

# VESELĪBAS UN SLIMĪBU UZTVERES ATŠĶIRĪBAS DAŽĀDĀS KULTŪRĀS

## Ievads

Šajā modulī tiks aplūkots, kā dažādās kultūras un atšķirīgās sociālekonomiskās situācijās veidojas uzskati par veselību un slimībām un attieksme pret demenci.

### 1. Veselības jēdziena atšķirības starpkultūru perspektīvā

#### Kas ir veselība?

1948. gadā Pasaules Veselības organizācija definēja, ka veselība ir “pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, ne tikai stāvoklis bez slimības vai fiziskiem trūkumiem”.

Šī definīcija, kas ietver globālu veselības izpratni kopumā. Ja mēs domājam par veselību starpkultūru perspektīvā, mums ir jājautā, vai mūsu priekšstats par veselību atbilst citas kultūras priekšstatam.

Tas norāda to, ka veselības aprūpes un/vai sociālās aprūpes speciālistiem nav jāzina viss par dažādu kultūru priekšstatiem un uzskatiem veselības jomā, bet tomēr ir jāapzinās, ka slimības un veselības aprūpes koncepcijas var uztvert dažādi. Ir arī jāpatur prātā, ka kultūras koncepts ir mainīgs, tāpēc izpratne par cilvēku uzskatiem par veselību, dziedināšanu un slimībām ir mainīgs un beztermiņa process.

#### Dažādas pieejas un izpratne par veselības aprūpi



Rietumu un Austrumu pieejas veselības aprūpē ir atšķirīgi uzskati: piemēram, ir divi atšķirīgi uzskati par ķermeņi, prātu un slimībām. Kopumā Rietumu medicīna tiecas pēc precizitātes, analīzes un mērķtiecīgas terapijas, savukārt Austrumu medicīnā prāta un ķermeņa sistēmā galvenais fokuss ir

<https://www.sst.dk/~media/1E190EDEB2FD41BC9665D04615830B54.ashx>

vērsts uz ķermeņa un prāta vienotību.

Atšķirīgie uzskati Rietumu medicīnā: diagnostiskās intervijās ārsti koncentrējas uz konkrēto orgānu un veic šīs konkrētās orgānu sistēmas izpēti. Slimības diagnoze izriet no laboratorijā iegūtiem rezultātiem, kā arī pamatojoties uz intervijā iegūto informāciju.

Austrumu kultūrā tradicionālā medicīna uztver cilvēku kopumā, nenodalot ķermeni no prāta: ietver vienotu psiholoģisko aspektu un ķermenisko aspektu. Galvenā doma ir tā, ka ķermeni un prātu nevar nodalīt. Interviju laikā ārsti uzdod jautājumus par pacienta/klienta paradumiem, dzīvesveidu, kā arī par orgānu sistēmu, piemēram: zarnu, kuņģa un urīnceļu funkcionēšanu. Analīzes Austrumu medicīnā ir tikai kā papildinājums attiecībā uz simptomu noteikšanu.

Šī ir būtiskākā atšķirība starp Rietumu un Austrumu medicīnu, atšķirīgu pieeju veselībai un slimībai, kas liek domāt, ka veselības aprūpes un sociālās aprūpes speciālistiem ir jāklūst izglītotiem un zinošiem atšķirīgu kultūru apzināšanā. Protams, nevar iepazīties ar visiem veselības aprūpes uzskatiem atšķirīgās kultūrās, bet kompetenta pieeja palīdz profesionāļiem uzlabot savas komunikatīvās prasmes, piemēram, uzdodot jautājumus, lai nodrošinātu vislabākos iespējamus veselības un sociālās aprūpes rezultātus, vienlaikus palīdzot izvairīties no potenciāli kaitīgiem pārratumiem.

### **Dažādības prakse multikulturālā vidē**

Ņemot vērā kultūras daudzveidību, veselības aprūpes un sociālās aprūpes speciālistiem būtu jāveido kompetence, kā komunicēt un rūpēties par pacientiem/klientiem ar atšķirīgu kultūras pieredzi, arī mēģinot izprast tās kultūras nianšes, kurā pacients/klients sevi identificē.

Piemēram, Austrumāzijas pacienti/klienti var negribēt atklāti apspriest nāves jautājumu, jo redz to kā zīmi no augšas. Citās kultūrās ir svarīgi pieņemt lēmumus visai ģimenei. Šī pieeja var ļoti atšķirties no Rietumu kultūras, kurā šāda veida lēmumi bieži tiek pieņemti autonomi neatkarīgi no ģimenes lēmumiem. Turklāt citas kultūras ir atkarīgas no tādām tradicionālām dziednieciskām metodēm kā akupunktūra, skaņa, banku likšana, moksa dedzināšana uz cilvēka ādas vai līdzās tai un citi augu aizsardzības līdzekļi. such as acupuncture, coinage, cupping, moxibustion, and other herbal remedies.

