



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

Competența interculturală a asistenților medicali din spitalele israeliene

Rezumat

Student-doctorand: Orit Eldar

Conducător de doctorat: Prof. Dr. Maria Roth

Data predării: 28 Octombrie 2013

Cuprins	Pag.
Rezumat	1
Mulțumiri	2
Introducere	3
Obiectivele studiului	4
Întrebările cercetării	5
Stadiul actual al cunoașterii în domeniu	5
Ipotezele cercetării	7
Rezultatele preconizate	7
Capitolul 1: Cadrul conceptual și teoriile referitoare la nursingul transcultural	8
1.1. Definirea termenilor	9
1.1.1. Cultura	9
1.1.2. Diversitatea	10
1.1.3. Multicultural / Multiculturalism	11
1.1.4 Nursingul transcultural	11
1.1.5 Competența interculturală	12
1.2. Nursingul transcultural – perspective istorice și educația în domeniu	12
1.3. Competența interculturală	16
1.3.1. Definirea competenței interculturale	16
1.3.2. Componentele competenței interculturale	18
1.3.3. Cercetarea asupra competenței interculturale în domeniul nursingului	26
1.3.3.1. Factorii care influențează competența interculturală a asistenților medicali	28
1.3.3.1.1. Vârsta și competența interculturală	28
1.3.3.1.2. Genul și competența interculturală	29
1.3.3.1.3. Rasa și competența interculturală	30

1.3.3.1.4. Anii de experiență și competența interculturală	31
1.3.3.1.5. Participarea la cursuri despre diversitatea culturală și competența interculturală	32
1.3.3.1.6. Nivelul de educație și competența interculturală	33
1.3.3.1.7. Contactul cu pacienți proveniți din culturi diferite și competența interculturală	33
1.3.3.1.8. Percepția asupra propriei competențe interculturale și competența interculturală reală	34
1.4. Teorii și modele	35
1.4.1. Teoria critică	35
1.4.2. Teoria socială a multiculturalității	36
1.4.3. Teoriile legate de nursingul transcultural	37
1.4.3.1. Teoria lui Leininger: „Diversitatea și universalitatea unei culturi a îngrijirii”	37
1.4.3.1.1. Conceptele teoriei transculturale propuse de Leininger	37
1.4.3.1.2. Meta-paradigma	39
1.4.3.1.3. Meta-paradigma în viziunea lui Leininger	40
1.4.3.2. Modele ale nursingului transcultural	42
1.4.3.2.1. Modelul răsăritului de soare propus de Leininger în cadrul teoriei despre diversitatea și universalitatea unei culturi a îngrijirii	43
1.4.3.2.2. Procesul de dezvoltare a competenței culturale în domeniul serviciilor de sănătate: Un model al îngrijirii	45
1.4.3.2.3. Modelul de dezvoltare a competenței interculturale propus de Papadopoulos, Tilki și Taylor	48
1.4.3.2.4. Modelul de dezvoltare a competenței interculturale propus de Purnell	50
1.4.3.2.5. Modelul de nursing transcultural propus de Giger și Davidhizir	53
1.4.3.2.6. Modelul tradițiilor HEALTH (din domeniul sănătății) propus de Spector	55
1.4.3.2.7. Modelul competenței și încrederii interculturale (CCC) propus de Marianne Jeffreys	57

Capitolul 2: Metodologia cercetării	58
2.1. Instrumentele de evaluare a competenței interculturale	59
2.1.1. Descrierea instrumentelor de evaluare selectate	61
2.1.1.1. IAPCC	61
2.1.1.2. CSES	61
2.1.1.3. TSET	62
2.1.1.4. CCA	63
2.1.1.5. CCAI	63
2.1.1.6. CCET	64
2.1.1.7. CAS	64
2.1.1.8. CCATool	65
2.1.1.9. CCCET	65
2.1.1.10. CCCTQ	66
2.2. Metoda cantitativă	71
2.2.1. Caracteristicile cercetării cantitative	71
2.2.2. Paradigme	74
2.2.2.1. Pozitivismul	75
2.2.2.2. Postpozitivismul	75
2.2.2.3. Teoria critică	75
2.2.2.4. Constructivismul / Interpretivismul	76
2.2.3. Tipuri de metode cantitative	77
2.2.4. Eșantionarea în cercetarea cantitativă	77
2.2.5. Metodele de culegere a datelor în cercetarea cantitativă	78
2.2.6. Validitatea, reliabilitatea și generalizabilitatea în cercetarea cantitativă	79
2.2.7. Aspecte care țin de etica cercetării cantitative	80

