Project Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538
Erasmus+ project, Strategic Partnerships
for vocational education and training

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες έχουν ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες που αποδίδονται στις πεποιθήσεις και τις στάσεις τους. Η κατανόηση των πεποιθήσεων του ασθενούς για την ασθένεια είναι σημαντική για την βελτίωση της διάγνωσης και την διαχείριση της ασθένειας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αρρώστια είναι η αντίληψη του ατόμου ότι νοσεί ενώ η ασθένεια αναφέρεται στην τροποποιημένη σωματική κατάσταση ή σε οποιαδήποτε διαδικασία παρεκκλίνει από τους κανόνες του δυτικού βιοιατρικού μοντέλου[1,2]. Η αρρώστια έχει τρεις ορισμούς. Οι δύο από αυτούς επικράτησαν μέχρι τον 18^{ο} αιώνα περιγράφοντας την αρρώστια ως «κακία, διαφθορά, ανηθικότητα» ή «δυσαρέσκεια, έλλειψη ευχαρίστησης, βλάβη». Ο τρίτος και πιο σύγχρονος ορισμός ο οποίος ξεκινά από τον 17^{ο} αιώνα σημαίνει την κατάσταση του να είσαι άρρωστος. Σύμφωνα με τον ιατρικό ορισμό, η ασθένεια είναι μία παρέκκλιση από έναν βιολογικό κανόνα ή μια παθολογική διαδικασία η οποία έχει μια αντικειμενικότητα και επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να δουν να αγγίξουν, να μετρήσουν κλπ. Η αρρώστια είναι ένα αίσθημα ή μια προσωπική εμπειρία έλλειψης υγείας και είναι εσωτερική στο άτομο. Η διαφορά ανάμεσα στην αρρώστια και στην ασθένεια είναι ότι η αρρώστια συχνά συνοδεύει την ασθένεια ή μπορεί να υπάρχει σε απουσία ασθένειας ενώ η ασθένεια μπορεί να μην μπορεί να ανιχνευτεί στα πρώτα στάδια (καρκίνος, διαβήτης κλπ.).[1]

Το πολιτισμικό πλαίσιο εξηγεί έναν δομημένο, κληρονομημένο και χωρίς αμφισβήτηση τρόπο με τον οποίο τα άτομα κατανοούν και αντιδρούν στις ασθένειες. [1-4] Υπάρχουν τρεις κύριες κουλτούρες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την ασθένεια που πρέπει να γνωρίζουν οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, δεδομένου ότι διαμορφώνουν τις στάσεις τους απέναντι στην υγεία.

Σύμφωνα με την «*προσωποποιμένη κουλτούρα*» (personalistic culture), η ασθένεια σχετίζεται με παραβάσεις ηθικής ή πνευματικής φύσεως. Η γενική πεποίθηση είναι ότι το άρρωστο άτομο αξίζει μία τιμωρία ή είναι το θύμα κακών πνευμάτων για αίτια που σχετίζονται μόνο με αυτό όπως η εναντίωση σε αποδεκτές παραδοσιακές πρακτικές κλπ. Για παράδειγμα, η πτώση από ένα δέντρο θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα ενός υπερφυσικού παράγοντα που δρα εναντίον του ατόμου. Αυτή η κουλτούρα συναντιέται συνήθως στην Αμερική, την Ασία, την Αφρική (νότια της ερήμου Σαχάρα), στην Ωκεανία, και σε φυλές της Ασίας.

Στην «*φυσιοκρατική κουλτούρα*» (naturalistic culture), η αρρώστια προκαλείται από ενεργειακή ανισορροπία με το φυσικό περιβάλλον (μοντέλο ισορροπίας) κυρίως εξαιτίας υπερβολικής ζέστης ή κρύου κλπ. Για παράδειγμα, σε πολλές λατινοαμερικανικές κοινότητες το άτομο δεν στέκεται με γυμνά πόδια σε κρύο έδαφος, δεν πλένει τα χέρια του μετά το άσπρισμα ενός τοίχου και πολλά άλλα. Επιπρόσθετα, στην Ινδία, το αρχαίο σύστημα της Αγιουβέρδα περιλαμβάνει θεραπευτικά σκευάσματα φτιαγμένα από βότανα και ορυκτά καθώς και διαιτητικές συμβουλές. Η πίστη στα φυσικά αίτια της αρρώστιας συναντάται στους λαούς της Νότιας Ινδίας και της Κίνας.

