

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

Inter Health

Intercultural Competences
for Healthcare Professionals



Erasmus+

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.

COMPETENZE INTERCULTURALI PER GLI OPERATORI SANITARI

La malattia ha tre definizioni. Due di queste, esistenti dal diciottesimo secolo, descrivono la malattia come “malvagità, depravazione, immoralità” o come “sgradevolezza, spiacevolezza, nocività”. La terza definizione, nonché la più moderna, risale al diciannovesimo secolo ed indica lo stato di malattia. Secondo questa definizione medica, il **disturbo** è una deviazione di una norma biologica o un processo patologico, che può essere visto, toccato, misurato dagli operatori sanitari. La **malattia** è un sentimento o un'esperienza di malessere personale ed interiore del paziente. La differenza tra malattia e disturbo è che la malattia può esistere in presenza o in assenza del disturbo, mentre il disturbo non sempre può essere rilevato, principalmente nelle fasi iniziali di alcune malattie (cancro, diabete, ecc.).¹

Comprendere le credenze, le convinzioni e gli atteggiamenti del paziente sulla malattia è di fondamentale importanza per migliorare il percorso terapeutico. Generalmente, il contesto culturale spiega il modo (spesso ereditato, indiscusso e strutturato) in cui le persone interpretano e rispondono alle malattie.¹⁻⁴

Ci sono tre approcci culturali per quanto riguarda la malattia che gli operatori sanitari dovrebbero conoscere, poiché modellano gli atteggiamenti e le convinzioni di alcuni gruppi di pazienti.

Secondo la "cultura personalistica", la malattia è legata a trasgressioni di natura morale e spirituale. La convinzione generale è che la persona malata meriti una punizione o sia vittima di spiriti maligni per ragioni riferite solo a lui, come la contrapposizione con le prassi consuete accettate, ecc. Ad esempio, la caduta da un albero è vista come il risultato di un'entità soprannaturale che agisce contro l'individuo. Questa cultura si trova principalmente in America, in Africa (a sud del deserto del Sahara), in Oceania e nei popoli tribali dell'Asia.⁵

Nella "cultura naturalistica", la malattia è causata dallo squilibrio energetico con l'ambiente naturale (modello di equilibrio). Ad esempio, in molte comunità latinoamericane, la persona non cammina su un pavimento freddo a piedi nudi, non si lava le mani dopo aver imbiancato un muro, e così via. Inoltre, in India, l'antico sistema Ayurveda comprende diete specifiche e la farmacopea a base di erbe e minerali. La credenza che la malattia sia causata da ragioni naturalistiche è presente prevalentemente tra le popolazioni dell'India meridionale e della Cina.

In fine, **il modello biomedico (o la teoria dei germi), alla base della medicina occidentale, dimostra che i tumori, le cellule anormali e le sostanze chimiche sono la causa della malattia.** Secondo questo modello, malattie specifiche hanno cause specifiche. Pertanto, ogni malattia ha caratteristiche distintive ed universali che possono riscontrarsi in tutti gli uomini.

Prendendo in considerazione tutte le convinzioni sulla malattia di cui sopra, è fondamentale per gli operatori sanitari avere una chiara comprensione di ciò che le persone credono essere le cause della malattia e di tutti i comportamenti associati che seguono queste opinioni.^{5,6}

Convinzioni e percezioni riguardo al malessere differiscono da cultura a cultura. Ad esempio, nei paesi occidentali, il modello biomedico riconosce l'obesità come fattore decisivo di esiti negativi sulla salute, mentre in Nigeria le donne si propongono di ingrassare per migliorare la propria fertilità. In alcune culture, l'obesità riflette ricchezza e buona vita. Di conseguenza, il termine "variabilità" si preferisce al termine "normalità", ampiamente usato nel modello biomedico.⁶

