- Чи володіє нею кожна людина, і якщо так, то звідки вона береться?
- І, мабуть, найважливіше питання: що це означає на практиці для вашої гідності, моєї гідності та гідності кожного? Чи накладає це поняття на нас якісь взаємні зобов'язання?

Кожне з цих коротких питань було предметом незліченних роздумів у філософії, релігії, праві, психології та соціології (Хартія основних прав Європейського Союзу, 2000; Гідність, 2023). Деякі з них розташовані на двох протилежних полюсах. Юридичні концепції можуть значно відрізнятися щодо визнання конкретних атрибутів (характеристик) людської гідності.

Безперечно, що терміни «людська гідність», «гідність людини» або, відповідно до персоналістської філософії, «гідність людської особи» (у філософії та етиці більшість слів, що здаються синонімами, мають конкретні, чіткі значення. Тому їх вибір повинен бути обдуманим) є одночасно дуже загальними, надзвичайно складними і навіть суперечливими.

Тому я зосереджуюся на найважливішому змісті з точки зору теми. З огляду на різноманітність філософсько-етичних поглядів та необхідність чіткості в тексті, наведена нижче інтерпретація «людської гідності» значною мірою базується на згаданій вище персоналістській школі.

Характеристики «людської гідності» – невід’ємність, недоторканність, неградуальність, непереданість (Środa, 2010). Це означає, що людина народжується з гідністю, яка належить їй, яку вона не повинна заробляти, і ні вона, ні хтось інший не може її відібрати. Вона не є градуальною – не можна мати більше чи менше людської гідності.

“

«Людська гідність є недоторканною. Вона повинна поважатися і захищатися».

– Хартія основних прав Європейського Союзу, 2000 р.

Чи кожна людина має гідність? Що є її джерелом? Відповідь на перше питання проста. Так, бути людиною означає бути наділеним гідністю, розуміючи її в тому сенсі, про який йдеться тут. Друге питання має широкий спектр аргументів (ми також розглянемо ідеї, що виходять за межі персоналізму). Ось деякі з них:

- Людська гідність походить від атрибуту раціональності та вільної волі. Цю інтерпретацію підтримував, серед інших, Іммануїл Кант (Düwell, et al., 2015).
- Людина створена за образом Божим, і це є джерелом її гідності. Ця концепція, як і слід було очікувати, пропагується тими, хто займається філософією в релігійних рамках.
- Людська здатність до рефлексії та морального вибору (Środa, 2010).
- Здатність працювати і, таким чином, цілеспрямовано та свідомо формувати навколишню реальність робить людину гідною (Środa, 2010).

Людська гідність – від теорії до практики: Прийняття факту, що ми володіємо вродженою і невід’ємною гідністю, спонукає до роздумів: як це філософське, абстрактне поняття втілюється в соціальних відносинах і нормах, що їх формують?

Одним з найважливіших наслідків є зв'язок між усвідомленням людської гідності та кодифікацією прав, що їй притаманні, таких як Загальна декларація прав людини (Організація Об'єднаних Націй, 1948) або права пацієнтів, що існують у багатьох країнах. На жаль, історія людства щодня відкриває численні приклади порушень людської гідності.

Міжнародні конфлікти, внутрішні суперечки та сімейні сварки – це явища, з якими доводиться стикатися людям у всіх куточках світу. Тому закон повинен надавати чіткі вказівки щодо захисту фундаментальної цінності людської гідності. Але чи є закон, навіть якщо він ідеально сконструйований, достатньою умовою для розвитку просоціальних установок, заснованих на повазі до людської гідності?

Хоча він є важливим регулятором соціального порядку, сам по собі він недостатній. Ця недостатність закону може бути особливо очевидною у прямих відносинах з іншою особою, особливо коли одна сторона перебуває у не вигідному становищі порівняно з іншою. Наприклад, коли їхня свобода порушується в плані права (в'язні), стану здоров'я (пацієнти відділень інтенсивної терапії) або політичних умов (іммігранти) в більшій чи меншій мірі. Отже, яка додаткова умова необхідна для формування згаданих ставлень? На цьому етапі я звернуся до теорії морального розвитку Лоуренса Колберга (людська гідність є фундаментальною моральною цінністю).

Протягом багатьох років досліджень він спостерігав різні стадії дозрівання людини у відповідь на світ цінностей (для тих, хто цікавиться цією темою, я рекомендую веб-сайт <https://courses.lumenlearning.com/suny-lifespandevelopment/chapter/kohlbergs-stages-of-moral-development/>, де це питання описано більш детально) (Kohlberg&Kramer, 1969; Zhang&Zhao, 2017). Для теми цього розділу важливими є такі висновки Колберга: на певному етапі (слід зазначити, що це досить просунутий етап у розвитку особистості) людина усвідомлює моральні цінності, якщо вони виправдані чинним законодавством. Повертаючись до основного питання, особи, моральний розвиток яких перебуває на рівні «закон і порядок», поважатимуть людську гідність, якщо це регулюється правовим порядком. Однак життя не може бути «обмежене рамками закону». Навіть найточніше законодавство не вирішує всіх соціальних ситуацій. Тут на допомогу приходить другий ключовий висновок з досліджень Колберга: найвища стадія морального розвитку – це повага до моральних цінностей через притаманне їм добро. Так, це може звучати надто філософськи. Тому в рамці нижче наведено приклад того, як теорія Колберга може бути застосована на практиці.

***Ситуація:** Літня клієнтка заходить до магазину. Вона віддає касирці весь свій гаманець, просячи її вибрати гроші для покупок. Продавчиня, скориставшись довірою літньої жінки, має можливість привласнити навіть невелику суму. Вона цього не робить. Нас цікавить відповідь на таке питання:*

Що спонукає її до морально правильних вчинків (утримання від крадіжки)?

- o **Відповідь 1:** Продавчиня утримується від крадіжки, оскільки знає, що це заборонено законом, а порушення закону може мати серйозні наслідки (вона формулює свою моральну поведінку в рамках правових обмежень).
- o **Відповідь 2:** Продавчиня утримується від крадіжки, оскільки має внутрішнє переконання, що цей вчинок є морально неправильним, що він завдає шкоди іншій людині. За Колбергом, таке міркування є найвищим рівнем моральної зрілості.

Таким чином, усвідомлення гідності іншої людини можна вважати важливим регулятором міжособистісних відносин. Залишається питання, чи достатньо бути «обладнаним» гідністю просто тому, що ти належиш до людського роду, щоб очікувати поваги.

Чи не повинна ця риса (на яку, зауважимо, ми не маємо впливу, якщо виходити з концепції її вродженої природи) доповнюватися необхідністю поводитися гідно? Думка, що це дійсно так, здається розумною. І тут ми підходимо до важливого спостереження, яке варто усвідомити: якщо я визнаю, що маю гідність, я повинен поводитися морально правильно, що, серед іншого, означає поважати гідність інших (а також свою власну). Чи не є це ідеальним способом налагодження відкритих відносин у мультикультурному вимірі? Ми повернемося до цієї ідеї в наступному підрозділі.