2.2.8. Cercetarea cantitativă în domeniul nursingului	81
2.3. Metoda calitativă	83
2.3.1. Metodele de culegere a datelor în cercetarea calitativă	83
2.3.2. Eșantionarea în cercetarea calitativă	84
2.3.3. Validitatea, reliabilitatea și generalizabilitatea	84
2.3.4. Rolul cercetătorului în cercetarea de tip calitativ	85
2.3.5. Aspecte care țin de etica cercetării calitative	86
2.3.6. Cercetarea calitativă în domeniul nursingului	86
2.4. Cercetarea prin metode mixte	87
2.4.1. Punctele forte și punctele slabe ale metodelor mixte	89
2.4.2. Validitatea și reliabilitatea în cercetarea prin metode mixte	90
2.4.3. Metodele mixte în cercetarea din domeniul nursingului	91
2.5. Designul cercetării	92
2.6. Analiza datelor	93
Capitolul 3: Rezultatele cercetării	94
3.1. Eșantionul și rezultatele cercetării cantitative	94
3.1.1. Eșantionul din cercetarea cantitativă	94
3.1.2. Rezultatele cercetării cantitative	98
3.2. Eșantionul și rezultatele cercetării calitative	98
3.2.1. Eșantionul din cercetarea calitativă	123
3.2.2. Rezultatele cercetării calitative	123
Capitolul 4: Discuții	147
4.1. Discutarea rezultatelor în funcție de componentele competenței interculturale	150
4.1.1. Conștientizarea diversității culturale	150
4.1.2. Cunoașterea interculturală	151
4.1.3. Aptitudinile interculturale	153

4.1.4. Întâlnirile transculturale	154
4.1.5. Dorința de cunoaștere culturală	155
4.1.6. Sensibilitatea culturală	155
4.1.7. Competența interculturală	156
4.2. Competența interculturală și îngrijirea pacienților din diferite culturi	156
4.3. Competența interculturală și participarea asistenților medicali la cursul de dezvoltare a competențelor transculturale	158
4.4. Competența interculturală și nivelul de educație al asistenților medicali	159
4.5. Competența interculturală și domeniul de practică al asistenților medicali	159
4.6. Competența interculturală, vârsta asistenților medicali și anii lor de experiență în nursing	162
4.7. Competența interculturală și genul asistenților medicali	163
4.8. Competența interculturală, etnicitatea asistenților medicali și locul lor de naștere	165
4.9. Competența interculturală și percepția asistenților medicali asupra propriei competențe interculturale / încrederea în tratarea pacienților proveniți din diverse medii culturale	166
4.10. Nevoia de educație în domeniul nursingului transcultural	169
4.11. Constatări suplimentare	170
4.12. Predicția legată de percepția asupra propriei competențe interculturale	172
Capitolul 5: Concluzii și recomandări	174
5.1. Principalele concluzii ale acestei cercetări	174
5.2. Cadrul conceptual	175
5.3. Implicațiile acestei cercetări	176
5.4. Recomandări pentru posibile cercetări viitoare	177
5.5. Limitele acestei cercetări	178
5.6. Contribuția pe care o aduce această cercetare	180
5.7. Importanța acestei cercetări	180

Referințe	181
Anexă	201

Lista figurilor

Figura 1 – Modelul răsăritului de soare propus de Leininger în cadrul teoriei despre diversitatea și universalitatea unei culturi a îngrijirii	42
Figura 2 – Modelul lui Campinha-Bacote; Procesul de dezvoltare a competenței interculturale în domeniul serviciilor de sănătate	45
Figura 3 – Modelul de dezvoltare a competenței interculturale propus de Papadopoulos, Tilki și Taylor	47
Figura 4 – Modelul competenței interculturale propus de Purnell	51
Figura 5 – Grila de eșantionare pentru evaluarea sănătății culturale propusă de Rachel Spector	55
Figura 6 – Modelul competenței și încrederii interculturale (CCC) propus de Jeffrey	56
Figura 7 – Principalii pași / procesul în cercetarea cantitativă	71

Rezumat

Competența interculturală a asistenților medicali din spitalele israeliene

Student-doctorand: Orit Eldar Regev

Conducător de doctorat: Prof. Dr. Maria Roth

La baza acestei cercetări stă înțelegerea faptului că asistenții medicali israelieni întâlnesc și îngrijesc pacienți din diverse culturi, ceea ce justifică întrebările legate de gradul lor de pregătire în acest sens, de sensibilitatea lor față de problema diversității culturale, eficiența lor și gradul lor de conștientizare a tuturor acestor aspecte.