Τέλος, η «*θεωρία των μικροοργανισμών*» (germ theory) ή το βιοϊατρικό μοντέλο που αποτελεί τη βάση της δυτικής ιατρικής σύμφωνα με την οποία οι όγκοι, τα μη φυσιολογικά

κύτταρα και τα χημικά είναι τα αίτια των ασθενειών. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, συγκεκριμένες ασθένειες έχουν συγκεκριμένες αιτίες. Επομένως, κάθε ασθένεια έχει διακριτά και καθολικά χαρακτηριστικά για όλα τα ανθρώπινα είδη. Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραπάνω πεποιθήσεις για την ασθένεια, είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας να έχουν μια σαφή κατανόηση του τι πιστεύουν οι άνθρωποι ότι είναι οι αιτίες της ασθένειας και κάθε σχετική συμπεριφορά που ακολουθεί αυτές τις απόψεις. [5,6]

Οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις για την υγεία διαφέρουν από τον έναν πολιτισμό στον άλλο. Για παράδειγμα, στις δυτικές χώρες, το βιοϊατρικό μοντέλο αναγνωρίζει την παχυσαρκία ως καθοριστικό παράγοντα για αρνητικά αποτελέσματα υγείας, ενώ στη Νιγηρία οι γυναίκες παχαίνουν για τη βελτίωση της γονιμότητας τους. Σε άλλους πολιτισμούς, η παχυσαρκία αντικατοπτρίζει τον πλούτο και την καλή διαβίωση. Κατά συνέπεια, ο όρος «μεταβλητότητα» προτιμάται από τον όρο «φυσιολογικό» που χρησιμοποιείται ευρέως στο βιοϊατρικό μοντέλο. [6]

Σύμφωνα με το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο στον δυτικό κόσμο, μια ασθένεια εξηγείται από την αξιολόγηση μετρήσιμων βιολογικών μεταβλητών, οι οποίες ωστόσο μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των πληθυσμών. Για παράδειγμα, η οστεοπόρωση στις γυναίκες συνδέεται έντονα με την πρόσληψη ασβεστίου που υποδηλώνει ότι οι γυναίκες πρέπει να πίνουν γάλα, ενώ αυτό δεν είναι συμβατό με τις γυναίκες της Νότιας Ασίας, οι οποίες στο 80% έχουν δυσανεξία στη λακτόζη. Ομοίως, στο δυτικό βιοϊατρικό μοντέλο η ανάπτυξη των παιδιών υπολογίζεται από το ύψος και το βάρος, ωστόσο αυτός ο υπολογισμός μπορεί να περιλαμβάνει κινδύνους για άλλες εθνικές ομάδες μικρότερου ύψους. [6]

Οι Freedman et al[7], σε μελέτη τους έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια περιόδου 30 ετών, ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας αυξήθηκε περίπου κατά 3 φορές (4% έως 13%) μεταξύ λευκών παιδιών ηλικίας 6 έως 11 ετών, αλλά 5 φορές (4% έως 20%) μεταξύ έγχρωμων παιδιών της ίδιας ηλικίας. Αυτά τα ευρήματα αποδίδονται σε φυλετικές και σε διαφορές έθνους, που αφορούν στον τρόπο ζωής, τις συνήθειες και τον πολιτισμό. Ακόμα περισσότερο οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν και συγκεκριμένες νόσους που φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένες σε ορισμένες περιοχές ή πληθυσμούς, όπως για παράδειγμα η δρεπανοκυτταρική αναιμία στους έγχρωμους. [6]

Σε μη δυτικές κοινωνίες, η ασθένεια διαχειρίζεται μέσω κοινωνικών και όχι βιολογικών διαδικασιών, με τους παραδοσιακούς θεραπευτές να είναι τα άτομα που τις διαχειρίζονται ενώ στις δυτικές κοινωνίες οι γιατροί έχουν την ευθύνη από την κοινωνία για να καθορίζουν την κατάλληλη θεραπεία. [6, 8-11]

Οι Marshall et al [9], που διερεύνησαν έναν θρησκευόμενο πληθυσμό Αφρο-Καραϊβικής προέλευσης, διαπίστωσαν ότι αυτός εξακολουθεί να βασίζεται σε ηγέτες των εκκλησιών για την καθοδήγηση σε θέματα υγείας. Οι Atwine et al., [11] το 2011 έκαναν μια περιγραφική μελέτη στην Ουγκάντα χρησιμοποιώντας ομάδες εστίασης και διενήργησαν συνεντεύξεις με πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ (10 γυναίκες και 7 άνδρες) ηλικίας 39-72 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα συμπτώματα του διαβήτη ήταν ο κύριος λόγος για τον