Толерантність – одна з найскладніших моральних ідей. Її важко реалізувати, але вона є фундаментальною для етики в мультикультурному світі. Розуміння критеріїв толерантності та її обмежень допоможе побудувати світ, вільний від напруженості в міжособистісних та міжкультурних відносинах. Давайте коротко обговоримо згадані критерії. Основа толерантності полягає в певних моделях поведінки, про які варто пам'ятати. Ось вони (Środa, 2010):

1. У нашому оточенні (представленому, звичайно, конкретною особою або особами) існує фактор, ставлення або поведінка, які викликають у мене опір і навіть можуть суперечити моїй ієрархії цінностей.
2. Я маю можливість діяти проти цього явища. Я можу спробувати змінити існуючий стан речей за допомогою сили, переконання або поширення неправдивої інформації (наприклад, спричинивши соціальну ізоляцію особи, яка дотримується поглядів, згаданих у пункті 1).
3. Я утримуюся від дій, що шкодять явищу, згаданому в пункті 2.

Таке розуміння толерантності в етиці називається «негативною толерантністю» – негативною, тому що воно виражає відсутність, в даному контексті, відсутності нашої деструктивної реакції на чийсь позицію або погляди. Це мінімальний моральний обов'язок, якого ми повинні дотримуватися. Водночас ідея толерантності є ідеєю, заснованою на вимозі: я виявляю толерантність до тебе, але ти виявляєш толерантність до мене. Існує також поняття «позитивної толерантності». Ця позиція робить значний крок вперед, додаючи останній критерій, який найкраще відображає вислів Вольтера: «Я не погоджуюся з тим, що ти говориш, але я буду захищати до смерті твоє право це говорити». Позитивна толерантність — це не просто утримання від дій проти явища, згаданого в пункті 1 (критерії толерантності). Вона передбачає активну підтримку з повагою до рівності всіх людей. Це відбувається в межах толерантності, про які йтиметься трохи далі.



Література з цієї теми вказує на кілька джерел, що виправдовують існування толерантності, але їх обговорення виходить за рамки цієї глави. Безсумнівно, однією з найважливіших цінностей, на яких ґрунтується толерантність, є людська гідність і впливаюча з неї рівність усіх людей, що розуміється в моральному контексті.

Толерантність має свої межі, інакше вона вимагала б відкритості до антисоціальних поглядів. Ми категорично проти цієї ідеї. Слід чітко зазначити, що толерантність повинна застосовуватися лише до поглядів, думок і поведінки, які не виходять за межі правових, моральних і політичних норм (точка зору, висловлена філософом Дж. С. Міллем). Важливо також підкреслити, що толерантність як моральна позиція не є тотожною прийняттю. Ми можемо приймати різні погляди, навіть симпатизувати їм, але ми не зобов'язані цього робити. Як зазначалося раніше, толерантність становить моральний мінімум в інтересах мультикультурного світу.

13.2. Людська гідність як найвища цінність у багатокультурних відносинах у медицині

У розділі 13.1. ми увійшли у світ двох філософських та етичних концепцій у їхньому загальному значенні. Тепер ми спробуємо розмістити їх у контексті мультикультуралізму в медицині, у зв'язку з практиками, що стосуються пацієнтів, їхніх сімей та відносин між працівниками. Мета розділів 1.5 та 1.6 – пошук відповіді на питання: чи можуть повага до людської гідності та відкритість до явища толерантності підтримувати просоціальні ставлення в мультикультурному медичному середовищі?

Гідність пацієнта – це гідність людини, яка боїться за своє життя і здоров'я. Це гідність близьких людей, які турбуються, довіряючи своїх рідних у руки медсестер, акушерок, лікарів, фізіотерапевтів і парамедиків. Нарешті, це гідність людей, з якими ми ділимося труднощами і радощами довгих змін. Кожен учасник цих відносин привносить у них свій культурний досвід. У цьому немає нічого незвичайного, оскільки це характерно і для повсякденних відносин, які ми відчуваємо в публічних місцях. То що ж робить медичну сферу настільки особливою, що варто, як це зробили автори цього посібника, зосередитися на значенні людської гідності як фундаментальної цінності в цій конкретній галузі медицини в контексті культурного розмаїття?

Точка зору, на якій ми базували розділ 13.1, передбачає, що гідність вважається властивістю, притаманною кожному з нас. Вона не залежить від раси, статі, сексуальної орієнтації, фінансового стану чи віку. Більше того, таке розуміння вродженої і невід'ємної гідності вимагає від нас визнавати її навіть у людей, які вчинили морально несправедливі дії. Однак важливо підкреслити слово «у людях», а не в їхніх діях, які заслуговують на відповідне засудження і покарання відповідно до їхніх провин. Повернемося тепер до речення з вступу до цього розділу. Кожна зустріч з іншою людиною є зустріччю з її особливою культурою в багатогранному розумінні. Отже, коли я спілкуюся з вами у всьому вашому культурному багатстві, я також стикаюся як з вашою, так і з моєю людською гідністю. Я – представник медичного світу, а ви – пацієнт, член сім'ї, кохана людина. Ви – мій колега по роботі.

Отже, що є найважливішим результатом цієї зустрічі? Це відчуття рівності людей у рамках базової цінності гідності. Якщо ми приймемо цей висновок із щирим і глибоким розумінням, то усвідомимо, що з моменту зустрічі з іншою людиною ми починаємо будувати наші стосунки на одному міцному фундаменті. Різноманітні фактори, що впливають із культурного розмаїття, лише збагачують стосунки, які ми створюємо. Спробуймо уявити цю думку. У нас є площа, на якій ми можемо розмістити різні будівлі. Ця площа є метафорою нашого професійного життя. Будівлі символізують кожну людину, яка з'являється в цьому житті. Ми можемо розмістити кожну з них тільки на призначеному для неї фундаменті з навколишнім тротуаром. Однак існує ризик, що, переходячи від однієї будівлі до іншої, ми зіткнемося з прогалинами та нерівностями, що утворилися між ними. Адже вони, як і наші пацієнти та колеги, дуже різноманітні: одні спокійні, інші схильні до сильних емоцій, одні здоровіші та щасливіші, інші вмирають і страждають від депресії. Деякі молоді та сповнені життя, а інші — люди похилого віку, які часто бояться хвороби та немичності. Є також ті, з ким легко спілкуватися нашою рідною мовою, та інші, з ким спілкування буде дуже складним. Така побудована площа з часом перетвориться на набір випадкових будівель, що створюватиме небезпеку для перехожих, які рухаються між ними (тобто для нас).

Однак, якщо ми почнемо свою роботу з концепції єдності та рівності людей, заснованої на гідності людини, ми почнемо будувати цю метафоричну площу, заклавши єдиний міцний фундамент. Мультикультурність кожної людини, яку ми зустрічаємо у нашому професійному житті, зробить нашу «площу» барвистою, красивою та багатую. Погляд на іншу людину з точки зору її гідності дає можливість будувати морально правильні відносини з самого початку, сприяючи тим самим хорошій якості життя пацієнтів, їх гідній смерті або, стосовно колег, сприятливій атмосфері на робочому місці.

Кожна зустріч з іншою людиною є зіткненням з її особливою культурою в її багатогранному розумінні. Кожна людина характеризується вродженою і невід'ємною людською гідністю. Тому кожна зустріч з іншою людиною є взаємодією з людською гідністю, яка належить їй.

