UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
„VICTOR BABEŞ” DIN TIMIŞOARA

EVALUAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI A PROGRAMELOR SOCIALE

SUPORT DE CURS PENTRU PROGRAMUL UNIVERSITAR DE MASTER MANAGEMENTUL SERVICIILOR SOCIALE ȘI DE SĂNĂTATE

Prof.univ.dr. Ramona Amina POPOVICI

ETICA ȘI COMPETENȚA CULTURALĂ

❖ Limitele bioeticii și nevoia de competență culturală

Atunci când se confruntă cu complexitatea morală, multe culturi non-occidentale folosesc valori și credințe alternative, percepții și structuri sociale. În ciuda succeselor lor extraordinare, abordările medicale occidentale tind să fie puternic influențate de un accent biomedical care nu are în vedere contextul situației. Acest lucru este bine ilustrat de exemplul menționat anterior de transplant de organe, care este adesea privit ca un act pozitiv și altruist, dar, în multe culturi asiatice, a ridicat serioase întrebări etice și polarizează opinia la fel de accentuată ca și problema avortului din Occident.

Disciplina bioeticii, care se întemeiază în filosofia morală occidentală și în perspectiva științei biomedicale, este aplicată într-o cultură complexă, extrem de individualistă, plural plural, folosind abordări raționale, logice, obiective, consecvente și riguroase la problemele controversate. Deși sunt utile în identificarea și clarificarea unei probleme etice, aceste abordări minimalizează complexitatea, ambiguitatea și esențele emoționale care adesea conferă unei dileme etice sensul său social și cultural. Ca și medicina occidentală, bioetica, deși se bazează pe o combinație de principii științifice, raționale și obiective, este la fel de mult o construcție culturală ca orice sistem de credințe filosofice sau de sănătate non-occidentale. Recunoașterea diferențelor culturale fără a înțelege profunzimea, lărgimea și sensul lor nu va funcționa și va duce doar la înstrăinarea morală în societăți complexe, diverse, multiculturale, precum cele în care există bioetică.

Pentru a aplica bioetica într-un mediu cultural plural, trebuie să explorăm acei factori cunoscuți ca fiind definiți din punct de vedere cultural, cum ar fi contextul cultural, locul de control și modelul explicativ al bolii, împreună cu experiența subiectivă a celor implicați direct. Bioetica încă a întreprins o explorare cuprinzătoare a realităților sociale și culturale care formează atât de multe conflicte bioetice. Perspectivele științelor sociale pot ajuta bioeticianul să înțeleagă mai clar modul în care un pacient sau familia sa consideră o problemă etică.

❖ Implicații pentru practică

Atunci când aplicăm principiile occidentale într-o altă cultură, îngrijitorul ar trebui să ia în considerare mai întâi înțelegerea, interpretarea și valoarea acordată de către individ. În Occident, acest concept își asumă valoarea morală a independenței, a autodeterminării, a vieții private și a competenței - o presupunere care stă la baza tuturor proceselor de asistență medicală. Atât biomedicina, cât și bioetica presupun că persoana care suferă de boală este cea mai bună persoană pentru a lua decizii de îngrijire a sănătății. Cu toate acestea, multe culturi non-occidentale percep familia sau comunitatea ca fiind vitală în primirea și dezvăluirea informațiilor necesare luării deciziilor și pentru organizarea îngrijirii pacientului. Astfel, un prim pas în atingerea unei perspective bioetice sensibile între culturi este o reevaluare completă a principiului autonomiei. Fiecare furnizor de servicii medicale trebuie să descopere cum să vadă fiecare persoană ca o „ființă culturală". Eticistul trebuie să își ia timpul necesar pentru a învăța modul în care pacientul și familia definește acest termen central și pentru a oferi un respect adevărat pentru persoană, trebuie să ajungă să înțeleagă și să aplice greutatea corectă noilor valori alternative, sistemelor sociale și luării deciziilor stiluri.

❖ Abordarea culturală a refugiaților și imigranților

În întreaga lume, aproximativ 36 de milioane de oameni au fost strămutați forțat din casele lor prin confict în masă sau violență individuală (Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați, 2013). Aceasta include peste 19 milioane de oameni care sunt strămutați intern și alți 14 milioane care sunt apatrizi sau au ajuns în țările vecine din sudul global, unde sunt adesea adăpostiți în tabere de refugiați. O minoritate (mai puțin de un milion de oameni pe an) caută azil în țările cu venituri mai mari din nordul global.