οποίο αναζήτησαν βοήθεια σε παραδοσιακούς θεραπευτές. Επιπλέον παρατήρησαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν ζητήσει βοήθεια και από άλλους φορείς παροχής υγείας με τη βοήθεια των συγγενών και φίλων τους. Σύμφωνα με τους Aborigo et al[10] ,τα παραδοσιακά ιατρικά συστήματα παραμένουν στην πρώτη γραμμή των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές των φτωχών χωρών. Οι ίδιοι ερευνητές που διεξήγαγαν συνεντεύξεις, στη Βόρεια Γκάνα, με παραδοσιακούς θεραπευτές με εμπειρία στη διαχείριση μαιευτικών επιπλοκών, ανέφεραν ότι οι περισσότεροι θεραπευτές εξέφρασαν την προθυμία τους να συνεργαστούν με τις επίσημες υπηρεσίες παροχής υγείας. Συνεπώς, αναδύεται η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ όλων των συστημάτων φροντίδας υγείας όπου υπάρχουν πολυπολιτισμικές κοινότητες. [11-13]
Μάλιστα, η στενή συνεργασία, μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των παραδοσιακών θεραπευτών, μπορεί να είναι επωφελής για την απόκτηση πληροφοριών από όλες τις πολιτισμικές πλευρές, προκειμένου να ενσωματωθούν διαφορετικές προσεγγίσεις για αποτελεσματική περίθαλψη.

Οι Murdoch-Flowers et al, [14] μελέτησαν 17 ενήλικες γυναίκες της κοινότητας Ινδιάνων Kahnawake που ζουν στην επικράτεια του Mohawk του Καναδά, και έδειξαν ότι διαπολιτισμικά προγράμματα πρόληψης που αφορούν το σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να διευκολύνουν την τροποποίηση των συμπεριφορών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών, σωματικών, πνευματικών και κοινωνικών διαστάσεών τους. Ομοίως οι Ο' Mahony et al [15] απεικόνισαν τους κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες μαζί με το κοινωνικό στίγμα ως τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες για 30 πρόσφυγες μετανάστριες γυναίκες που ζουν στον Καναδά, προκειμένου να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τις πρακτικές υγειονομικής φροντίδας. Η συνειδητοποίηση ότι ο πολιτισμός μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της ασθένειας, όπως η διαχείριση των συμπτωμάτων, η διαδικασία αναζήτησης της φροντίδας υγείας, η πρόληψη, η προσήλωση στη θεραπεία, η κλινική φροντίδα και η συνεργασία ή η χρήση ανεπίσημων υπηρεσιών είναι βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη διαπολιτισμικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ο Boyle το 1999 δήλωσε ότι «η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένα σύνολο γνώσεων που βοηθά στην παροχή πολιτισμικά κατάλληλης φροντίδας». [16]

Επιπροσθέτως σύμφωνα με τους Mull et al, [5] η έκφραση των σημείων και συμπτωμάτων μιας νόσου θα πρέπει να διακρίνεται από την μία πολιτισμική ομάδα στην άλλη, συνεπώς οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα πρέπει να παροτρύνονται να υπερβαίνουν την φυσική εξέταση και το ιατρικό ιστορικό. **Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να διερευνούν τη ζωή των ασθενών, σύμφωνα με το κοινωνικό τους περιβάλλον (φυσιοκρατική κουλτούρα) ή τις παραδοσιακές τους πεποιθήσεις υγείας (προσωπική κουλτούρα), όταν περιγράφουν τα συμπτώματά τους.** Έτσι θα είναι σε θέση να καταλάβουν πότε το πρόβλημα βρίσκεται έξω από τη σφαίρα της βιολογικής νόσου ή όταν ο ασθενής παραπονείται για συμπτώματα που είναι «αδύνατα» σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο. [4]

Εν τω μεταξύ, η επίγνωση όλων των ανωτέρω πολιτισμών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν τον ρόλο του ασθενούς ως προς τη διαχείριση της