Rietumu medicīnā ārsti pacientus/klientus tieši informē par slimībām, cik konkrēti vien iespējams. Savukārt citās kultūrās ir atšķirīgi uzskati par šo komunikāciju ar pacientu/klientu. Piemēram, Japānas un dažu Āfrikas valstu profesionāļiem ir raksturīgi slēpt diagnozes no pacienta, izmantojot netiešu valodu, lai raksturotu to stāvokli, piemēram, “augšana”, “masa”, “asins slimība” vai “netīra audu slimība”, nevis norādīt, ka slimība ir specifiska. Dažām spāņu, ķīniešu un pakistāniešu kopienām ir tendence aizsargāt neārstējami slimos pacientus no zināšanām par viņu stāvokli.

Kultūras var krasi atšķirties un veselības un/vai aprūpes speciālistiem ir jāizvairās no stereotipiem vai pieņēmumiem par pacientu/klientu kultūras aspektiem.

### **Izvairšanās no stereotipiem**

Mēs nevaram kategorizēt un vispārināt dažādas idejas un pieņēmumus par veselību un slimību kopumā. Ir svarīgi atcerēties, ka, ja persona ir identificējusies ar noteiktu etnisko vai reliģisko grupu, tas nenozīmē, ka šai personai vai tās radniekiem ir vienāda pārlicība, saistītas ar etnisko piederību vai reliģiju. Ķīnas valdība, piemēram, oficiāli veicina ateismu, bet Ķīnā ir

liels skaits reliģiju, piemēram, Budisms, cieņa pret senčiem, Konfuciānisms, Taoisms, Šamanisms un kristietība un nav iespējams identificēt Ķīniešu personu ar noteiktu reliģisku grupu.

Pacienti/klienti nav jāidentificē caur piederību kādai noteiktai kultūras grupai, būtiska ir personas pieredze, kas ir atkarīga no dažādiem mainīgajiem lielumiem, piemēram, imigrācijas procesa, izglītības līmeņa, bijušajām profesijām vai arī vides kurā persona dzīvo.

Zināšanas par kultūras kontekstu ir svarīgas pacienta/klienta aprūpē. Tomēr dažkārt informāciju būs grūti iegūt individuāluvai valodas barjeru dēļ vai tādēļ, ka pacienti/klienti ir pārāk jauni vai pārāk veci, vai arī ir pārāk slimi, lai sniegtu attiecīgu informāciju.

### **Kultūrvides apzināšana/Iekļaujoša kultūras apzināšanās**

Veselības un/vai sociālās aprūpes speciālistiem jāapzinās risks paļauties uz slēptiem kultūras stereotipiem, plānojot terapeitisku un aprūpes modeli.

Gan veselības un/vai sociālās aprūpes speciālists, gan pacients/klients bieži vien nāk no dažādiem sociālajiem un kultūras kontekstiem/vides. Starpkultūru medicīna atzīst, ka medicīnas prakse ir sociāli un kulturāli “lokāla” un daudzveidīga. Ja mēs atskatīsimies uz medicīnas vēsturi Rietumu kultūrā, mēs pamanīsim, ka tas, kas kādreiz bija laba prakse, tagad tiek uzskatīts par sliktu praksi un dažos gadījumos par noziegumu. Starpkultūru



<https://haengoddag.dk/2016/07/15/kulturforskelle/>

medicīnas praktizēšana ir process, kas prasa atklātu pieeju atšķirībām, lai uzlabotu pacientu/klientu aprūpi: šo atvērto attieksmi sauc par “kultūras pazemību”, tā ir “spēja saglabāt personisku nostāju, starppersonu sadarbību un mijattiecības, kas ir cita pret citu vērsta (vai atvērta cita citai) attiecībā uz kultūras identitātes aspektiem,<sup>1</sup>

Piemēram, Indijā uzskata, ka fiziskās un/vai garīgās slimības apvieno bioloģiskos, psiholoģiskos un garīgos aspektus, pacientu ārstēšanu un/vai aprūpi nevar uzskatīt par efektīvu, kas neattiektos uz visām trim dimensijām. Tādēļ veselības un sociālās aprūpes

---

<sup>1</sup>Āķis, J.N. (2013). Kultūras mitrums: nosakot atvērtību kultūras daudzveidīgajiem klientiem. *Currency of Counseling Psychology Journal*.

speciālistiem būtu jāņem vērā šie trīs aspekti.

Vēl viens būtisks aspekts, kas attiecas uz pacienta/klienta individuālo paradumu ievērošanu, piemēram, seksuālo dzīvi un alkohola lietošanu: Lielbritānijas “Medicīnas Padome” uzsver: “Jūs nedrīkstat atteikt vai kavēt ārstēšanu, jo uzskatāt, ka kāda pacienta rīcība vai dzīvesveids ir veicinājis viņa šābrīža stāvokli”<sup>2</sup>

## 2. Aprūpe un kultūras atšķirības

Starptautiskās konvencijas, piemēram, Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (UNHCHR 1976), ko ir ratificējušas visas ES dalībvalstis, noteica, ka piekļuve veselības aprūpei ir visu cilvēku pamattiesības. Tas nozīmē, ka veselības aprūpes sistēma ir tieši atbildīga par daudzveidīgas sabiedrības vajadzību apmierināšanu.