Ми також згадували раніше, що стосунки з іншою людиною стають відправною точкою для роздумів про гідність, якою наділений я сам. Це зобов'язує мене поважати свої права і самого себе. І хоча з першого дня навчання ми приймаємо ідею «*Salus aegroti suprema lex esto*» (Благо пацієнта має бути найвищим законом), давайте зробимо пацієнта центром нашої турботи, одночасно і пропорційно очікуючи поваги до себе і культури, яку ми приносимо. Наш вік, стать, національність та інші культурні змінні вимагають такого ж захисту і поваги від пацієнта, родини та колег, як і вони очікують від нас.

13.3. Толерантність та мультикультуралізм у медицині

З розділу 13.1 ми вже знаємо, що означає термін «толерантність». Таке ставлення відіграє ключову роль у мультикультурній медицині. Коли ми маємо справу з людьми, які приносять із собою свій культурний світ, незалежно від того, чи це пацієнти, які страждають від хвороби, чи ми займаємося пошуком оптимальної терапії, кожна, навіть миттєва взаємодія є нагодою продемонструвати толерантне ставлення. Чим більш культурно різноманітними є групи, з якими ми стикаємося у нашій роботі, тим складніше це стає. Це вимагає від нас утримуватися від висловлювання протидії відмінностям.

Давайте наведемо приклад:

Ми почали працювати в країні, де звичаї, пов'язані з прощанням із померлими, сильно відрізняються від тих, з якими ми вирости. Поведінка родичів померлого може здаватися нам дивною або дратівливою. Вона також може порушити наш встановлений графік роботи. Водночас ми знаємо, що ритуали, які виконує родина біля ліжка померлого, впливають із давньої культурної традиції родини. Ми також знаємо, що лікарня (розуміючи ідею толерантності) повністю дозволяє ці ритуали. Яку позицію ми займемо? Чи будемо ми поглядом або жестом виявляти нетерпіння, неприязнь, нетолерантність? Або, навіть якщо ми продовжуємо відчувати розгубленість і гнів, чи будемо ми утримуватися навіть від найменших жестів протидії? Або, можливо, ми зробимо крок далі, прийнявши позитивну толерантність: створивши середовище, яке активно підтримує родину?

Гідність пацієнтів, їхній світ, гідність наших колег і наша власна гідність є основою толерантності, яка гармонізує мультикультурні відносини навіть у медицині.

Одним з найчастіше наведених прикладів з медицини, який дозволяє медичному персоналу продемонструвати толерантне ставлення, є відмова від переливання крові свідками Єгови. У практичній частині розділу для читача підготовлено вправу на цю тему.

13.4. Три складові морального ставлення до мультикультуралізму в медицині

Однією з цілей цього розділу є сприяння відкритому ставленню до мультикультуралізму в медицині, одночасно поважаючи власний світ цінностей. Було визначено три складові морального ставлення: когнітивна (думки, переконання та знання про об'єкт ставлення), афективна (сукупність емоцій, що відчуються до об'єкта ставлення) та поведінкова (поведінка, що проявляється щодо об'єкта ставлення) (Sawicki, 2024). Давайте детальніше розглянемо цю думку.

Раніше ми обговорювали такі фундаментальні цінності, як гідність і толерантність. Вони розглядалися як основа для побудови добрих відносин з іншими людьми.

Однак просте поваження гідності, яке виражається через толерантність, не дає нам достатніх компетенцій для розвитку просоціальної моральної позиції в контексті мультикультуралізму в медицині. Чому існує така думка?

Відповідь полягає в тому, що робота на стику двох величезних і багатограних областей — мультикультуралізму та медицини — є надзвичайно складним завданням. Різноманітність їхніх взаємозв'язків практично нескінченна. Терапія, спрямована на пацієнта (термін «терапія» означає всі можливі дії щодо пацієнта з боку членів будь-якої медичної групи) і розглянута в контексті поваги до мультикультуралізму, абсолютно вимагає, з одного боку, медичних знань, а з іншого — розуміння звичаїв, практик і норм, що регулюють культуру людини, довіреної нашому догляду.

Ніхто не належить виключно до однієї культурної ідентичності, такої як гендер. Ми підлягаємо інтерсекційності, ідентифікуючи себе одночасно з багатьма характеристиками, як обговорювалося у вступній частині розділу. Наприклад, молода жінка, яка народжує у своїй рідній країні, серед людей, які знають і поділяють її культурні норми, буде мати інші реакції, ніж жінка, яка народжує серед медичного персоналу з іншими культурними зразками, яка також перебуває у негетеронормативному партнерстві. Одинокa мати, яка народжує, буде в ще іншому становищі. Щоб надати пацієнту комплексну допомогу, яка обов'язково включає нашу моральну гідність, необхідно постійно працювати над формуванням когнітивного компонента. Хоча визнання гідності іншої людини є відправною точкою для формування такого ставлення, постійне набуття знань про неї дозволяє нам розвивати відповідні емоції до неї (афективна складова).

Ситуації, з якими ми стикаємося в медицині, не випадково є основою для численних популярних телевізійних шоу, дія яких відбувається в лікарнях, таких як «Швидка допомога», «Анатомія Грей» або «Доктор Хаус». Повсякденні драми людського життя, несподівані повороти, радість, перемежена з сумом, надія і її кінець, виснаження медсестер, акушерок, лікарів і парамедиків — конгломерат емоцій на найвищому рівні почуттів. У цьому дуже легко втратити емпатію. Тепер додамо до цих «швидкісних смуг» додаткові змінні, що виникають через наш мультикультуралізм. Просто поважати гідність іншої людини буде недостатньо. Робота на основі емоцій без фундаменту знань може бути шкідливою для всіх залучених сторін. Розуміючи культурні джерела людської поведінки, набагато легше зміцнити позитивні емоції в собі та придушити негативні.

Розуміння того, чому наш пацієнт, його близькі та наші колеги поведуться певним чином, і усвідомлення значення, яке це має для культури, з якою вони себе ідентифікують, слугуватиме орієнтиром у заплутаному лабіринті шляхів. Когнітивні та афективні компоненти стануть основою для головного прояву нашої роботи: поведінки, вираженої через дії (поведінковий компонент).

Озброєний знаннями, я розумію інших (особливо поведінку, яка відрізняється від моєї, яку важко прийняти) — розуміння означає відкрити себе для позитивних емоцій по відношенню до інших. Озброєний знаннями та сповнений позитивних емоцій, я приступаю до дії. Етика мультикультуралізму в медицині, як і часто буває з ліками, можна викласти в двох словах. Адже моральне ставлення, з яким ми вступаємо у світ медицини, має бути подібним до найкращого ліків, а не отрутою, виготовленою з суміші невігластва, шкідливих емоцій та нетерпимості.

13.5. Висновки

Ми колективно розглянули теорію, яка надає лише скромні основи для етики мультикультуралізму в медицині. Як згадувалося у вступі, ця тема, безумовно, не була повністю досліджена. Ми б ризикнули сказати, що вона була лише дуже коротко згадана. Зміст розділу мав на меті виконувати сократівську роль «оси», що провокує до роздумів... Можливо, вона навіть викличе опір або бунт у деяких читачів. Якщо це станеться, то це добре, тому що найважливіше з точки зору наших культурно багатих пацієнтів, їхніх близьких, наших колег і нас самих — це замислитися над етичними основами міжлюдських і міжкультурних відносин.