νόσου. Σύμφωνα με την «προσωποποιημένη κουλτούρα» όπου η ασθένεια και ο θάνατος πηγάζουν από τις πράξεις ενός υπερφυσικού παράγοντα, εικάζεται ότι ο ασθενής υιοθετεί έναν παθητικό ρόλο. Στην «φυσιοκρατική κουλτούρα» όπου η διατήρηση της υγείας εξασφαλίζεται με την αποφυγή συμπεριφορών που προκαλούν την ασθένεια, οι ασθενείς συνήθως επιδιώκουν περισσότερο την πρόληψη όσον αφορά τη νόσο. Οι Minas και συν, [17] οι οποίοι διερεύνησαν τις πεποιθήσεις που αφορούν τη σωματική και ψυχική ασθένεια σε ένα δείγμα 444 Τούρκων μεταναστών στη Μελβούρνη έδειξαν ότι, οι πεποιθήσεις που αφορούν τις φυσικές αιτίες ήταν συχνότερες από τις πεποιθήσεις που αφορούν τα υπερφυσικά αίτια. Ωστόσο, οι πεποιθήσεις στις υπερφυσικές αιτίες συνεχίστηκαν παρά τον εκσυγχρονισμό. Οι ίδιοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαθύτερη κατανόηση των ποικίλλων πεποιθήσεων είναι πολύτιμη κατά τις κλινικές διαδικασίες και την ανάπτυξη αποτελεσματικών υπηρεσιών και στρατηγικών υγείας.

Επιπλέον, δεν θεωρείται σπάνιο οι κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις να μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι μουσουλμάνες γυναίκες μετανάστριες έχουν χαμηλά ποσοστά πρόληψης όσον αφορά την υγεία όπως στις εξετάσεις μαστού, στις μαστογραφίες και στο διαγνωστικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. [18-22] Οι Shirazi και συν, [23] που διερεύνησαν 53 Μουσουλμάνες γυναίκες από το Αφγανιστάν ηλικίας άνω των 40 χρόνων οι οποίες, ήταν πρώτης γενιάς μετανάστριες, δεν μιλούσαν την αγγλική γλώσσα και επιπλέον δεν είχαν ιστορικό καρκίνου του μαστού, έδειξαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και χαμηλά ποσοστά διαγνωστικών εξετάσεων όπως επίσης έλλειψη ευαισθητοποίησης όσον αφορά τα συμπτώματα, τους παράγοντες κινδύνου και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Τα σημαντικότερα εμπόδια για τον διαγνωστικό έλεγχο περιελάμβαναν: την απουσία πολιτισμικής αγωγής όσον αφορά την υγεία του μαστού, τις δυσκολίες ως προς τη γλώσσα, το έλλειμμα γνώσης σχετικά με τα θέματα υγείας και την αμηχανία. Οι Vahabi και συν, [24] που διερεύνησαν 30 γυναίκες στο Τορόντο, ηλικίας 21 έως 69 χρόνων οι οποίες γεννήθηκαν στο εξωτερικό και είχαν καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας, ενώ παράλληλα ανέφεραν ότι είναι μουσουλμάνες, έδειξαν ότι οι πρακτικές και οι πεποιθήσεις της πατρίδας τους είχαν αντίκτυπο στη χρήση υπηρεσιών που σχετίζονταν με τη διάγνωση. Οι Lee-Lin και συν,[25] έδειξαν ότι μια εκπαιδευτική παρέμβαση άλλαξε τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές, σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις, σε Κινέζες μετανάστριες γυναίκες στην Αμερική οι οποίες δεν είχαν συμμορφωθεί ως προς τη διενέργεια μαστογραφίας τους τελευταίους 12 μήνες. Οι Chukwuneke και συν, [26] διερεύνησαν τη συμπεριφορά ασθενών στην αναζήτηση φροντίδας υγείας και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε 10 κέντρα υγείας, σε πέντε Ανατολικά κράτη της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Νιγηρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν μειωμένη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επειδή οι συμμετέχοντες δεν αποδέχθηκαν το παρεχόμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αλλά προτιμούσαν την παραδοσιακή ιατρική. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι, οι ασθένειες προκαλούνται από τα υπερφυσικά όντα, τις πράξεις των γειτόνων ή την εκδίκηση από έναν προσβεβλημένο Θεό. Οι de-Graft Aikins[13] εξέτασαν άτομα που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και συγκεκριμένα 26 άτομα που διέμεναν σε αστικές περιοχές (Accra, Tema) και 41 άτομα που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές (Nkoranza και Kintampo) στην Γκάνα, με διαφορετικά

χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, σοβαρότητα διαβήτη). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι περισσότεροι συμμετέχοντες έδειξαν τη βιοϊατρική μέθοδο ως ιδανική πρακτική αυτο-φροντίδας. Ωστόσο, το υψηλό κόστος της βιοϊατρικής περίθαλψης οδήγησε σε μείωση της πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες. Μια σημαντική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας είναι η μεγιστοποίηση της δέσμευσης στο βιοϊατρική μοντέλο, διαμέσου της παροχής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία να είναι περισσότερο προσιτή οικονομικά όπως επίσης και διαμέσου της ψυχοκοινωνικής στήριξης. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των δυτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με την πεποίθηση ότι τα φάρμακα είναι υψηλού κόστους, θεωρείται ότι αποτελούν τους κύριους παράγοντες που ευθύνονται για την προσκόλληση στην παραδοσιακή ιατρική. [27]

Σύμφωνα με τους Cocks και συν, [28] περίπου 27 εκατομμύρια Νοτιο-αφρικανοί χρησιμοποιούν φάρμακα τοπικής προέλευσης ενώ οι θεραπείες περιλαμβάνουν φάρμακα τα οποία πιστεύεται ότι απομακρύνουν τα κακά πνεύματα και φέρνουν καλή τύχη.

Τέλος, από τις αναφορές των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων, καταδεικνύεται η ανάγκη για περισσότερο ευαισθητοποιημένους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά τις πεποιθήσεις των ομάδων, οι οποίοι να μιλούν τη γλώσσα τους και να προέρχονται από τις εθνοτικές τους ομάδες. [24]

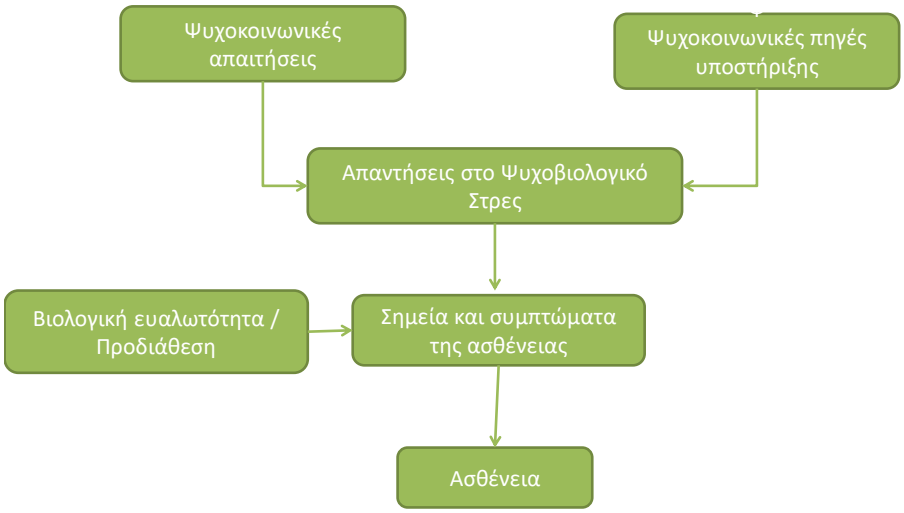
Μια άλλη προσέγγιση που υποστηρίζει ότι, η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση επηρεάζει την αιτιολογία και τη διατήρηση της ασθένειας έχει κερδίσει μεγάλη προσοχή κατά τις τελευταίες δεκαετίες. [29,30]

Η απαισιοδοξία και τα «αρνητικά» συναισθήματα (π.χ. φόβος, θυμός, άγχος, κατάθλιψη) έχουν προσδιοριστεί ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την κακή ψυχολογική και σωματική υγεία [31] ενώ λιγότερες μελέτες έχουν διερευνήσει εάν μια αίσθηση αισιοδοξίας, η οποία απορρέει από τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα εξηγούν τα αίτια τόσο των καλών όσο και των κακών γεγονότων της ζωής, μπορεί να προστατεύσει την υγεία. Μια αισιόδοξη επεξηγηματική στάση χαρακτηρίζεται από την πεποίθηση ότι το μέλλον θα είναι ευχάριστο, εφόσον κάποιος είναι σε θέση να ασκήσει έλεγχο στα σημαντικά αποτελέσματα.[31] Μια απαισιόδοξη επεξηγηματική στάση σχετίζεται με το αίσθημα του "αβοήθητου" και χαρακτηρίζεται από την άποψη ότι τα προβλήματα είναι μόνιμα και αντικατοπτρίζουν τις αδυναμίες του κάθε ατόμου. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει συσχετίσεις μεταξύ της απαισιοδοξίας, της απελπισίας και του κινδύνου καρδιακών παθήσεων. [32,33,34] Περαιτέρω στοιχεία, που αφορούν τους συναισθηματικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, προέκυψαν από ποικίλες πειραματικές, κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες. [35, 36]