**Kultūru** var definēt “[...] kā nozīmes, uzvedības normu, vērtību un prakses kopumu, ko izmanto konkrētās sabiedrības locekļi, veidojot savu unikālo pasaules skatījumu. Kultūra kā tāda dziļi informē *par katru dzīves un veselības aspektu*” (Mezzich et al. 2009: 384). Šī definīcija liecina, ka “kultūra” ietver **ne tikai etnisko piederību un reliģiju**, bet arī **sociālekonomiskos faktoros** (t. i., izglītības līmeni, dzīves apstākļus un piekļuvi informācijai). Veselības un sociālos faktoros var definēt šādi: “apstākļi, kādos cilvēki piedzimst, aug, dzīvo, strādā un noveco, un ir ieviestas sistēmas, kas strādā, lai risinātu slimības problēmu” (2010. gads). Šos apstākļus savukārt veido plašāki ekonomiskie, sociālie un politiskie spēki (2010. gadā).

Pētījumā “Race and Income” (Race un Income) “Rates for Selected Medicare Services, Age 65 years and Over” konstatēts, ka, palielinoties ienākumiem, palielinās ambulatoro apmeklējumu un mammogrammu skaits. Tendence pretējā virzienā ir neatliekamās palīdzības skaita samazināšanas apmeklējumiem<sup>3</sup>.

Vājāka veselības aprūpe ir saistīta ar zemu sociālekonomisko statusu (turpmāk SES). Sliktāki rezultāti SES rada arī mazāku skaitu diagnostisko testu un zāļu pirtspēju daudzām hroniskām slimībām, līdz ar to izveidojas ierobežota piekļuve veselības aprūpei izmaksu un finansējuma dēļ.<sup>4</sup>

McMaughan et al.<sup>5</sup> Zemāks ekonomiskais stāvoklis noved pie sliktāka veselības stāvokļa, kas savukārt noved pie turpmākas nabadzības, pastāv saikne starp SES un veselību, ar zemu SES, kas saistīta ar sliktāku veselību.”

---

<sup>2</sup>[https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30143-8/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30143-8/fulltext)

<sup>3</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221050/>

<sup>4</sup>Nikolass K. Arpejs, Anna H. Gaglioti, Mārsija E. Rozentāle (2017). Kā socioekonomiskais statuss ietekmē pacienta veselības aprūpes uztveres: Kvalitatīvs pētījums. Apjoms: 8 izejas plūsma: 3, lappuse (s): 169 –175.

<sup>5</sup>Mcmaughan DJ, Oloruntoba O un Smith ML (2020) Socioekonomiskais statuss un piekļuve veselības aprūpei: Interrelated Drivers for Healthy Aging. Priekšpusē. Sabiedrības veselība 8:23 1. doi: 10.3389/fpubh .2020 .00231

Plaši pierādījumi liecina, ka etniskie, reliģiskie un lingvistiskie faktori mijiedarbojas ar sociālekonomiskajiem faktoriem, nosakot veselības aprūpes iespējas. Tādēļ ir jāpalielina migrantu veselības kultūras dimensija, iekļaujot to ekonomiskajā un sociālajā kontekstā, kā arī jāizvairās no tā, ko varētu saukt par “geto medicīnu”.

Svarīgs aspekts, kas uzlabo visu pacientu medicīnisko aprūpi, ir veselības aprūpes speciālistu komunikācijas prasmju un to diagnostikas jutīguma uzlabošana. Tā kā klīniskajai praksei jābūt koncentrētai uz komunikāciju ar pacientu, kas ir daļa no medicīnas skolu mācību programmas. Tomēr, kad medicīnas un aprūpes personāls veiksmīgi sniedz pakalpojumus darbā ar pacientiem, kas nāk no dažādas etniskās izcelsmes vides, bieži tiek pieļautas kļūdas izpratnē par kultūras atšķirībām vai arī veido stereotipus uzskatus par pacientiem /klientiem un viens no galvenajiem šķēršļiem ir **valoda**.

Eiropa ir daudzvalodīga: tajā ir 23 oficiālās valodas, 60 reģionālās valodas un aptuveni 175 valodas, kurās runā migranti (Euranet 2010). **Valodas barjeras** rada sliktu aprūpes kvalitāti. Piemēram, valodas barjeras starp veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem ir saistītas ar lielāku diagnostisko izmeklējumu izmantošanu, mazāku profilaktisko pakalpojumu (piemēram, krūšu izmeklējumi) ieviešanu, zemāku glikozes līmeņa paškontroles ievērošanu asinīs un mazāku pacienta apmierinātību ar sniegto pakalpojumu.

Lai pārvarētu lingvistiskos un komunikatīvos šķēršļus, ir svarīgi paļauties uz sadarbību starp veselības aprūpes speciālistiem un **kvalificētiem tulkiem**, sazinoties ar migrantiem kas uzlabo/uzlabotu aprūpes kvalitāti un pacientu apmierinātību.

Šajā nolūkā dažas valstis, piemēram, Zviedrija un Nīderlande, jau 1980. gados organizēja “kopienu tulkošanas” sistēmu, jo īpaši sociālajā un veselības jomā. Zviedrijā pacientu/klientu tiesības uz tulkiem ir noteiktas ar likumu. Dienvideiropā un Centrāleiropā mutiskās tulkošanas pakalpojumus, ja tie ir pieejami, bieži sniedz “kultūras starpnieki”. Tomēr dažas Eiropas veselības aizsardzības sistēmas joprojām samazina valodu barjeru būtisko ietekmi uz aprūpes kvalitāti.