На закінчення неможливо не згадати про існування складних, морально суперечливих ситуацій, що виникають на перетині різних культурних проявів. Ці ситуації неможливо уникнути. Також неможливо запропонувати готове рішення, яке було б вигідним для всіх сторін, залучених до конфлікту. Іноді це навіть нереально. Напевно, читачеві спадають на думку багато прикладів, здавалося б, «безнадійних» ситуацій, характерних для його країни, місця роботи або культури. Однак, щоб не залишати читача в повній невідомості щодо пропонуваного рішення моральних проблем у контексті мультикультуралізму в медицині, ми пропонуємо завжди ґрунтувати обговорювані альтернативи на цінностях, згаданих у заключному розділі: **людська гідність, толерантність, високий рівень моральної зрілості та солідна доза знань.**

Список літератури

Buber, M. (1971). *I and thou*. Scribner Macmillan, Scribner Book Co.

Charter of Fundamental Rights of the European Union 2000, art. 1 Human dignity.

Dignity. (2023). *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/dignity/> [10.01.2025].

Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R., & Mieth, D. (Eds.). (2015). *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge University Press.

Gajda, J. (2003). *Antropologia kulturowa. cz. 1: Wprowadzenie do wiedzy o kulturze*. Adam Marszałek.

Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 12(2), 93–120. <https://doi.org/10.1159/000270857>

Sawicki, K. (2024). Postawy moralne młodzieży. In Ł. Szwejka (Ed.), *Postawy i styl życia młodzieży* (p. 69). Instytut Badań Edukacyjnych.

Shershow, S. C. (2013). *Deconstructing dignity: A critique of the right-to-die debate*. University of Chicago Press. ISBN: 9780226088266.

Spencer-Oatey, H. (2012). What is culture? A compilation of quotations. <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/al/globalpad/interculturalskills/> [17.03.2025].

Środa, M. (2010). *Etyka dla myślących*. Czarna owca.

Zhang, Q., & Zhao, H. (2017). An analytical overview of Kohlberg's theory of moral development in college moral education in mainland China. *Open Journal of Social Sciences*, 5, 151–160. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.58012>

Заключні роздуми: Етика мультикультуралізму в медицині та модель EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі розглядаються ключові питання про те, які моральні цінності сприяють відкритому ставленню до культурного розмаїття в медицині. Великий акцент робиться на поняттях людської гідності, толерантності та моральної зрілості, які глибоко резонують з моделлю EMPOWER, зокрема з її основними принципами: мультикультуралізм, професіоналізм, благополуччя та освітні ресурси.

Автор підкреслює, що кожна взаємодія в медичному середовищі — з пацієнтом, членом сім'ї або колегою — є одночасно зустріччю з унікальною культурною ідентичністю, а отже, і з притаманною цій людині гідністю. Ця точка зору повністю підтримує бачення EMPOWER щодо цілісного, емпатичного, орієнтованого на людину догляду. Важливо, що толерантність не розглядається як пасивне прийняття, а як навмисне етичне утримання від шкідливих реакцій — моральний мінімум, якого очікують від професіоналів, що працюють у мультикультурному середовищі.

У розділі також представлено модель моральної позиції, що базується на трьох компонентах: когнітивному, емоційному та поведінковому. Ця структура відображає фокус EMPOWER на рефлексивних, обґрунтованих і співчутливих діях, заснованих на знаннях і керованих етичною свідомістю.

Підсумовуючи, цей розділ наголошує на важливості впровадження моделі EMPOWER на практиці. Він демонструє, що етична міжкультурна компетентність – це не просто набір навичок, а глибока, заснована на цінностях позиція, що ґрунтується на повазі, зрілості та значущих відносинах «я-ти» у дусі діалогічної філософії та основних принципів EMPOWER.



Хочете дізнатися більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми настійно рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Explore. Reflect. EMPOWER.



www.multicultimed.eu



Розділ 14

Права людини

**ОЛЬГА ФЕДОРЦІВ, ЕМІЛІЯ БУРБЕЛА,
ВОЛОДИМИР ДЖИВАК**

Тернопільський національний медичний
університет імені Івана Яковича Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України

“

Всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні ставитися один до одного в душі братерства

— Організація Об'єднаних Націй. Загальна декларація прав людини, 1948 рік

14.1. Вступ

Права людини ґрунтуються на принципах гідності, рівності та свободи, які є основою справедливого та гармонійного суспільства. Ці принципи гарантують, що кожна людина, незалежно від її етнічного, культурного, соціального чи релігійного походження, має однакові права та можливості. Універсальність та неподільність прав людини є ключовими цінностями, що забезпечують рівність громадянських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав. Ці принципи відображені в Загальній декларації прав людини, яка підкреслює, що всі люди «народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах» (Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй. Принципи прав людини, 2005).

Ідея прав людини також охоплює важливість взаємної поваги та толерантності в багатокультурному середовищі. Дотримання цих цінностей сприяє соціальній згуртованості, інтеграції різних культур та запобігає дискримінації. Права людини слугують орієнтиром для створення суспільства, в якому різноманітність розглядається як джерело сили, а не як виклик (Польнікова, 2024).

Принципи та цінності, що лежать в основі прав людини, є фундаментом справедливого та гармонійного суспільства. Вони гарантують, що кожна людина, незалежно від етнічного, культурного, соціального чи релігійного походження, має рівні права та можливості. Універсальність та невід'ємність прав людини означає, що всі люди у світі мають ці права і не можуть бути їх позбавлені. Неподільність прав людини підкреслює, що всі права – громадянські, культурні, економічні, політичні та соціальні – взаємопов'язані та мають рівну цінність. Позбавлення одного права негативно впливає на інші (Фонд народонаселення ООН. Принципи прав людини, 2005).



Взаємна повага і толерантність є важливими в мультикультурному суспільстві. Ці цінності сприяють соціальній згуртованості, інтеграції різних культур і запобігають дискримінації. Толерантність ґрунтується на рівній гідності всіх людей, які заслуговують на повагу як розумні особистості, здатні створювати і визначати свою власну ідентичність (Tadmor, Galinsky & Maddux, 2012).

Дотримання цих принципів сприяє створенню суспільства, в якому різноманітність розглядається як джерело сили, а не як виклик. Визнання та повага до культурних відмінностей сприяють діалогу, співпраці та взаєморозумінню між різними групами, що є ключовим фактором для побудови гармонійного та справедливого суспільства.

Цілі

Завдяки цьому розділу студенти покращать свої погляди, знання та навички і зможуть:

- **Дослідження прав людини:** проаналізуйте, як концепції прав людини впливають на практику та політику охорони здоров'я в усьому світі, особливо в контексті доступу до медичної допомоги, дискримінації та права на здоров'я, що сприятиме глибшому розумінню універсальних цінностей та їхньої ролі у створенні справедливого суспільства.
- **Виявлення порушень прав людини:** студенти навчатимуться розпізнавати різні форми порушень прав людини, які можуть траплятися в системах охорони здоров'я, включаючи системні нерівності та зловживання, а також їхній вплив на вразливі верстви населення, що дозволить їм краще розуміти такі питання, як соціальна нерівність та культурний релятивізм.
- **Наголошуйте на етичній відповідальності:** Наголошуйте на етичній відповідальності медичних працівників за захист прав людини та сприяння соціальній справедливості у своїй практиці. Це включає розробку стратегій захисту прав у багатокультурному середовищі та підвищення компетентності у вирішенні етичних дилем.
- **Застосування системи прав людини:** Студенти зрозуміють, як застосовувати рамки та принципи прав людини в контексті охорони здоров'я для сприяння справедливому та рівноправному наданню медичних послуг. Студенти отримають практичні знання про міжнародні правові механізми, такі як Загальна декларація прав людини, та їх застосування в реальних ситуаціях.
- **Визначення ключових термінів:** Точне визначення ключових термінів у сфері прав людини, включаючи «право на здоров'я», «дискримінація» та «рівність у сфері охорони здоров'я», щоб закласти міцну основу для розуміння складності прав людини та їх важливості у вирішенні сучасних глобальних проблем, таких як зміна клімату, біженці та соціальна нерівність.