Secondo il modello biomedico predominante nel mondo occidentale, la malattia è spiegata con una valutazione delle variabili biologiche misurabili che tuttavia possono differire tra le popolazioni. Ad esempio, l'osteoporosi nelle donne è spesso associata al consumo di calcio, che implica l'assunzione di latte, questo non è compatibile con le donne dell'Asia meridionale, le quali sono per l'80% intolleranti al lattosio. Analogamente, nel modello biomedico occidentale la crescita dei bambini è calcolata misurando altezza e peso. Tuttavia questo calcolo non è adatto ad altri gruppi etnici di statura diversa.⁶ Freedman et al.,⁷ hanno rivelato in seguito ad uno studio longitudinale durato 30 anni, che la prevalenza di sovrappeso è aumentata di circa 3 volte (dal 4% al 13%) tra i bambini bianchi di età compresa tra 6 e 11 anni, ma di 5 volte (dal 4% al 20%) tra i bambini neri. Gli stessi ricercatori hanno attribuito questi risultati a differenze razziali ed etniche che coinvolgono il modo di vivere, le abitudini e la cultura. Sempre di più, i professionisti della salute devono confrontarsi con malattie specifiche che sembrano essere più diffuse in certe aree o popolazioni, come ad esempio il morbo falciforme tra i neri.⁶

Nelle società non occidentali la malattia è concepita attraverso processi sociali piuttosto che biologici, i guaritori sono coloro che gestiscono le malattie, a differenza delle società occidentali dove sono i medici a determinare il trattamento appropriato.^{6, 8-11} Marshall et al.⁹ hanno analizzato una popolazione religiosa afro-caraibica, la quale fa affidamento ai capi della chiesa per avere indicazioni in materia di salute. Atwine et al.,¹¹ nel 2011 hanno condotto uno studio descrittivo in Uganda, utilizzando interviste con Focus Group, su soggetti affetti da diabete mellito II (10 donne e 7 uomini) di età compresa tra 39 e 72 anni. I risultati hanno mostrato che la ragione principale per la quale è richiesto l'aiuto dei guaritori tradizionali sono i sintomi del diabete. Inoltre, hanno notato come gli stessi soggetti avevano cercato aiuto in diverse strutture sanitarie con il supporto dei loro parenti e amici. Secondo Aborigo et al.,¹⁰ i sistemi medici tradizionali rimangono i servizi sanitari di prima linea, in particolare nelle comunità rurali dei paesi a basso reddito. Le stesse ricerche condotte nel Nord del Ghana, intervistando guaritori tradizionali con esperienza nella gestione delle complicanze ostetriche hanno mostrato che la maggior parte dei guaritori esprime la propria volontà a lavorare ufficialmente con i servizi sanitari. Pertanto, emerge la necessità di collaborazione tra tutti i sistemi di cura nelle comunità culturali.¹¹⁻¹³

Certamente una collaborazione tra i sistemi di assistenza sanitaria ed i guaritori tradizionali può essere utile per ottenere informazioni sulle diverse culture al fine di integrare i diversi approcci di cura. Murdoch-Flowers et al., hanno condotto uno studio su 17 donne adulte Kahnawake, che vivono nel territorio Mohawk in Canada, dimostrando come i programmi culturali di prevenzione sul diabete mellito possano contribuire all'adozione di comportamenti sani, che coinvolgono la dimensione mentale, fisica, spirituale e sociale. Analogamente, O'Mahony et al.,¹⁵ hanno condotto uno studio su 30 donne immigrate e rifugiate residenti in Canada. Dallo studio è emerso che i principali fattori decisionali riguardo alle pratiche di assistenza sanitaria siano i fattori socio economici e culturali legati allo stigma sociale. Comprendere come la cultura possa influenzare tutte le fasi della malattia dalla prevenzione all'assistenza clinica è fondamentale per lo sviluppo di interventi infermieristici transculturali.¹⁶

Inoltre, secondo Mull et al.,⁵ le manifestazioni di segni e sintomi di una malattia dovrebbero essere distinte da una cultura all'altra, pertanto i professionisti della salute dovrebbero essere esortati a valutare oltre all'esame fisico e la cartella clinica i fattori culturali. **Per i professionisti della salute è essenziale esplorare le vite dei pazienti in accordo con il loro ambiente sociale (cultura naturalistica) o con le loro tradizionali credenze sulla malattia (cultura personalistica) quando descrivono i loro sintomi;** in questo modo saranno in grado di comprendere quando il problema si trova fuori dalla sfera della malattia fisica e/o quando il paziente lamenta sintomi "impensabili" secondo il modello biomedico.⁴