Cadrul teoretic al cercetării se bazează pe dovezi că o îngrijire medicală adecvată din punct de vedere cultural, religios și lingvistic îmbunătățește complianța la tratament și rezultatele tratamentului. Conform lui Leininger, asistenții medicali trebuie să intre în lumea pacienților, să învețe despre contextul cultural al acestora și să exploreze modalități adecvate din punct de vedere cultural pentru a-i ajuta să devină și să rămână sănătoși (Leininger, 1991; Leininger și McFarland, 2002).

Obiectivele studiului au fost acelea de a evalua gradul de conștientizare a problemelor diversității culturale de către asistenții medicali din spitale și factorii socio-demografici care influențează competența interculturală a acestora, precum și de a evalua percepția lor asupra necesității de a elabora un modul de instruire în cadrul programului de educație culturală adresat asistenților medicali din spitale.

Am folosit următoarele instrumente: Chestionarul privind competența clinică interculturală (CCCTQ) și Chestionarul privind caracteristicile demografice și sociale (DSCQ), aplicându-le la un eșantion de 690 de asistenți medicali din spitale.

Rezultatele arată că majoritatea asistenților medicali din spitalele israeliene simt că au doar parțial competența de a oferi o îngrijire medicală adecvată din punct de vedere cultural diverșilor lor pacienți, iar această competență interculturală depinde în mare măsură de experiența lor anterioară cu pacienții proveniți din medii culturale diferite și, de asemenea, de pregătirea lor în cadrul unor cursuri de formare. Pentru viitoarele politici din domeniul sănătății, este important de menționat că datele au arătat în mod

clar necesitatea de a introduce cursuri de formare a competenței interculturale în școlile de nursing.

Introducere

Cel de-al treilea mileniu este caracterizat prin schimbări globale determinate de creșterea fenomenului de migrație, inclusiv al refugiaților, și de globalizare (Campinha-Bacote, 2003; Delbar, 1999; Kirmayer, Rousseau, Jarvis și Guzder, 2008). În plus, această epocă este caracterizată prin inovații tehnologice în domeniul comunicațiilor și transporturilor, care le permit oamenilor să ajungă în orice loc din lume și să întâlnească oameni din cele mai diverse culturi (Leininger și McFarland, 2002). Israelul este o țară de imigranți, a cărei populație era de 806.000 de locuitori la înființarea sa în 1948, populația din Israel ajungând să numere, în martie 2013, 8.012.000 de oameni. Între 1989 și 2000 s-a produs un mare val de imigrație, 1.042.720 de imigranți sosind în Israel, 85% dintre ei provenind din fosta URSS, iar restul din Etiopia și alte țări din întreaga lume. În 2012, 18.511 imigranți au venit în Israel, alți 2.324 de imigranți ajungând în Israel în primele două luni ale anului 2013 (Ministerul Absorbției Imigranților - 2013, Biroul Central de Statistică, 2013).

Populația Israelului se compune din imigranți veterani și mai noi, iar în plus față de aceasta, Israelul este o țară bi-națională, în care evreii și arabii trăiesc alături. Există, de asemenea, alte minorități, cum ar fi druzii, beduinii, și cerchezii. Populația este formată din aproximativ 75,5% evrei, 20,4% arabi și 4,1% naționalități. Există și un fenomen în creștere al muncitorilor străini care vin aici din întreaga lume. Israelul, prin urmare, prezintă un amalgam special de grupuri etnice, obiceiuri, limbi, credințe și valori, astfel încât se poate afirma că diversitatea culturală este astăzi „standardul”, iar asistenții medicali din Israel oferă servicii de îngrijire medicală unor pacienți din medii culturale foarte diverse (Ministerul Absorbției Imigranților - 2013, Biroul Central de Statistică, 2013; Ben-David, 1999; French, 2003; Mahon, 1997).