Метою вивчення прав людини є формування глибокого розуміння універсальних принципів гідності, рівності та свободи, які є основою гармонійного та справедливого суспільства.

Результати навчання

До кінця цього розділу читачі зможуть:

- **Зрозуміти, що таке права людини:** описати основні поняття прав людини як універсальних, невід'ємних і неподільних принципів, що захищають гідність, рівність і свободу всіх людей.
- **Визначити ключові терміни:** визначити та пояснити основні терміни, пов'язані з правами людини, включаючи громадянські, політичні, економічні, соціальні та культурні права, як це визначено в міжнародних правових стандартах.
- **Визначити сучасні проблеми:** розпізнати сучасні виклики у сфері захисту прав людини в глобальному масштабі, включаючи розбіжності між країнами, культурні стереотипи та соціальні фактори, що впливають на доступ до прав.

- **Застосувати систему прав людини:** продемонструвати, як використовувати систему прав людини для аналізу питань соціальної справедливості та створення стратегій для сприяння рівності та взаємній повазі в мультикультурному середовищі.
- **Аналізуйте мультикультурну компетентність:** оцініть важливість мультикультурної компетентності в контексті прав людини, включаючи розуміння різних точок зору та вирішення конфліктів, що виникають через культурні відмінності та дискримінацію.

Відповідні визначення та терміни

Права людини: Основні права і свободи, на які мають право всі люди, незалежно від національності, статі, етнічної приналежності чи будь-якого іншого статусу. Ці права включають право на життя, свободу вираження поглядів та доступ до медичної допомоги.

Право на здоров'я: право осіб на досягнення найвищого рівня фізичного та психічного здоров'я, що включає доступ до медичних послуг, здорове довкілля та основні чинники, що визначають здоров'я, такі як харчування та чиста вода.

Дискримінація: несправедливе або упереджене ставлення до осіб на підставі таких ознак, як раса, стать, вік або інвалідність, що може призвести до нерівності в доступі до медичної допомоги та її результатах.

Рівність у сфері охорони здоров'я: Принцип, згідно з яким кожна людина повинна мати рівні можливості для досягнення свого повного потенціалу в сфері охорони здоров'я і ніхто не повинен бути позбавлений можливості досягти цього потенціалу через соціальні, економічні або екологічні умови.

Загальна декларація прав людини (ЗДПЛ): Історичний документ, прийнятий Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй у 1948 році, в якому викладено основні права людини, що повинні бути захищені на універсальному рівні, включаючи конкретні посилання на права, пов'язані зі здоров'ям і благополуччям.

Інформована згода: правова та етична вимога в галузі охорони здоров'я, яка зобов'язує пацієнтів бути повністю поінформованими про ризики, переваги та альтернативи медичних втручань перед наданням згоди на лікування.

Автономія пацієнта: право пацієнтів приймати обґрунтовані рішення щодо власного медичного обслуговування, поважаючи їхні цінності та уподобання, та забезпечуючи їм контроль над своїм медичним лікуванням.

Вразливі групи населення: групи осіб, які мають вищий ризик зіткнутися з перешкодами в отриманні медичної допомоги, включаючи маргіналізовані спільноти, біженців, людей похилого віку та осіб з інвалідністю.

Культурна компетентність: здатність медичних працівників розуміти, поважати та ефективно взаємодіяти з пацієнтами з різних культурних середовищ, що є необхідною умовою для забезпечення рівного доступу до медичної допомоги.

Соціальні детермінанти здоров'я: умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, що впливають на результати здоров'я, включаючи соціально-економічний статус, освіту, середовище проживання та доступ до медичної допомоги.

Етичні дилеми: ситуації, в яких медичні працівники стикаються з суперечливими обов'язками, пов'язаними з доглядом за пацієнтами, що часто вимагає зважування індивідуальних прав, питань громадського здоров'я та розподілу ресурсів.

Право на приватність: право осіб зберігати конфіденційність своєї особистої медичної інформації та контролювати, хто має доступ до їхніх медичних карток та даних про стан здоров'я.

Справедливість у сфері охорони здоров'я: концепція, згідно з якою медична допомога повинна розподілятися справедливо, забезпечуючи всім особам доступ до необхідних медичних послуг та усуваючи нерівності в наданні медичної допомоги.



Недискримінація: Принцип, який забороняє дискримінацію осіб у закладах охорони здоров'я на підставі раси, статі, інвалідності, сексуальної орієнтації або інших захищених характеристик, забезпечуючи рівний доступ та лікування.

Медична етика: Сукупність моральних принципів, що регулюють практику медицини, включаючи повагу до автономії пацієнта, нешкідливість (не завдавати шкоди), благодійність (діяти в інтересах пацієнта) та справедливість.

Право на освіту: право осіб отримувати освіту щодо свого здоров'я, включаючи інформацію про медичні стани, лікування та їхні права в системі охорони здоров'я.

Права на участь: права осіб та громад активно брати участь у прийнятті рішень, що впливають на їхнє здоров'я та добробут, включаючи участь у формуванні політики та наданні медичних послуг.

Глобальне здоров'я: Галузь науки та практики, що зосереджується на питаннях здоров'я, які виходять за межі національних кордонів, визнаючи взаємопов'язаність систем охорони здоров'я та необхідність міжнародного співробітництва у просуванні громадського здоров'я.

Підхід, заснований на правах людини (HRBA): Стратегія розвитку та соціальних змін, що інтегрує принципи прав людини в усі аспекти планування та реалізації, підкреслюючи розширення прав і можливостей, участь та підзвітність.

14.2. Що показують дослідження

Права людини є універсальними, невід'ємними та неподільними принципами, що забезпечують гідність, рівність і свободу кожної людини. Вони є основою для захисту громадянських, політичних, економічних, соціальних і культурних прав. Загальна декларація прав людини (1948) була фундаментальним документом, який визначив ці права як універсальні та обов'язкові для всіх держав (Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй. Загальна декларація прав людини, 1948).

У багатокультурному середовищі права людини є ключовим механізмом забезпечення рівності та взаємної поваги. Вони сприяють соціальній згуртованості та запобігають дискримінації за культурними, релігійними чи етнічними ознаками. Згідно з дослідженнями, ефективне дотримання прав людини забезпечує соціальну справедливість та рівний доступ до ресурсів незалежно від походження людини (Agyare, 2024).

У світі захист і просування прав людини значно відрізняються. Згідно з даними Our World in Data, хоча з часом загальний захист прав людини покращився, між країнами зберігаються значні розбіжності. Такі фактори, як структури управління, культурні норми та економічні умови, сприяють цим відмінностям (Herre & Arriagada, 2016).