Το φάσμα των ερευνών είναι μεγάλο, και κυμαίνεται από τη διερεύνηση κυτταρικών φαινομένων σχετικών με την αυτόνομη-ενδοκρινή-ανοσολογική απάντηση έως και επιδημιολογικές μελέτες των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της υγείας[31]. Υπό το πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, τα ατομικά χαρακτηριστικά της ασθένειας, η ονομασία της ασθένειας, οι αιτίες στις οποίες αποδίδεται, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης που

χρησιμοποιούνται και οι ανησυχίες, διασυνδέονται με την άποψη ότι οι συναισθηματικοί παράγοντες σχετίζονται με την υγεία.

Το συμβατικό μοντέλο στρες-ευαλωτότητας υποστηρίζει ότι η απάντηση στο ψυχολογικό στρες προκύπτει μέσα από την ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών πηγών υποστήριξης, καθώς και άλλων σχετικών παραγόντων όπως η χρονιότητα και η προβλεψιμότητα του ερεθίσματος/διέγερσης, οι ευκαιρίες ελέγχου, η ψυχολογική αντίδραση και η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης[29]. Αντίθετα, οι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους η απάντηση στο στρες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ασθένειας δεν είναι κατανοητοί και οι ερευνητές είναι συχνά υποχρεωμένοι να καταφύγουν στην έννοια της «βιολογικής προδιάθεσης», για να αιτιολογήσουν τις ατομικές διαφορές στην ευαισθησία στην ασθένεια ή τις διακυμάνσεις στην κλινική της πορεία. Στην ανασκόπηση αυτή υποστηρίζεται ότι απαιτούνται διάφορες διακριτές γνωσιακές-συμπεριφορικές και ψυχο-σωματικο-κοινωνικές διαδικασίες μεσολάβησης και ότι αυτές μπορούν να σχετίζονται με τη διαφορετική επίδραση στην υγεία (οξείες και χρόνιες επιδράσεις, διεργασίες αιτίας και διευκόλυνσης, επίπτωση στην αιτιολογία, την διατήρηση, την υποτροπή ή την επανεμφάνιση). [30]



Εικόνα 1. Συμβατικό μοντέλο Στρες-Ευαλωτότητας

(Πηγή: Steptoe, A. The links between stress and illness. Journal of psychosomatic research, 1991;13(6): 633-644)

Από όλα τα παραπάνω δεδομένα:

1. Σκιαγραφείται η ανάγκη για την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε περιοχές ή χώρες στις οποίες επικρατεί το κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο και υπάρχει περιορισμένη γνώση ή άγνοια σε θέματα υγείας.

2. Τονίζεται η ανάγκη για ανάπτυξη επιστημονικά τεκμηριωμένων οδηγιών, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη την ετερογένεια μεταξύ οποιαδήποτε πολιτισμικής ομάδας ή εθνικής μειονότητας.
3. Τονίζεται η ανάγκη για πλήρη κατανόηση των απόψεων των ασθενών για τη φροντίδα υγείας.
4. Απαιτούνται ενέργειες για τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία, οι οποίοι θα καθοδηγούν παρεμβάσεις που βασίζονται στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά.
5. Απαιτούνται επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν επίγνωση των απόψεων για την αρρώστια.