Recunoscând că fiecare individ, familie și comunitate au caracteristici culturale și comportamentale care au un impact în cazul situațiilor de boală/sănătate și necesită atitudini interculturale specifice, persoanele din domeniul îngrijirii medicale trebuie, prin urmare, să învețe despre alte culturi similare, dar și diferite, să îmbrățișeze lumea

acestor persoane, să învețe de la ele, să exploreze și să înțeleagă cele mai potrivite căi și metode de a le ajuta în funcție de nevoile lor unice (Leininger, 1991; Leininger și McFarland, 2002).

Este o mare provocare aceea de a educa asistenții medicali și alte persoane din acest domeniu să acorde pacienților o îngrijire adecvată din punct de vedere cultural, ceea ce înseamnă să își trateze pacienții printr-o atitudine de profundă înțelegere și să fie pe deplin conștienți față de implicațiile multiculturalismului (Leininger, 1991; Leininger și McFarland, 2002). Prin urmare, nursingul transcultural și competența interculturală prezintă un interes major pentru teoria, practica, educația și cercetarea din domeniul nursingului, numeroase publicații apărând pe această temă (Campina–Bacote, 2002; Douglas, Pierce, Rosenkoetter et. al., 2009; Giger, Davidhizar, Purnell, Taylor Harden, Phillips și Strickland, 2007; Grant și Letzring, 2003; Krainovich-Miller, Yost, Norman et. al., 2008). Cu toate acestea, nursingul transcultural nu fost introdus în programa obligatorie a școlilor și departamentelor de nursing, așa cum fusese prevăzut de către Ministerul Sănătății din Israel, decât în 2006 (Core Curriculum, 2006), și a fost retras din nou din programă la sfârșitul anului 2011 (Core Curriculum, 2011). Acest lucru înseamnă că majoritatea asistenților medicali din Israel practică o îngrijire medicală care nu se bazează pe o pregătire formală în domeniul educației transculturale.

La inițiativa Ministerului Israelian al Sănătății, a fost, totuși, lansat un proces în vederea compatibilizării și accesibilității culturale și lingvistice în sistemul de sănătate, așa cum apare publicat în circulara administrativă 7/11 (Gamzu, 2011). Circulara a subliniat că pentru a face față diversității culturale și varietății lingvistice, în definirea serviciilor medicale rezonabile și adecvate trebuie să fie luate în considerare valorile umane, precum și anumite aspecte juridice. Cu alte cuvinte, trebuie să fie precizat standardul de îngrijire. În circulară, organizațiile de sănătate au fost instruite să elaboreze un plan de compatibilizare și accesibilitate culturale și lingvistice. Circulara a prevăzut, de asemenea, ca serviciile de sănătate să asigure instruirea unui membru al personalului de conducere pentru ca fiecare organizație de sănătate (spitale sau clinici) să aibă un „coordonator în domeniul competenței interculturale”, care să implementeze elementul de interculturalitate în cadrul organizației. De asemenea, recomandarea a fost ca întregul personal din serviciul de

sănătate să participe la cursuri de dezvoltare a competenței interculturale. Instrucțiunile circularei au intrat în vigoare în februarie 2013 și am considerat că acesta e un moment foarte potrivit pentru efectuarea acestei cercetări, dată fiind potențiala sa contribuție la acest proces.

Întrebările cercetării:

- 1) Consideră asistenții medicali din spitale că au competența de a oferi îngrijire medicală adecvată pacienților din medii culturale diverse?
- 2) Cât de mare, în concepția asistenților medicali din spitale, este importanța „ajustării” tratamentului aplicat pacienților, în funcție de originea culturală a acestora?
- 3) Există o relație între următoarele seturi de variabile demografice în rândul asistenților medicali din spitale: vârsta, genul, etnia (rasa), anii de experiență, domeniul de practică, participarea la cursuri despre diversitatea culturală, nivelul de educație, expunerea la pacienți din medii culturale diverse, percepția legată de propria competență interculturală, și nivelul lor de:
 - a. conștientizare a multiculturalității ?
 - b. cunoaștere a fenomenului multiculturalității?
 - c. aptitudini multiculturale ?
 - d. sentiment al confortului în întâlnirile/ situațiile transculturale ?
- 4) În ce măsură recunosc asistenții medicali din spitale nevoia de educație medicală transculturală ?