Згідно з рейтингом U.S. News Best Countries та підрейтингом Social Purpose, Данія, Швеція та інші європейські країни часто визнаються за їхню сильну прихильність до прав людини. Вони мають міцні правові рамки та інституції, покликані захищати індивідуальні свободи та сприяти рівності. Їхні суспільства наголошують на прозорості, інклюзивності та соціальному добробуті, що сприяє високим стандартам у сфері прав людини (рейтинг U.S. News Best Countries, 2024).

Натомість, згідно зі Світовим звітом 2023 року, ситуація з правами людини в Китаї стала предметом міжнародної уваги. У звітах висвітлюються такі питання, як обмеження свободи слова, придушення політичної опозиції та занепокоєння щодо поводження з етнічними меншинами.

Китайський уряд часто ставить колективні права та соціальну стабільність вище за індивідуальні свободи, що відображає інший філософський підхід до прав людини.

Саудівська Аравія піддається критиці за свою практику в галузі прав людини, зокрема щодо свободи слова, прав жінок та застосування смертної кари. Правова система країни базується на ісламському праві, що впливає на тлумачення та реалізацію прав людини. Нещодавні реформи були спрямовані на поліпшення прав жінок, але значні виклики залишаються (Hassan, 2023).

Історично поняття прав людини бере свій початок у філософії природного права, що розвинулася в античності. У Середньовіччі ці ідеї були адаптовані теологами, такими як Томас Аквінський, а в епоху Просвітництва — філософами, такими як Джон Локк і Жан-Жак Руссо. Вони стверджували, що права людини є невід'ємними і незалежними від волі держави (Perelló CFA, 2014).

Освіта в галузі прав людини дає змогу набути кращих навичок мирного вирішення конфліктів, сприяє протидії екстремізму та поширенню ідей толерантності та поваги до інших. Це особливо важливо в мультикультурних суспільствах, де різні погляди та традиції можуть спричиняти напруженість. Освіта в галузі прав людини сприяє протидії екстремізму шляхом поширення ідей толерантності та поваги до інших. Учні вчать аналізувати маніпулятивну інформацію та розпізнавати прояви радикалізації в суспільстві (ЮНІСЕФ, 2024). У сучасному міжнародному праві права людини закріплені в ряді фундаментальних документів, які визначають стандарти їх захисту та сприяють їх дотриманню на глобальному рівні. Зокрема, ключову роль відіграють Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (1966) та Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966), прийняті Генеральною Асамблеєю ООН в рамках розробки Міжнародного білля про права людини.

Ці угоди є частиною міжнародного правового порядку і зобов'язують держави-учасниці вживати заходів для забезпечення відповідності національного законодавства міжнародним стандартам. Разом із Загальною декларацією прав людини (1948) вони складають основу сучасного міжнародного права у сфері прав людини (Risse, Ropp & Sikkink, eds, 2013).



Права людини відіграють ключову роль у забезпеченні захисту осіб у різноманітних соціально-культурних контекстах, сприяючи поширенню принципів рівності, толерантності та подоланню дискримінації. У сучасному світі глобалізація має значний вплив на міжкультурну взаємодію, створюючи нові виклики, що вимагають ефективних механізмів захисту прав людини. Впровадження міжнародних стандартів у сфері прав людини сприяє не тільки збереженню культурної ідентичності, а й забезпеченню гармонійного співіснування різних груп, незалежно від їхнього етнічного, релігійного чи соціального походження.

У контексті прав людини важливо включити Конвенцію про права інвалідів (КПІ), ключовий міжнародний документ, який наголошує як на правовому захисті, так і на соціальній інклюзії. Конвенція приймає інклюзивне та всеосяжне визначення інвалідності та твердо стверджує, що всі особи, незалежно від виду інвалідності, мають право на повне здійснення прав людини та основних свобод. Вона надає чіткі вказівки щодо того, як різні категорії прав повинні застосовуватися до осіб з інвалідністю, та підкреслює необхідність розумних пристосувань для забезпечення ефективного здійснення цих прав. Крім того, CRPD визначає сфери, в яких права історично порушувалися, та підкреслює важливість посилення правових гарантій для цієї маргіналізованої групи (Організація Об'єднаних Націй, 2006).

У контексті глобалізації зростання міжкультурних контактів може призвести до конфліктів, спричинених нерівністю, упередженнями або конкуренцією за ресурси. За таких обставин права людини стають ключовим інструментом для зменшення напруженості, оскільки їхньою головною метою є створення умов для рівності та взаємної поваги. Наприклад, принципи, закріплені в Загальній декларації прав людини (1948) та інших міжнародних документах, стверджують, що кожна людина має право на свободу вираження поглядів, рівний доступ до освіти та можливості для реалізації свого потенціалу, що сприяє соціальній інклюзії (Donnelly, 2013).

Список літератури

- Agyare, P. (2024). Contextualizing human rights in multicultural environments. *Research in Social Sciences and Technology*, 9(3), 210–230. <https://doi.org/10.46303/ressat.2024.56>
- Being different is not a problem, the challenge is rejection: Ukraine on the way to tolerance. (n.d.). *Fact-news.com.ua*. <https://fact-news.com.ua/buti-riznimi-ne-problema-viklik-u-nepriynyatti-ukraina-na-shlyahu-do-tolerantnosti/>
- Cole, N. L. (2024). Understanding acculturation and why it happens. *ThoughtCo*. <https://www.thoughtco.com/acculturation-definition-3026039>
- Donnelly, J. (2013). *Universal human rights in theory and practice* (3rd ed.). Cornell University Press. <http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1xx5q2>
- The International Covenant on Civil and Political Rights. Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights>
- Perelló, C. F. A. (2014). On supernatural law: About the origins of human rights and natural law in antiquity. *Fundamina*, 20(1), 15–26. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1021-545X2014000100002&lng=en&tlng=en
- The Persistent Power of Human Rights. (2013). Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/persistent-power-of-human-rights/D26A23B19102926B4E77B1EDEA3773F1>
- Tadmor, C. T., Galinsky, A. D., & Maddux, W. W. (2012). Getting the most out of living abroad: Biculturalism and integrative complexity as key drivers of creative and professional success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(3), 520–542. <https://doi.org/10.1037/a0029360>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights: Article 1. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- United Nations. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- United Nations General Assembly. (1948). Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations Population Fund. (n.d.). Human rights principles. <https://www.unfpa.org/resources/human-rights-principles>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (n.d.). <https://www.unesco.org/en>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (n.d.). Training for teachers helps strengthen gender equality. <https://www.unicef.org/ukraine/stories/training-for-teachers-helps-strengthen-gender-equality>
- U.S. News & World Report. (n.d.). Best countries rankings: Cares about human rights. <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/cares-about-human-rights>
- World Report 2023. (2023). Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/world-report/2023>

Заключні роздуми: права людини в контексті моделі EMPOWER

Малгожата Шкуп

У цьому розділі підкреслюється фундаментальна роль прав людини як основи рівності, гідності та справедливості в різноманітних суспільствах. Ця точка зору повністю узгоджується з моделлю EMPOWER, зокрема з її основними принципами: мультикультуралізм, благополуччя, професіоналізм, ефективність та освітні ресурси.