Βιβλιογραφία

1. Boyd K. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. J Med Ethics: Medical Humanities 2000;26:9–17.
2. White P. The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. HTS Teologiese Studies / Theological Studies, 71, jul. 2015. Available at: http://www.hts.org.za/index.php/HTS/article/view/2762. Accessed: 05 Jan. 2018
3. Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. Cult Med Psychiatry.1977; 1(4):351-377.
4. Pachter LM. Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. JAMA. 1994;271(9):690-694.
5. Mull JD. Cross-cultural communication in the physician's office. West J Med. 1993;159(5):609-613.
6. Ibeneme S, Eni G, Ezuma A, Fortwengel G. Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental. 2017;86:13-18.
7. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Ogden CL, Dietz WH. Racial and ethnic differences in secular trends for childhood BMI, weight, and height. Obesity (Silver Spring). 2006; 14(2):301-308.
8. Hoff W. Traditional healers and community health. World Health Forum. 1992; 13(2-3):182-187.
9. Marshall J, Archibald C. The Influence of Spirituality on Health Behaviors in an Afro-Caribbean Population. ABNF J.2015; 26(3):57-62.
10. Aborigo RA, Allotey P, Reidpath DD.The traditional healer in obstetric care: A persistent wasted opportunity in maternal health. Soc Sci Med.2015; 133:59-66.
11. Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. The Pan African Medical Journal. 2015; 20:76.
12. Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Kayombo EJ. Traditional health practitioner and the scientist: bridging the gap in contemporary health research in Tanzania. Tanzan Health Res Bull. 2007; 9(2):115-120.

13. de-Graft Aikins A. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. BMJ : British Medical Journal. 2005; 331(7519):737.
14. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, Delormier T, Gray-Donald K, Delaronde E, Macaulay AC. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. Health Promot Int 2017 Sep 14. doi: 10.1093/heapro/dax059.
15. O' Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. J Immigr Minor Health. 2013; 15(2):300-314.
16. Boyle JS. Transcultural nursing at Y2K: some thoughts and observations [comment]. J Transcult Nurs. 1999; 10(1):8.
17. Minas H, Klimidis St, Tuncer C. Illness causal beliefs in Turkish immigrants, BMC Psychiatry.2007;7:34.
18. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. Women Health. 2004;39(3):63–77.
19. Alrawi S, Fetters MD, Killawi A, Hammad A, Padela A. Traditional healing practices among American Muslims: Perceptions of community leaders in Southeast Michigan. Journal of Immigrant and Minority Health. 2011; 14(3): 489–496.
20. Yao N, Hillemeier MM. Disparities in Mammography Rate Among Immigrant and Native-Born Women in the U.S.: Progress and Challenges. Journal of immigrant and minority health/Center for Minority Public Health. 2014; 16(4):613-621.
21. Padela AI, Gunter K, Killawi A, Heisler M. Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim community. J Gen Intern Med. 2012; 27(6):708-715.
22. Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of breast cancer screening among immigrant Iranian women in California. J Womens Health (Larchmt). 2006; 15(5):485–506.
23. Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, Popal R. Afghan immigrant women's knowledge and behaviors around breast cancer screening. Psycho-Oncology. 2012 doi: 10.1002/pon.3216.
24. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2016; 16(1):868.
25. Lee-Lin F, Pedhiwala N, Nguyen T, Menon U. Breast Health Intervention Effects on Knowledge and Beliefs Over Time Among Chinese American Immigrants–a Randomized Controlled Study. J Cancer Edu. 2015; 30(3):482-489.
26. Chukwuneke FN, Ezeonu CT, OnyireBN, Ezeonu Po. Culture and biomedical care in Africa: the influence of culture on biomedical care in a traditional African society, Nigeria, West Africa. Niger J Med. 2012; 21(3):331-333.
27. Busia K. Medical provision in Africa: past and present. Phytother Res. 2005; 19(11):919-923.
28. Cocks M, Moller V. Use of indigenous and indigenized medicines to enhance personal well-being: a South African case study. Soc Sci Med. 2002; 54(3):387-397.
29. Steptoe, A. The links between stress and illness. *Journal of psychosomatic research.,* 1991;*13*(6): 633-644.
30. Ogden, J. *Health Psychology, A textbook*. Philadelphia: Open university Press, 1991.

31. Kubzansky, L. D., Sparow, D., Vokonas, P. & Kawachi, I. Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. Psychosomatic Medicine. 2001; 63: 910–916.
32. Dykema, J., Bergbower, K., Peterson, C. Pessimistic explanatory style, stress, and illness. J Soc Clin Psychol. 1995; 14: 357–71.
33. Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. Psychosom Med. 1996; 58:113–21.
34. Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., Salonen, J. T. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 1997; 17:1490–5.
35. Bhatti Z, Salek M, Finlay A. Major life changing decisions and cumulative life course impairment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 245–246.
36. Puchalski, C. M. The role of spirituality in health care. *BUMC Proceedings.*2001; 14: 352–357.