Stadiul actual al cunoașterii în domeniu – Explorarea literaturii de specialitate a dezvăluit existența a numeroase studii efectuate în scopul de a evalua competența interculturală în rândul cadrelor medicale. Cele mai multe studii au evaluat competența interculturală în rândul studenților din domeniul nursingului: Doutrich și Storey (2004) au evaluat competența interculturală a studenților din domeniul nursingului cu diplomă de bacalaureat. Sargent, Sedlak și Martsolf (2005) au studiat competența interculturală a studenților și profesorilor de la un colegiu de nursing și au discutat implicațiile competenței interculturale în cadrul programelor analitice din domeniul nursingului. Au fost identificate: o diferență semnificativă din punct de

vedere statistic între grupuri și o corelație pozitivă între componentele competenței interculturale și mai multe variabile demografice.

Wilson (2010) a măsurat procesul de dobândire a competenței interculturale de-a lungul timpului la un grup de studenți în domeniul nursingului și în alte domenii adiacente de la Facultatea de Științe ale Sănătății. Rezultatele au demonstrat valori semnificativ mai ridicate.

Căutând studii care vizează evaluarea competenței interculturale a asistenților medicali înregistrați, am identificat doar câteva. Schim, Doorenbos și Borse (2005) au examinat competența interculturală a furnizorilor de servicii medicale din spitalele din Canada și SUA și au constatat că variabilele care au influențat semnificativ competența interculturală au inclus o pregătire prealabilă în domeniul competenței interculturale și studii la un nivel superior. Smith (2001) a realizat un studiu de intervenție la două grupuri de asistenți medicali înregistrați, iar concluziile sale au fost că asistenții medicali care au participat la „școala de cultură” au demonstrat valori semnificativ sporite de auto-eficacitate culturală și de cunoaștere interculturală.

Cele mai multe dintre articole descriu situația pre- și post-măsurare a competenței interculturale, în special înainte și după un program de instruire culturală, folosind diferite instrumente (Doutrich și Storey, 2004; Grant, 2003; Sargent, Sedlak și Martsolf, 2005). Evaluarea competenței interculturale a asistenților medicali din Israel este foarte limitată. Noble (2005) a studiat „competența interculturală și atitudinile etnice ale moașelor israeliene privind cuplurile de evrei ortodocși la momentul travaliului și nașterii”. Treizeci de moașe de la un mare spital din Ierusalim au servit drept eșantion de studiu. Potrivit lui Noble (2005, p.vi), moașele au ocupat poziția de „conștiente de problemele culturale” în schema Campinha-Bacote, care stabilește un continuum între următoarele situații: incompetent din punct de vedere cultural, conștient de problemele culturale, competent din punct de vedere cultural și expert din punct de vedere cultural. În cercetarea sa doctorală, Nissim (2010) a studiat experiența a șase asistenți medicali proveniți din Etiopia, care au furnizat servicii de îngrijire medicală unor pacienți din diferite medii culturale din Israel. În cercetarea sa masterală, Yellon (2012) a studiat douăzeci de asistenți medicali cu diplomă de licență, care au lucrat în secțiile de interne, chirurgie și ortopedie ale unui spital din Ierusalim. Ea a concluzionat că există o lipsă fundamentală de cunoștințe care

afectează competența interculturală a asistenților medicali israelieni. Potrivit ei, asistenții medicali afirmă că există o lipsă de pregătire în această problemă, care le influențează încrederea de sine și competența de a oferi îngrijire adecvată pacienților din diverse medii culturale. Ea a adăugat că asistenții medicali și-au manifestat realul interes și motivația de a acumula cunoștințe și competențe în domeniul nursingului transcultural.

Dr. Hagai Agmon-Snir (2008), director la Centrul Inter-Cultural din Ierusalim, a scris că: „în ultimii 15 ani, atitudinea de impunere a competenței interculturale a fost acceptată în sistemele de sănătate din țările occidentale - America de Nord, Australia și Europa. Atitudinea de impunere a competenței interculturale a ocolit pur și simplu Israelul, chiar dacă există dovezi clare că un sistem de îngrijire medicală care este adecvat din punct de vedere cultural, religios și lingvistic îmbunătățește complianța la tratament și rezultatele tratamentului. Mai mult decât atât, furnizarea acestui tip de tratament este mai corectă și morală” (traducere din ebraică).

Sperăm că această cercetare, care se axează pe date israeliene locale, se va adăuga și va îmbogăți baza de date globală și ea că va conduce la creșterea gradului de conștientizare a nevoii de competență interculturală în Israel.