Ir vērts uzsvērt, ka profesionālu tulku lietošana uzlabo gan pacientu/klientu, gan veselības aprūpes speciālistu apmierinātību un palielina profilaktiskās aprūpes izmantošanu. Tas arī pastiprina ziņošanu par simptomiem un samazina pārpratumus. Šis punkts mums rada vēl vienu svarīgu jautājumu attiecībā uz **tulku** apmācību, kuriem jāapgūst svarīgas un sarežģītas prasmes, piemēram, medicīniskās informācijas nosūtīšana pacientiem un pacienta reakciju paziņošana veselības speciālistiem.

Mūsdienu multikulturālajā Eiropā, apzinoties savu kultūru un jo īpaši medicīnas kultūru, ir būtiski, lai personas kļūtu kulturāli kompetentas (Fox 2005). Dažās slimnīcās ir pieejami arī tādi pakalpojumi kā “kultūras konsultācijas”, lai palīdzētu medicīnas personālam risināt radušos kultūras pārpratumus ar pacientiem/klientiem.).

Diemžēl **kultūras stereotipi** joprojām ietekmē medicīnas praksi: veselības aprūpes speciālistu kultūras stereotipi var ietekmēt klīnisko lēmumu pieņemšanu, tādējādi pirmais solis stereotipu

pārvarēšanā ir apzināties kultūras stereotipu esamību medicīnas praksē.

Migrantu **pacientu reliģiskā pārliecība** ir vēl viens kritisks jautājums, kad veselības aprūpes speciālistiem jātiek galā ar pacientiem, kuri reliģisku iemeslu dēļ nepiekrīt medicīniskiem ieteikumiem, diagnostikai un ārstēšanai.

Piemēram, ja ārsti vai veselības aprūpes speciālisti ir informēti par Hinduistu vai Musulmaņu reliģiskajiem rituāliem, tas varētu palīdzēt pacientiem, gan radniekiem, kuri ievēro garīgo praksi, piemēram, Ramadāna laikā, ievērot specifisku sērošanas vai apbedīšanas praksi<sup>6</sup>.

Cits piemērs, ja tiek konstatēta pacienta smadzeņu nāve: Rietumu medicīnā smadzeņu funkcijas zudums tiek uzskatīts par reālu nāvi. Tomēr šo kritēriju varētu uztvert negatīvi Budistu un Kristiešu cilvēki, kuri uzskata, ka tikai kardiorespiratora nāve ir faktiskā nāve.

Ārstam var būt filozofiska pārliecība un priekšnojauta par smagas invaliditātes nesavienojamību ar dzīvi ārpus dzemdes, attiecībā uz nedzimušiem bērniem: daudzi Kristieši, uzskata šo pārliecību par nepareizu.

Daudzās kultūrās **tradicionālā medicīna asociējas arī ar reliģisko praksi**: tas nozīmē, ka iebraucējiem no Rietumu valstīm vienlaikus var apvienot biomedicīnu un tradicionālo medicīnu. Šāda jautājuma apspriešana ar pacientiem varētu palīdzēt uzlabot attiecības starp pacientiem un veselības aprūpes speciālistiem, vienlaikus uzlabojot veselības aprūpes darbinieku izpratni par tradicionālajām praksēm.

**Reliģijas un dzimuma** mijiedarbība ir vēl viens svarīgs un jutīgs jautājums Rietumu medicīnas kontekstā. Lielākajā daļā Eiropas valstu primārās aprūpes pakalpojumus pacienti var izvēlēties, vai viņus ārstēs vīriešu vai sieviešu kārtas ārsts. Tomēr slimnīcās, jo īpaši neatliekamās palīdzības nodaļās un dzemdību nodaļās, šis jautājums var būt problemātiskāks. Lai pārvarētu šo problēmu, ir ieteicama medicīnas personāla atklāta pieeja: piemēram, būtu lietderīgi piedāvāt iespēju pārskatīt konsultāciju, ar tulku vai kultūras mediatora starpniecību paskaidrot, kas tiks darīts veselības pārbaudes laikā, kā arī apspriest medicīniskās procedūras ar pacientiem un viņu ģimenēm pirms un pēc ārsta konsultācijas.

Visbeidzot, saskaroties ar migrantiem, veselības aprūpes speciālistiem ir jābūt informētiem un gataviem risināt valodas, reliģiskās pārliecības, kultūras un izcelsmes valsts etniskās atšķirības. “Etniskie pārpratumi” bieži vien rodas valodas izpratnes trūkuma dēļ: apmācītu tulku izmantošana ir būtiski nepieciešams, ja pacientam un veselības aprūpes speciālistiem nav vienādas valodas izpratnes.

Svarīgi, lai veselības aprūpes speciālisti izvairītos no pieņēmumiem, kas balstīti uz “etniskiem” apsvērumiem, neapspriežot tos ar pacientu.