Al contempo, **la consapevolezza delle culture sopra citate può aiutare gli operatori sanitari a valutare il ruolo del paziente nella gestione della malattia.** Nella cultura personalistica, in cui si ritiene che la malattia e la morte derivino da agenti esterni, si presume che il paziente adotti un ruolo passivo. Nella cultura naturalistica, in cui la tutela della salute è assicurata evitando comportamenti che possano produrre malattie, i pazienti sono solitamente più preventivi contro le malattie.^{5, 6} Minas et al.,¹⁷ esplorando le convinzioni riguardo la malattia fisica e mentale, in un campione di 444 immigrati turchi a Melbourne, hanno dimostrato che sono più frequenti le credenze collegate alle cause naturali piuttosto che quelle in soprannaturali. Tuttavia, le credenze collegate alle cause soprannaturali persistono nonostante la modernizzazione. Gli stessi ricercatori hanno concluso che una migliore comprensione rispetto la diversità sulle convinzioni della malattia è preziosa nel processo clinico e nello sviluppo di efficaci servizi e strategie sanitarie.

Inoltre, **non di rado accade che le convinzioni sociali, religiose e culturali limitino l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria.** Tra le donne musulmane immigrate sono state osservate basse percentuali di cure preventive sanitarie come esami del seno, mammografie e screening del cancro al collo dell'utero.¹⁸⁻²² Shirazi et al.,²³ hanno esplorato un campione di 53 donne afghane, musulmane immigrate di prima generazione non anglofone, di età pari o superiore ai 40 anni e senza familiarità di cancro al seno. Questo campione di donne ha mostrato un basso livello di conoscenza riguardo tale patologia, bassi tassi di screening ed una mancanza di consapevolezza circa i sintomi, i fattori di rischio. Principali ostacoli per lo screening

includevano: assenza di educazione culturale alla salute del seno, difficoltà linguistiche, scarsa alfabetizzazione sanitaria ed imbarazzo. Vahabi et al.,²⁴ in uno studio su 30 donne a Toronto, tra i 21 ed i 69 anni, nate all'estero, musulmane con buona conoscenza dell'inglese, hanno dimostrato che le pratiche e le credenze sanitarie acquisite nei loro paesi di provenienza hanno avuto un impatto sull'utilizzo dei servizi di screening. Lee- Lin et al.,²⁵ in seguito ad uno studio condotto su donne immigrate americane cinesi, non sottoposte a mammografia da oltre 12 mesi, hanno evidenziato come un intervento educativo abbia cambiato le convinzioni e gli atteggiamenti di prevenzione.

Chukwunke et al.,²⁶ hanno indagato il servizio di assistenza sanitaria di base ed il comportamento dei pazienti, in 10 centri sanitari di cinque stati della Repubblica federale della Nigeria. I risultati hanno mostrato uno scarso utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria dovuta alla preferenza per la medicina tradizionale. La maggioranza dei partecipanti sottoposti allo studio riteneva che le malattie fossero causate da esseri soprannaturali, malocchio o dalla vendetta di un Dio offeso. De-Graft Aikins¹³ ha condotto uno studio su 41 abitanti di zone rurali e 26 di zone urbane affetti da diabete mellito di tipo II. I risultati mostravano che le cure biomediche erano considerate dalla maggior parte di loro la pratica di cura ideale. Tuttavia l'alto costo di queste cure li spingeva a non sottoporsi al trattamento biomedico. Una sfida importante per gli operatori sanitari è quella di massimizzare l'impegno per la gestione biomedica a favore dei pazienti, fornendo sia farmaci a prezzi accessibili sia sostegno psicosociale.²⁷

In definitiva, i rapporti su gruppi culturalmente diversi, rende necessario per i professionisti della salute di acquisire maggiore consapevolezza riguardo le credenze dei differenti gruppi etnici.²⁴