Rezultatele preconizate

Era de așteptat ca instrumentele care au fost alese pentru studiu să contureze o imagine exactă a nivelului de competență interculturală a asistenților medicali din spitalele din Israel. După cum s-a menționat anterior, cei mai mulți asistenți medicali din Israel, inclusiv asistenții medicali din spitale, nu au participat la cursuri specifice de nursing transcultural. Datorită acestui fapt, a fost de așteptat ca valorile competenței interculturale să fie reduse. Pe de altă parte, este cunoscut faptul că asistenții medicali, în special cei care lucrează în spitale, acordă îngrijire medicală pacienților proveniți din medii culturale foarte diverse. Prin urmare, ei pot să își dezvolte sensibilitatea, conștientizarea, cunoștințele, aptitudinile și chiar competența interculturală. În astfel de cazuri, s-ar putea ajunge la valori ridicate ale competenței interculturale. Se va dovedi că factorii socio-demografici sunt corelați cu competențele interculturale.

Capitolul 1: Cadrul conceptual și teoriile referitoare la nursingul transcultural

Structura multiculturală a populației israeliene generează o mare provocare pentru domeniul nursingului și pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Pentru a satisface nevoile unei populații atât de diverse și pentru a respecta promisiunea unei îngrijiri medicale de calitate, este esențială conștientizarea în legătură cu influențele culturii asupra sănătății; asupra convingerilor și comportamentului legat de sănătate; și asupra bolii și procesului de recuperare. Această conștientizare ar trebui să fie transpusă într-o practică a îngrijirii medicale bazată pe competența interculturală, din moment ce aceasta îmbunătățește complianța la tratament a pacientului, satisfacția pacientului, și rezultatele tratamentului (Agmon–Snir, 2008; Anionwu, Sookhoo, și Adams, 2012; Mahabeer, 2009; Vasiliu, Kouta și Raftopoulos, 2013; Waite și Calamaro, 2010). Salimbene (1999) susține că asistenții medicali și alți infirmieri trebuie să înțeleagă rolul pe care cultura îl joacă în percepția oamenilor asupra nevoilor lor de sănătate și în modul în care ei reacționează la îngrijirea medicală ce li se acordă. Ea adaugă că gradul de complianță și reacția pacienților la tratament depinde de nivelul de congruență între așteptările lor și îngrijirea pe care o primesc. Furnizarea unei îngrijiri medicale competente din punct de vedere cultural, cu alte cuvinte, o îngrijire medicală atentă la problemele legate de contextul cultural al indivizilor, familiilor și comunităților lor, este, prin urmare, foarte importantă. Furnizarea unei îngrijiri medicale competente din punct de vedere cultural conduce la un sentiment de validare al pacientului, la scăderea anxietății, la o mai bună utilizare a serviciilor de sănătate, la îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului și la o satisfacție sporită a pacientului (Leonard, 2001; Sealey, 2003; Smith, 1998). Din acest motiv, Biroul de Sănătate a Minorităților, Departamentul de Sănătate și Servicii Umane (2013) S.U.A. a publicat Standardele Serviciilor adecvate din punct de vedere cultural și lingvistic (CLAS), cu scopul de a oferi un „model organizațiilor de sănătate și de îngrijire a sănătății pe baza căruia ele să poată implementa servicii adecvate din punct de vedere cultural și lingvistic, care să promoveze echitatea în domeniul sănătății, îmbunătățirea calității și eliminarea disparităților în privința îngrijirii medicale” (p. 21).

Cu toate acestea, în Israel, Dr. Yoram Blachar, șeful Asociației Medicale Israeliene, a discutat problema competenței interculturale a profesioniștilor din domeniul sănătății într-o broșură intitulată: „Inegalitatea serviciilor de sănătate din Israel”. El a afirmat că „cea mai mare a personalului din serviciile medicale nu a fost instruită pentru a face față diversității și multiculturalismului populației tratate. Ca urmare a acestui

fapt, în cazul întâlnirii dintre un pacient/îngrijitor, există o lipsă de înțelegere reciprocă în ceea ce privește problemele de sănătate existente, precum și în ceea ce privește tratamentul necesar în această situație medicală” (traducere din ebraică) (Blachar, 2008, p. 13.). Acest studiu își propune să evalueze măsura în care asistenții medicali din spitalele israeliene au competențe interculturale și să identifice factorii ce influențează competența lor culturală.