*“Kopīgā problēma, ar ko saskaras mediķi, kad komunicē ar migrantiem, ir kā panākt līdzsvaru, kas neļauj attīstīties kultūras interpretācijām (piemēram, saskaroties ar acīm redzamu*

---

<sup>6</sup>[https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30143-8/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30143-8/fulltext)

*agresīvu pacienta vīrieša attieksmi pret ārstu), kā arī jāizvairās no nevēlēšanās ārstēt jutīgus cilvēkus un personas ar atkarībām (piemēram, alkohola lietošanu vai paaugstinātu seksualitāti), baidoties izraisīt “kultūras pārkāpumu”. Kultūras vispārinājumu piemērošana, pamatojoties uz valodu, reliģiju, izcelsmes valsti un pacientu kultūras vai sociālekonomisko grupu, var viegli pārvērsties par stereotipiem (Fiore 2008) (Durieux-Paillard, atšķirības valodā, reliģiskajā ticībā un kultūrā: vajadzība pēc kultūras adaptējošiem veselības aprūpes pakalpojumiem Rechel un a. 2011)*

Jāuzsver, ka migrantu un etnisko minoritāšu stereotipi par slimību modeļiem reti ir zinātniski pamatoti.

*“To, vai viņi apmeklē migrantus vai citus pacientus, veselības aprūpes speciālistu pašapziņa, kā arī pacientu vēstures un apstākļu zināšana ir būtiska, lai nodrošinātu atbilstošu profilaksi, diagnostiku un ārstēšanu. To varētu apkopot kā iekļaujošu un kulturāli atvērtu pieeju. Vienlaikus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir jābūt izpratnei par migrantu veselības noteicošajiem faktoriem un spējām konsultēt migrantu pacientus par viņu tiesībām uz veselības aprūpes pakalpojumiem (Gijon Sanchez et al. 2009). Kultūras kompetencei ir jābūt daļai no veselības aprūpes speciālistu vispārējām prasmēm, zināšanām un attieksmes, un viņiem ir jābūt pienācīgi apmācītiem, lai varētu nodrošināt pienācīgu aprūpi dažādiem pacientiem.”*

### **3. Dažādu etnisko grupu attieksme par demenci**

Demenci vajadzētu izprast un iekļaut kultūras izpratnes kontekstā.

Kultūras vērtības var veidot veselības izpratni, atzīstot un reaģējot gan uz fiziskām, gan garīgām slimībām, ko lielā mērā nosaka pieņēmumi par sociālām normām un šo normu pieņemšanu.

Veselības aprūpes speciālistiem kultūra ir svarīgs faktors, kas jāņem vērā, veicot diagnostiku, lai izprastu pakalpojumu izmantošanu un formulētu notiekošo medicīnisko aprūpi.

Tālāk ir sniegti secinājumi, kuros salīdzināts, kā kultūras dimensija ietekmē demences sociālo pārstāvību un ietekmi uz aprūpi un citiem pakalpojumiem.

Pētījumā, ko vadīja Calia et al. (2019), izpētīja demences kultūras vidi trīs valstu grupās (t. i., Amerikā, Lielbritānijā un Ķīnā), kas visvairāk atšķiras attiecībā uz veselības aprūpes struktūru un finansēšanu un atspoguļo dažādas plašākas veselības kultūras sistēmas.

Pētījumā ir aprakstītas dažas būtiskas atšķirības Amerikas, Lielbritānijas un Ķīnas iedzīvotāju sociālajās sistēmās, kā tas mijiedarbojas ar šo cilvēku kognitīvajām, uzvedības un afektīvajām dimensijām, kuriem ir demence:

- Amerikas pētījuma dalībnieku gadījumā uzsvars tika likts uz kognitīvo un fizisko aspektu pasliktināšanos, kur rūpes par personām ar demenci tika uztvertas arī attiecībā uz fizisko un garīgo spēju samazinājumu pārvarēšanu, un aprūpes māja bija pāreja no dzīves uz nāvi.

- Afektīvas dimensijas/ieviešana Britu pārstāvēniecībā/, iztēlojoties demences skarto cilvēku pieredzi, humanizēja/adekvātu stāvokli, un pēc tam šī aprūpes modeļa /pieejas aprūpe tika atzīta par relatīvās labklājības jēdzienu/konceptu.
- Ķīnas valdība personu ar demenci aprūpē ietvēra gan uzvedības, gan kognitīvo dimensiju, abas pieejas balstījās uz simptomiem un rūpēm par personām ar demenci tika uztvertas kā “neērtības”. Rūpes par personām ar demenci tika atstātas uz ģimeņu atbildību.