Автори показують, що захист прав людини, включаючи право на здоров'я, недискримінацію, автономію пацієнта та приватність, є не тільки юридичним обов'язком систем охорони здоров'я, але й повсякденною етичною відповідальністю медичних працівників. Визнання гідності та права кожної людини на рівне ставлення відображає суть культурно компетентного та соціально справедливого догляду, що є центральним елементом філософії EMPOWER.

У розділі також наводяться практичні інструменти для аналізу порушень прав людини в охороні здоров'я, що сприяє підвищенню рефлексивних та адвокаційних компетенцій фахівців. У ньому підкреслюється необхідність захисту вразливих груп, сприяння здоров'ю громади та налагодження глобального діалогу, заснованого на взаємній повазі та міжкультурній співпраці — цілях, які повністю співзвучні моделі EMPOWER.

Цей розділ перекладає цінності EMPOWER мовою прав людини і показує, що їх практичне втілення є необхідним для надання етичної, ефективної та справедливої допомоги в глобально пов'язаному світі.



Хочете дізнатися більше?

Відвідайте платформу MultiCultiMed!

Ми настійно рекомендуємо відвідати освітню платформу MultiCultiMed, де ви знайдете інтерактивні вправи, додаткові матеріали та цікаві завдання, що відповідають моделі EMPOWER. Ці ресурси допоможуть вам перетворити знання на практику та посилити ваші рефлексивні культурні компетенції.

Explore. Reflect. EMPOWER.



www.multicultimed.eu





Список авторів



MAŁGORZATA SZKUP

Associate Professor, PhD, MSc, RN

завідувач незалежної кафедри соціального медсестринства та заступник декана факультету медичних наук Поморського медичного університету в Щецині, Польща. Шанований науковець і практик у галузі медсестринства з двадцятирічним досвідом роботи.

На її професійний шлях значний вплив справила пристрасть до транскультурної медсестринської справи, якій вона присвятила останні 15 років. Лідерські якості Малгожати яскраво проявляються в її ролі керівника проєкту «MultiCultiMed», який сприяє сучасному мультикультурному навчанню студентів медичних і медико-санітарних спеціальностей. Завдяки цій ініціативі їй вдалося створити консорціум із шести європейських університетів, що сприяє міжнародній співпраці в галузі транскультурної медичної освіти в Польщі, Кіпрі, Словенії, Іспанії, Німеччині та Україні.

Як відданий дослідник, Малгожата є автором понад 100 рецензованих наукових статей у національних та міжнародних журналах. Її підтримка інтеграції транскультурного медсестринства в освіту та практику охорони здоров'я залишається центральною в її кар'єрі, сприяючи розвитку більш інклюзивних та культурно компетентних систем охорони здоров'я по всій Європі.

E-mail: malgorzata.szakup@pum.edu.pl

MAŁGORZATA ZIMNY

PhD in Health Sciences, MSc

акушерка, фахівець з акушерської допомоги, доцент Поморського медичного університету в Щецині, Польща. Протягом багатьох років займається як освітою, так і професійною практикою в галузі акушерства. Поєднує клінічний досвід з викладацькою діяльністю, виховуючи нові покоління фахівців. У своїй роботі керується пристрастю, професіоналізмом та відданістю високим стандартам догляду за жінками та сім'ями.

Автор та співавтор численних наукових публікацій та розділів у книгах. Науковий керівник докторських та магістерських дисертацій, а також рецензент магістерських дисертацій.

Активно займається розвитком знань у сфері жіночого здоров'я.





MAGDALENA STANKIEWICZ

MSc

Викладач незалежного факультету громадського медсестринства Поморського медичного університету в Щецині, Польща.

Психолог, соціолог і психотерапевт. Наразі навчається в аспірантурі з клінічної сексології та судової сексологічної експертизи в Університеті імені Адама Міцкевича в Познані. Зараз пише докторську дисертацію на тему «Гендерна ідентичність у світлі окремих психосоціальних факторів».

Професійно займається як клінічною, так і академічною роботою в Поморському медичному університеті в Щецині, де викладає студентам-медикам і працює з пацієнтами. Її наукові інтереси зосереджені на широко розумінні психопатології, психології гендерної ідентичності, психічному здоров'ї та психосоціальних аспектах функціонування людини в умовах хронічного стресу та емоційного перевантаження.

Особливу увагу приділяє міждисциплінарним дослідженням психологічних детермінант розладів особистості, захисних механізмів та психосексуального розвитку людини в біопсихосоціальній парадигмі.

MAGDALENA KUCZYŃSKA

PhD, MSc, RN

працює в Незалежній лабораторії довгострокового догляду та паліативної медицини Поморського медичного університету в Щецині. За освітою вона є медсестрою, а за післядипломною освітою — етиком і біоетиком. Має ступінь доктора медичних наук. Її наукові інтереси зосереджені на етиці кінця життя та широко розумінні соціально-гуманітарних аспектах медицини, включаючи її історію.

В останні роки вона розширила свої освітні та наукові інтереси, включивши до них геронтологію. Вона була співорганізатором десятирічного проекту «Дитячий медичний університет» у Поморському медичному університеті (DUM PUM), який знайомив учнів початкової школи з тонкощами медицини. У приватному житті вона є шанувальницею творчості італійського скульптора Мікеланджело Буонарроті та мистецтва в різних його проявах. Вона підтримує життєвий баланс завдяки спілкуванню з тваринами та заняттям в'язанням гачком.





KARMEN ERJAVEC

Professor, PhD and Vice-Rector for Research

факультет медичних наук, Університет Ново Место, Словенія

Доктор Кармен Ер'явець — професор комунікаційних наук та проректор з наукової роботи Університету Ново Место. Її наукова та дослідницька діяльність зосереджена на комунікації в галузі охорони здоров'я, діловій комунікації та аналізі медіа-дискурсу.

Вона є автором численних наукових статей та розділів у книгах, зокрема в галузі охорони здоров'я, гендерних досліджень та медіа-досліджень. Її роботи публікувалися в міжнародно визнаних журналах. Вона бере участь у національних та міжнародних дослідницьких проектах, таких як порівняльне дослідження послуг довгострокового догляду в Словенії та сусідніх країнах. Вона також відома своєю підтримкою міждисциплінарних підходів та практичного застосування наукових досягнень в галузі охорони здоров'я та освіти.

SABINA KRSNIK

MSc in Business and Economic Sciences

керівник проектного та міжнародного відділу та молодшим науковим співробітником факультету медичних наук Університету Ново Место, Словенія.

Її дослідження зосереджені на комунікації в галузі сталого розвитку, економіці охорони здоров'я та бізнес-економіці. Вона є автором численних наукових статей та активним учасником регіональних, національних та міжнародних проектів, спрямованих на сприяння інноваціям, інклюзивності та міждисциплінарній співпраці.

Її робота сприяє стратегічному розвитку міжнародних партнерських відносин та посилює участь університету в європейських ініціативах завдяки практичній координації та науковим дослідженням.





MARIA A. MARCHWACKA

Professor, PhD

Університет прикладних наук Остфалія у Вольфсбурзі, Нижня Саксонія, Німеччина.