Convenția Națiunilor Unite din 1951 și Protocolul din 1967 privind statutul refugiaților (UNHCR, 2010), ratificat de 145 de națiuni, definește refugiații ca oameni care au fugit din țara lor din cauza temerii bine întemeiate de persecuție legată de credințele lor politice, etnie, religie, sex, orientare sexuală sau motive similare (Hathaway, 2005; Înaltul Comisar al Națiunilor Unite pentru Refugiați, 2010). Țărilor de destinație le este interzis să trimită refugiați în țara lor de origine dacă ar fi expuși la o astfel de persecuție și nu pot penaliza refugiații pentru intrarea în țara de destinație în mod neregulat sau fără documente oficiale (Edwards, 2011; Hathaway, 2005; Înaltul Comisar al Națiunilor Unite pentru refugiați, 2010). Unele țări, inclusiv Canada,

recunosc, de asemenea, refugiații ca fiind persoane care, în cazul în care s-au întors în țara de origine, s-ar confrunta cu un pericol de tortură, un risc de tratament crud și neobișnuit sau un risc pentru viața lor care nu decurge din îngrijiri medicale inadecvate sau condiții precum catastrofele naturale care afectează populația în general (Legea privind imigrația și protecția refugiaților, 2001).

- **Consultanți pentru refugiați și consultanță culturală**

În Canada, ca și în multe alte țări, refugiații se încadrează în două grupuri. Primul grup este reinstalat refugiați sponsorizați fie de guvern (refugiați asistați de guvern), fie de grupuri private, cum ar fi bisericile (refugiați sponsorizați în mod privat). Refugiații relocați, care provin adesea din taberele de refugiați, au fost deja recunoscuți ca refugiați și au primit statutul de rezident permanent înainte de a ajunge în Canada. Al doilea grup de refugiați sunt persoane care vin în Canada pe cont propriu fără o autorizație guvernamentală prealabilă și depun o cerere întemeiată pentru statutul de refugiat. În timpul procesului de revendicare, aceștia sunt cunoscuți ca solicitanți de refugiu sau solicitanți de azil. Reclamanții refugiați au dreptul să rămână în Canada până la judecarea definitivă a meritului revendicării lor de către un tribunal administrativ independent, Consiliul pentru imigrări și refugiați (IRB), inclusiv orice procedură de recurs sau de control judiciar. Dacă cererea inițială este respinsă, în cursul căilor de atac ulterioare, persoana își păstrează statutul juridic și este cunoscută ca reclamant respins sau eșuat. Acceptarea cererii conferă statutul de refugiat sigur și este primul pas pe calea către cetățenie. Dacă cererea este respinsă definitiv, persoana va fi dispusă să părăsească țara (Legea privind imigrația și protecția refugiaților, 2001). În cazul în care acesta sau ea nu respectă ordinul de deportare, ea își pierde statutul juridic și este cunoscută ca un migrant fără documente sau fără statut.

Consultația culturală pentru refugiați este dificilă, deoarece clinicienii trebuie să depășească adesea rolul lor obișnuit clinic și să ia o poziție de advocacy care recunoaște în mod activ și se implică în situația migrației forțate. Grija pentru refugiați și familiile lor implică intervenții medicale și de sănătate mintală pentru a atenua consecințele violenței și pierderilor din trecut, precum și a adversităților actuale. În același timp, consultanții trebuie să își asume rolul de avocat pentru a contribui la prevenirea bolilor și promovarea sănătății mintale prin abordarea determinanților sociali ai sănătății, care includ starea migratorie precară, practicile dure de