Apvienotajā Karalistē cilvēku skaita pieaugumu no Āfrikas, Āzijas un citām etniskajām kopienām (BAME – Black, Asian and minority ethnic communities) ir veicinājis iedzīvotāju skaita pieaugumu un veicinājis imigrācijas palielināšanos. Tas liecina, ka, salīdzinot ar plašāku IEDZĪVOTĀJU skaita pieaugumu, pieaug jaunu cilvēku skaits. Tas nozīmē, ka nākotnē arvien vairāk būs gados vecāku cilvēku, kas ir no citām etniskām grupām. Ņemot vērā to cilvēku turpmāko izaugsmi un novecošanos, kas dzīvo no politiski BRĪVĀS kopienās, varam koncentrēties uz demences jautājumu risināšanu. Ikvienai personai, neatkarīgi no dzimuma, seksualitātes, etniskās piederības, spējām vai sociālekonomiskā fona, var izveidoties demence (Bingham et al., 2016). Nacionālās demences stratēģijas mērķis ir uzlabot dzīves beigas, īpašu uzmanību pievēršot citām etniskām grupām, tostarp izceļojošām personām no Āfrikas, Āzijas un mazākumu etniskajām kopienām un reliģiskajām grupām. Neskatoties uz šo aicinājumu uzlabot dzīves kvalitāti cilvēkiem, kas dzīvo ar demenci un mirst no tās, neatkarīgi no viņu etniskās piederības kādai no grupām, ir socioloģiski pierādījumi, ka mēs ne visi esam vienlīdzīgi ne dzīvē, ne nāvē (Crawley and Koffman, 2015).

Rodas atšķirības paliatīvās aprūpes nodrošināšanā un esošās prūpes nodrošināšanā, un tas liecina par nepietiekamām zināšanām, izpratni par demenci un saziņu/komunikāciju ar pacientiem un ģimeņu iesaistīšanu lēmumu pieņemšanā, speciālistu pakalpojumu izmantošanu.

Pētot mazākumtautību etniskās grupas un paliatīvo aprūpi, ir norādīts, ka esošai aprūpei un paliatīvās aprūpes pakalpojumiem ir zema izmantošanas pakāpe, kas būtu nepieciešama konkrētam pacientam /klientam. Ir aprakstīti vairāki gadījumi, kas norāda uz to, ka veselības aprūpes speciālisti nodrošina sliktu aprūpes līmeni. Un nepietiekama finansēšanas sistēma, sliktas zināšanas par pakalpojumiem, un, jo īpaši par pakalpojumiem, kas saistīti ar paliatīvo aprūpi, kā arī reliģiskās un ģimenes tradīciju neiekļaušana aprūpē, kas var būt pretrunā ar paliatīvās un bērnu aprūpes filozofiju.

Saziņas/komunikācijas un valodu barjeras ir ļoti svarīgas paliatīvās aprūpes vajadzību novērtēšanai un uzraudzībai. Nespēja uzlabot pacientu/klientu piekļuvi paliatīvās aprūpes pakalpojumiem, ir pierādīts, ka tas rada nopietnas problēmas. Klīniskajās konsultācijās var rasties pārpratumi starp pacientiem, ģimenes locekļiem un/vai veselības aprūpes sniedzējiem.

Komunikācijas grūtības rodas tad, ja pacienta/klienta radnieki pārāk paļaujas uz sevi. Lai gan tas var būt vieglāk, nekā piekļūt tulkam, tomēr tas var būt neizdevīgi gan ārstam, gan pacientam.

Lai izvairītos no paļaušanās uz ģimenes locekļiem kā tulkiem, ir būtiski izmantot apmācītus



tulkus un atbilstoši tulkotus materiālus personām ar demenci un lietot materiālus pareizajā dialektā. Profesionālu tulku izmantošana ir būtiska, lai nodrošinātu personas ar demenci neatkarību un mazinātu ģimenes locekļu stresa mazināšanu.

Daži pētījumi informē, ka komunikācija var būt neveiksmīga, ja veselības aprūpes personālam, kas sniedz pakalpojumu, ir kultūras tradīciju zināšanas, kas var atšķirties no personas ar demenci un viņu ģimenes locekļu zināšanām un pieredzes.

Komunikācija attiecas ne tikai uz sarunvalodu. Tā ietver arī ķermeņa valodu, kultūras noteikumus par to, kas ir pieklājīgs (piemēram, neskatīties tieši acīs profesionāļiem - īpaši pretējā dzimuma pārstāvjiem) un atbilstošu uzvedību nevienlīdzīgās dzimumu un varas attiecībās.

Lai gan pēdējos gados ir panākts milzīgs progress sāpju mazināšanas jomā, veselības aprūpes personāla zināšanas par sāpju mazināšanu joprojām nav pietiekamas. Tomēr, tā kā mēs koncentrējamies uz sāpēm un uz to, kāpēc pārāk bieži ir neefektīva sāpju ārstēšana, ir pierādījumi, ka dažām mazākuma tautības iedzīvotāju grupām ir lielāks risks saņemt pareizu ārstēšanu un aprūpi oligoanalģēzijas risks (nespēja nodrošināt atsāpināšanu pacientiem ar akūtām sāpēm) (neefektīva vai subterapeitiska sāpju ārstēšana).

Turklāt ir arī pierādījumi, ka pacientiem, kas ziņo par lielu sāpju smagumu, ir arī aizspriedumi, kurus var pastiprināt rasisms.