L'influenza che gli **stati emotivi e psicologici hanno sull'eziologia e sull'evoluzione della malattia**, sta guadagnando molta attenzione negli ultimi decenni.^{29,30} Alcune ricerche hanno evidenziato legami tra il pessimismo ed rischio di malattie cardiache.^{32,33,34} Ulteriori prove relative all'influenza dei fattori emotivi e psicologici con la malattia sono emerse da una varietà di ricerche sperimentali, cliniche ed epidemiologiche.^{35, 36} **Il pessimismo e le emozioni "negative" sono state identificate come un fattore di rischio per la salute sia psicologica che fisica.**³¹

Secondo questa teoria, le percezioni che il paziente ha della malattia, le cause che attribuisce ad essa, le strategie di adattamento (meccanismi di coping) e le preoccupazioni associate alle credenze sono legate alla convinzione che **gli stati emotivi e psicologici sono collegati alla malattia.**

Il Modello di vulnerabilità allo stress presuppone che le risposte di stress psicologico emergano da uno squilibrio tra richieste e risorse psicosociali;
La vulnerabilità (o mancanza di resilienza) di un individuo allo stress è spesso creata dall'ambiente e dal contesto in cui si trova, ad esempio quello familiare.

Spesso lo stress è causato da un eccesso di critiche o, all'opposto, da un sovraccoinvolgimento emotivo.

Il concetto di vulnerabilità viene descritto come il risultato di fattori genetici, ambientali, di apprendimento e di relazione sociale. Ogni persona ha la sua soglia per lo sviluppo di problemi psicopatologici, e a persone con una bassa soglia sono sufficienti eventi stressori di bassa entità, mentre alle persone più resilienti una reazione psicopatologica (o problemi meno gravi) accade solo in caso di eventi catastrofici di lunga durata.

In questa recensione si sostiene che possono essere postulati diversi processi di mediazione cognitivo-comportamentale e psicofisiologico distinti e che questi sono rilevanti per i diversi tipi di influenza sulla salute (effetti acuti e cronici, processi causali e facilitatori, impatto sull'eziologia, mantenimento, recidiva o ricorrenza).

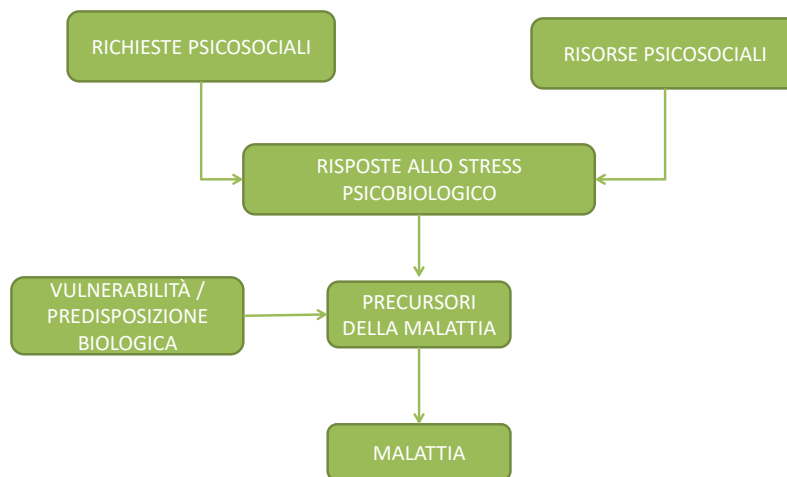


Fig. 1. Modello di vulnerabilità allo stress

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

Tutti i dati della ricerca di cui sopra evidenziano la necessità di:

- a) realizzare campagne educative in aree o paesi dove il modello socio-culturale prevale e dove esiste ignoranza e una limitata conoscenza sui problemi legati alla salute
- b) sviluppare linee guida basate su evidenze realizzate da informazioni sull'eterogeneità all'interno dei diversi gruppi culturali o minorità etniche
- c) comprendere in modo approfondito le convinzioni dei pazienti in relazione alla malattia
- d) identificare i fattori legati alla salute in modo da guidare gli interventi basati sulla cultura
- e) richiedere agli operatori sanitari una maggiore consapevolezza sulle convinzioni culturali in relazione alla malattia.

References

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. Chukwunke 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.