detenție, incertitudinea prelungită cu privire la viitor și obstacolele la reuniune de familie. Multe dintre aceste probleme sunt importante pentru bunăstarea pe termen lung și pentru integrarea socială a tuturor refugiaților, inclusiv a celor care nu sunt simptomatici sau care nu solicită servicii. În ultimii ani s-a observat o ambivalență crescândă în majoritatea țărilor cu venituri mari față de refugiați și solicitanți de refugiați, cu o eroziune considerabilă a angajamentului internațional de a oferi un refugiu sigur pentru ființele umane cele mai vulnerabile. Clinicienii care încearcă să abordeze aceste probleme pot fi criticați de unele persoane sau instituții ca luând o poziție ideologică. Liniile directoare pentru formarea medicală din Canada recunosc că medicii trebuie să poată juca rolul de avocat atât pentru a oferi îngrijiri, cât și pentru a lucra pentru prevenire și promovarea sănătății (Kirmayer, Fung, et al., 2012). În sănătatea refugiaților, nu există pur și simplu nici o modalitate de a evita problemele complexe la intersecția drepturilor omului, a eticii și a politicii. În îngrijirea reclamanților refugiați, clinicienii se concentrează, de obicei, pe a ajuta persoana să se vindece din experiențele traumatice trecute și să facă față provocărilor relocării și adaptării la societatea gazdă. A ajuta la schimbarea circumstanțelor externe care au un impact negativ asupra clientului nu a fost considerată în mod tradițional o parte integrantă a rolului medicului psihiatru. Cu toate acestea, amenințarea continuă cu o posibilă deportare și o varietate de alți factori de stres din viața reală joacă un rol major în menținerea și exacerbarea problemelor psihologice între reclamanții refugiați și alți migranți fără statut sigur. Furnizarea unui raport sau a unei scrisori cu privire la sănătatea lor mentală sau fizică în contextul procesului de reclamație a refugiaților este doar unul dintre modurile în care clinicienii pot juca un rol esențial în îmbunătățirea sănătății persoanelor care caută statutul de refugiat. Pentru a preveni daunele suplimentare, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să se alăture forțelor pentru a pleda pentru protecția refugiaților și accesul acestora la aceleași drepturi și servicii ca și cetățenii canadieni. (Sursa: J. Cleveland et al. 2014).

BIBLIOGRAFIE

1. Bowman, K. (2004). What are the Limits of Bioethics in a Culturally Pluralistic Society. *Journal of Law and Medical Ethics*, 32(4), 664-669.
2. Cantwell, A., Friedlander, E. and Tramm, M. (2000). *Ethics and Anthropology: Facing Future Issues in Human Biology, Globalism, and Cultural Property*. New York: The New York Academy of Sciences.
3. Carrese, J., and Perkins, H. (2003.) Ethics Consultation in a Culturally Diverse Society. *Public Aff Q*.,17:97-120.
4. Cleveland, J. et al. (2014). Cultural Consultation for Refugees. Ch. 12. In: L.J. Kirmayer et al. (eds.), *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, 245. International and Cultural Psychology, DOI 10.1007/978-1-4614-7615-3_12, © Springer Science+Business Media New York 2014.
5. Congress, E. (2004). "Cultural and Ethical Issues in Working with Culturally Diverse Patients and Their Families: The Use of the Culturagram to Promote Cultural Competent Practice in Health Care Settings." In A. Metteri, T. Kroger, A. Pohjola, & P. Rauhala (Eds), *Social Work Visions from Around the Globe: Citizens, Methods, and Approaches,* pp.249-262, Binghamton, NY: Haworth Social Work Practice Press. https://www.researchgate.net/publication/7961304_Cultural_and_ethical_issues_in_working_with_culturally_diverse_patients_and_their_families_The_use_of_the_Culturagram_to_promote_cultural_competent_practice_in_health_care_settings
6. Crow, K., Matheson, L., & Steed, A. (2000). Informed Consent and Truth-telling: Cultural Directions for Healthcare Providers. *Journal of Nursing Administration*, 30(3), 148-152.
7. Louw, B. (2016). Cultural Competence and Ethical Decision Making for Health Care Professionals. *Humanities and Social Scienc*e, 4(2-1), 41-52.
8. McLean, M., and Graham, M. (2003). Minority Patients Need Cultural Brokers. *Ethics Connection*. Markkua Center for Applied Ethics. http://www.scu.edu/ethics/publications/ethicalperspectives/minoritypatients.html
9. Meuter, R. F., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and

effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC health services research*, *15*, 371. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8

10. Milton, C. (2016). Ethics and Defining Cultural Competence: An Alternative View. *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 21–23.
11. Sargent, C., and Smith-Morris, C. (2006). Questioning Our Principles: Anthropological Contributions to Ethical Dilemmas in Clinical Practice. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15(2), 123-134.