Як випускниця педагогічного факультету та доктор комунікаційних наук, вона зосереджує свої дослідження на освітніх темах у сфері охорони здоров'я. Після десятирічної роботи на посаді професора факультету медсестринства та медичних наук, вона зараз працює професором професійної освіти. Її наукові інтереси включають дидактику медичних професій та організаційний розвиток в Університеті прикладних наук Остфалія у Вольфсбурзі.

Крім цього, вона керує дисертаціями в Університеті Вінценца Паллотті у Валлендарі, Рейнланд-Пфальц. Її основні напрямки досліджень охоплюють освіту, навчання та безперервну освіту в медичних професіях, з особливим акцентом на професіоналізмі, цифровізації та (міжкультурній) комунікації.

OLHA FEDORTSIV

MD, Doctor of Medical Sciences, Professor

медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією, Тернопільський національний медичний університет імені Івана Яковича Горбачовського, Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна.

Авторка понад 300 наукових праць, 2 монографій, підручника англійською мовою, 11 посібників, 10 інформаційних бюлетенів, 7 патентів, 10 наукових пропозицій.

Під її керівництвом успішно захищено 10 наукових праць на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Була членом спеціалізованих вчених рад з захисту кандидатських дисертацій у Львівському національному та Буковинському державному медичних університетах. Наразі є членом спеціалізованої вченої ради з захисту докторських дисертацій Тернопільського національного медичного університету. Протягом багатьох років очолює Тернопільське відділення Асоціації педіатрів України. Вона є членом редакційної колегії журналів «Здобутки клінічної і експериментальної медицини», «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології», міжнародної редакційної колегії журналу «Medical science pulse» (Ополе), наукового комітету журналу «Family Medicine & Primary Care Review» (Вроцлав).

Була координатором співпраці між Медичним університетом Сілезії, Вроцлавським університетом та Тернопільським медичним університетом, а зараз є координатором співпраці між Медичним університетом Білостока та Тернопільським національним медичним університетом.



VOLODYMYR DZHYVAK

MD, PhD

хірург, дитячий хірург, медичний факультет, кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією, Тернопільський національний медичний університет імені Івана Яковича Горбачевського, Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна. Автор і співавтор близько 100 наукових праць, у тому числі статей у національних та міжнародних журналах (25 статей індексовані в базі даних Scopus).

Щороку активно вдосконалює свої професійні навички, беручи участь у міжнародних конференціях, семінарах та практичних тренінгах з сучасних хірургічних технологій (Medical Korea Academy, тощо). Сертифікований рецензент, що підтверджує високий рівень компетентності у проведенні експертної оцінки наукових статей для міжнародних видань (сертифікований рецензент Elsevier). Член редакційних колегій та рецензент міжнародних наукових журналів (Future Medicine, Deka in Medicine, American Journal of Pediatrics тощо), де проводить експертну оцінку наукових статей з медичних питань. Є науковим керівником студентів, які беруть участь у студентських наукових конференціях, регулярно здобувають призові місця та демонструють високий рівень підготовки.



ELENA ROUSOU

PhD, MSc, RN

доцент кафедри громадського медсестринства факультету медсестринства Школи медичних наук Кіпрського технологічного університету. Вона має ступінь доктора філософії в галузі громадського та сімейного медсестринства та громадського здоров'я і бере активну участь у різних дослідницьких ініціативах.

Її робота зосереджена на громадському та транскультурному медсестринстві, з особливим інтересом до гендерних аспектів у меншинних та незахищених групах населення. Вона брала участь у численних європейських проектах, присвячених насамперед просуванню культурно компетентного та гуманного медичного обслуговування. З червня 2023 року вона обіймає посаду заступника голови Європейської асоціації транскультурних медсестер. Д-р Елена Русу є координатором проекту MultiCultiMed від імені кафедри медсестринства Кіпрського технологічного університету.

PANAGIOTA ELLINA

PhD, MSc

має ступінь доктора філософії з дослідження соціальних нерівностей у якості життя та поведінці мешканців Лімасола в галузі охорони здоров'я, ступінь магістра з передової практики медсестринства в громаді та ступінь бакалавра з медсестринства. Захоплюючись питаннями громадського здоров'я, соціальної справедливості та транскультурної допомоги громаді, вона бере активну участь у європейських проектах, спрямованих на просування інклюзивних та впливових ініціатив у галузі охорони здоров'я.

Доктор Панагіота Елліна працює науковим асистентом у проєкті MultiCultiMed від імені кафедри медсестринства Кіпрського технологічного університету.



PARASKEVI CHARITOU

PhDc, MSc, RN

має ступінь бакалавра з медсестринства та ступінь магістра з просунутого медсестринства та охорони здоров'я в громаді. Її наукові інтереси зосереджені переважно на питаннях гідності літніх людей, жорстокого поводження з літніми людьми, сприяння здоров'ю та якості життя літніх людей у громаді, особливо людей з хворобою Альцгеймера та деменцією.

Вона брала активну участь у багатьох проєктах Erasmus, переважно в галузі культурно та етично компетентного догляду.

Параскеві Харіту є науковим співробітником проєкту MultiCultiMed від імені кафедри медсестринства Кіпрського технологічного університету.

EMILIA BURBELA

PhD, MD, Associate Professor

кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільський національний медичний університет імені Івана Яковича Горбачевського, Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна. Автор та співавтор понад 60 наукових праць, 11 з яких включені до наукометричної бази даних Scopus. Має другу вищу освіту за спеціальністю «Практична психологія». Сфера інтересів: психосоматична медицина, клінічна психологія та мультикультуралізм у медицині.



MARZENA MIKŁA

PhD, MSc, RN

є доцентом факультету медсестринства Університету Мурсії. Вона закінчила Університет Лодзі в Польщі, отримала ступінь доктора наук Університету Мурсії з відзнакою (Cum Laude) та була нагороджена премією «Надзвичайний доктор» Університету Мурсії.



Вона працює медсестрою в загальній університетській лікарні Reina Sofía в Мурсії, Іспанія. Вона є членом групи з дослідження медсестринства E063-04 «Медсестринство, жінки та догляд» в Університеті Мурсії. Вона також є членом групи з дослідження передового медсестринства (ENFERAVANZA) в Інституті біомедичних досліджень Pascual Parrilla Murcian (IMIB), Мурсія. Її наукові інтереси включають донорство та трансплантацію органів, клінічну медсестринську справу, мультикультурну медсестринську справу та управління людськими ресурсами в медсестринській справі. Вона має реєстрацію торгової марки в Іспанському відомстві з патентів і торгових марок (№ 4,186,783). Вона є автором кількох наукових статей.



PALOMA MORAL DE CALATRAVA

PhD, BSc

є професором і членом кафедри медсестринства Університету Мурсії. Вона має ступінь бакалавра середньовічної історії (1992), ступінь бакалавра медсестринства (1995) та ступінь доктора середньовічної історії (2003). Її дослідження зосереджені на середньовічному жіночому здоров'ї та практиках, а також на середньовічному сексі та сексуальності. Вона є автором 40 наукових праць.

Вона працювала запрошеним професором у різних іспанських магістерських програмах з медсестринства та була запрошеним дослідником в Університеті Лідса в 2021 році. Вона обіймала посаду секретаря Школи медсестринства (1999–2003), секретаря кафедри медсестринства (2013–2015 та 2017F–2020) та директора кафедри медсестринства (2015–2017 та дотепер). Вона також є членом Іспанської асоціації досліджень з історії жінок.