Dažiem pacientiem, pamatojoties uz atšķirīgu reliģisku pieredzi ar progresējošām slimībām, un viņu ģimenēm galvenais ir fiziskās un psiholoģiskās labklājības aspekts. Šajā nolūkā ir ļoti ieteicams iegūt pamatprasmes garīgās un reliģiskās aprūpes novērtēšanā un pārvaldībā veselības aprūpes un sociālās aprūpes speciālistiem, kas strādā neatliekamās palīdzības jomā, tostarp tiem, kas rūpējas par cilvēkiem ar demenci.

Tomēr šī pieeja nav bez kritikas; tai ir tendence pārkvalificēt reliģiskās un kultūras grupas un pastiprināt atšķirības (Gunaratnam, 2003)<sup>7</sup>.

Aprūpes pakalpojumu sniedzēju kultūras zināšanas ļauj veselības un sociālās aprūpes speciālistiem uzdot jautājumus pacientiem un viņu ģimenēm, kas cilvēkiem ir svarīgi.

#### **4. Galvenie šķēršļi dažādu tautību iedzīvotājiem ar demenci**

Lai efektīvi uzlabotu piekļuvi pakalpojumiem cilvēkiem ar demenci, kuri pieder dažādām etniskajām grupām, ir jāsaprot, kas ir šķēršļi.

Ir konstatēti vairāki iemesli<sup>8</sup>:

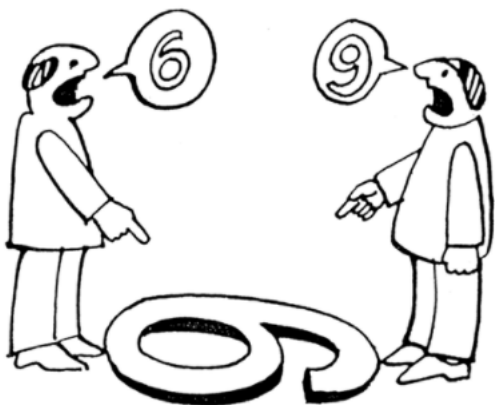
- Demences simptomu attiecināšana uz normālu novecošanu vai citiem fiziskiem, garīgiem vai psiholoģiskiem cēloņiem;
- Demences noliegums, ka ir radusies problēma vai simptomu normalizācija;

---

<sup>7</sup>Gunaratnam, Yasmin. (2003). Race and Ethnicity: Methods Knowledge and Power. Londonā.

<sup>8</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222802/>

- bažas par stigmatu, kas saistīta ar demenci;
- kauna sajūta, kas noved pie tā, ka nevēlamies ļaut cilvēkiem ar demenci uzzināt, kas notiek.
- ētisks pienākums rūpēties par saviem ģimenes locekļiem, nepieklūstot palīdzībai;
- zems izglītības līmenis;
- negatīva veselības aprūpes dienesta pieredze un sajūta, ka nav nekā tāda, ko varētu darīt demences gadījumā;
- valodas šķēršļu pārvarēšana;
- ekonomiskās problēmas;
- kā saņemt palīdzību;
- nepietiekama to instrumentu pieejamība, kas ir piemēroti kognitīvo prasmju starpkultūru novērtēšanai;
- “krāsu aklums”: izturas pret minoritātēm tāpat kā pret balto (vai vietējo) vairākumu.
- atbilstošu instrumentu trūkums kognitīvo funkciju novērtēšanai.



Lielākā daļa iepriekš minēto iemeslu norāda, ka šķēršļi, kas kavē palīdzību demences gadījumā, ir kultūras atšķirību dēļ.

Ir dokumentēts, piemēram, tas, ka dažās Dienvidāzijas valstu grupās personām pat nav konkrēta vārda, lai savā valodā apzīmētu “demenci”. Atsevišķos gadījumos cilvēki jūtas neērti par to runāt, jo ir nobažījušies, ka tas ietekmēs ģimenes locekļu laulības izredzes.

Piemēram, pirmās paaudzes imigrantu gadījumā, kuri tomēr pirmos dzīves gadus pavadījuši kādā Indijas lauku teritorijā, un ja

<https://vob.org.za/6-or-9/>

personai vecumdienās attīstās demence, viņa kultūras atskaites punkti, visticamāk, ļoti atšķiras no otrās paaudzes cilvēkiem, kas dzīvo ap viņu, piemēram, ģimenes locekļiem vai kopienai kopumā .

Ir būtiski ka, pirmo dzīves gadu pieredze spēcīgi ietekmē cilvēku uztveri par demenci, un tikai, pieņemot starpkultūru perspektīvu, mēs varam saprast noteiktus žestus, attieksmi un reakciju uz noteiktiem notikumiem un procesiem cilvēka dzīvē.

Vēl viens kultūras jautājums ir “krāsu aklums”: kultūras atšķirību noliegšana un minoritāšu neviendabīga pieredze rada sava veida nejašu rasismu.

Piemēram, mazākuma etniskajās grupās ir maldīgs priekšstats, ka demence rodas nebioloģisku cēloņu dēļ un ka par to neko nevar darīt.

Attiecībā uz **valodu** jautājumu, viens no galvenajiem aspektiem ir valodu barjeras starp profesionāļiem un pacientiem ar demenci, starp profesionāļiem un ģimenēm. Bet iespējams arī, ka pastāv valodas barjeras starp pacientu un viņa paša ģimeni, ņemot vērā atšķirīgo izglītības

līmeni ģimenē. Gados vecāki pacienti ar demenci var pat nerunāt tādā pašā valodā, kā ģimenes vai kopienas locekļi.

**Ekonomiskās problēmas** var ierobežot un aizkavēt to, ka dažādu tautību vecāka gadagājuma cilvēku ģimenes meklē palīdzību saistībā ar demenci; tas varētu veicināt nediagnosticētu vai novēlotu demences diagnostiku.

### **Kā samazināt šķēršļus palīdzības meklēšanai**

Mēs varam iedalīt barjeras, kas kavē demences apzināšanu mazākuma tautību etniskajās grupās trijās galvenajās grupās:

1. personīgie šķēršļi, kas attiecas uz personisko dimensiju, t. i., atšķirīgu pārliecību par slimības cēloni reliģiskās vai garīgās pārliecības dēļ;
2. sociālie šķēršļi, piemēram, aizspriedumi vai ētiska nepieciešamība rūpēties par saviem ģimenes locekļiem;
3. veselības aprūpes šķēršļi, t.i., nav zināms, kurš saņems palīdzību no pašas veselības aprūpes sistēmas vai kādi citi sociāli šķēršļi.

Ir trīs galvenie pasākumi, ko mēs varam veikt, lai likvidētu šķēršļus.

**Kvalificētu tulku izmantošana.** Ir jāapzinās risks, ka veselības aprūpes speciālisti var izjust kontroles zudumu un sajūst, ka tiek izslēgti no sarunas. Tādēļ tulkiem jāsaņem atbilstoša apmācība.

**Personāla ar atšķirīgām valodas un kultūras prasmēm pieņemšana darbā.** Tas varētu būt labs risinājums, lai gan rodas jautājums par to, kādas valodas un kultūras vēsture būtu jāpārstāv.

**Informatīvas kampaņas par demenci,** kas īpaši paredzētas ģimenēm, veselības aprūpes personālam vai aprūpētājiem no konkrētām etniskām grupām. Mērķtiecīga vai pielāgota (individualizēta) komunikācija ir svarīga: Angļu pētījumā par koorektālā vēža skrīninga pieaugumu, tika konstatēts, ka lielākajās etniskajās grupās vairāk par 50% saņēma mērķtiecīgu vai pielāgotu iejaukšanos, salīdzinot ar grupām, kas saņēma tikai vispārīgu informāciju”.<sup>9</sup> Starptautiskā mērogā tiek rīkotas izpratnes veidošanas kampaņas, kurās tiek izmantotas dažādas metodes, piemēram, informācijas sniegšana, sociālo pasākumu rīkošana un iesaistīšanās mākslas darbu veidošanas praksē.

Vienā no pētījumiem, kurā mēģināts saprast, vai informācijas izplatīšana par demenci ietekmē uzvedības maiņu, ir “Hurt et al”.<sup>10</sup> Tika pētītas divas grupas: pirmā, kurā dalībnieki meklēja palīdzību subjektīvo atmiņas traucējumu gadījumā, otrā ar tiem, kuri nemeklēja palīdzību:

---

<sup>9</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222802/>

<sup>10</sup>Sāpināti percentage, Bērnsa A, Brauna RG, Berimora kliķe C. Kāpēc gados vecāki pieaugušie ar subjektīvām sūdzībām par atmiņu nemeklē palīdzību? Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27: 394–400.

“Konkrēti kognitīvie psihoemocionālie traucējumi abās grupās bija vienādi, bet pirmās grupas dalībnieki, t. i., tie, kas meklēja palīdzību, drīzāk uzskatīja, ka viņu simptomiem ir nopietnākas sekas, un arī uzskatīja, ka simptomi ir saistīti ar bioloģisku cēloni, kas varētu būt saistīts ar demenci. Tas pastiprina argumentu, ka, mainot uzskatus par demenci, tiks veicināta palīdzības meklētāja uzvedība un izpratnes veidošanu attiecībā uz demenci.

***Atsauces:***

Amsterdams deklarācija (2004), projekts “*Migrantei draudzīgas slimnīcas*”, 2004. gads (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>), kas bija pieejama 2011. gada 20. maijā).

EURANET (2010) *Préserver la diversité linguistique de l' union européenne* ([http://www.euranet.](http://www.euranet.eu/fre/dossiers/dialogue-interculturel/Preserver-la-diversite-linguistique-de-l-Union-europeenne)

<http://www.euranet.eu/fre/dossiers/dialogue-interculturel/Preserver-la-diversite-linguistique-de-l-Union-europeenne>, pieejama 2011. gada 1. jūnijā).

UNHCHR, Apvienoto Nāciju Organizācijas Augstā komisāra cilvēktiesību jautājumos birojs (1976) *Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām* (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, pieejams 2011. gada 1. jūnijā).

KURŠ (2010) *Sociālais veselības stāvoklis: Key concepts* ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/), piekļūst 2011. gada 1. jūnijam).

EIROPAS Reģionālais birojs (2010) *Kā veselības aprūpes sistēmas var risināt ar migrāciju un etnisko jomu saistītās veselības problēmas*. Kopenhāgena: EIROPAS Reģionālais birojs.