Nursingul transcultural

O zonă umanistă și științifică de studiu și practică instituționalizate în domeniul nursingului, care este axată pe diferențele și asemănările dintre culturi cu privire la îngrijirea omului, sănătate și boală, bazată pe valorile culturale, convingerile și practicile oamenilor. Aceste cunoștințe trebuie utilizate în scopul de a oferi oamenilor o îngrijire medicală adecvată specificului lor cultural sau congruentă din punct de vedere cultural (Leininger, 1991).

Leininger și McFarland (2002) definesc nursingul transcultural ca o „zonă formală de studiu și practică ce vizează, dintr-o perspectivă comparativă, diferențele și asemănările - privind îngrijirea (grija) acordată oamenilor - dintre convingerile, valorile și modelele de viață ale diferitelor culturi, pentru a oferi o îngrijire medicală care să fie congruentă din punct de vedere transcultural, semnificativă și benefică pentru oameni” (pp. 5-6).

Andrews și Boyle (2008) definesc nursingul transcultural ca pe un amestec de antropologie și nursing, atât în teorie cât și în practică (p. 12). Potrivit lui Jenko și Moffitt (2006), dacă antropologia se referă la studiul oamenilor: la originile, comportamentul, obiceiurile și relațiile lor sociale, nursingul examinează numeroasele aspecte ale furnizării de îngrijire medicală.

Conceptul de nursing transcultural, care a fost elaborat de Leininger la mijlocul anilor 1950, a devenit un concept acceptat și un domeniu de studiu, fiind integrat în mod formal în curriculumul din domeniul nursingului în anii '60 și '70, atunci când Dr. Leininger a dezvoltat baza teoretică ce va îndruma asistenții medicali în acordarea de

îngrijire congruentă și competență din punct de vedere intercultural pacienților lor (Andrews și Boyle, 2008; Jenko și Moffitt, 2006; Leininger, 1991).

Cultura

Papadopoulos (2006a) susține că toate ființele umane sunt ființe culturale, iar cultura, prin urmare, reprezintă un mod de viață în comun al oamenilor din grup. Aceasta cuprinde credințe, valori, idei, limbaj, comunicare, norme, precum și obiceiuri, artă, muzică, îmbrăcăminte și hrană. Cultura influențează stilul de viață al oamenilor, identitatea lor personală și relația lor cu ceilalți atât în interiorul, cât și în afara culturii proprii. Potrivit lui Kirmayer, Fung, Rousseau, Tat Lo, Menzies, Guzder, Ganesan, Andermann și McKenzie (2011), cultura include cunoașterea, precum și comportamentele și practicile sociale.

Culturile sunt în perpetuă schimbare din cauza faptului că oamenii sunt influențați de ceilalți (Anionwu, Sookhoo, și Adams, 2012; Kirmayer et al., 2008; Kirmayer et al., 2011; Papadopoulos, 2006a). Prin urmare, Giger și Davidhizar (1999, p. 3) definesc cultura ca: „o reacție comportamentală după un anumit tipar care se dezvoltă în timp, ca urmare a inserției în mentalul uman a structurilor sociale și religioase și manifestărilor intelectuale și artistice”. În încercarea de a reflecta natura complexă și dinamică a culturii, Biroul de Sănătate a Minorităților (2013) definește cultura ca acel „tipar integrator al gândurilor, comunicării, acțiunilor, obiceiurilor, credințelor, valorilor și instituțiilor asociate, total sau parțial, cu grupurile rasiale, etnice sau lingvistice, precum și cu caracteristicile religioase, spirituale, biologice, geografice, sau sociologice” (p. 24).

Este important să reținem că în fiecare societate există sub-culturi sau comunități (Anionwu, Sookhoo, și Adams, 2012; Helman, 2000). Aceste sub-culturi împărtășesc numeroase valori, credințe și obiceiuri ale culturii majoritare, dar au și anumite trăsături distinctive care le separă de aceasta, ceea ce face dificilă, uneori, încercarea de a opera generalizări la nivelul unei întregi culturi (Anionwu, Sookhoo, și Adams, 2012; Harper, 2008).

Competența interculturală

Competența reprezintă capacitatea cuiva de a-și utiliza cunoștințele și abilitățile în dezvoltarea profesională și personală. Competența poate fi, de asemenea, descrisă în termeni de responsabilitate și autonomie (Cadrul European al Calificărilor, 2008).

Cross (1988, p. 1) a definit competența interculturală ca „... un set de comportamente congruente, de atitudini și politici care sunt reunite într-un sistem, o agenție sau un profesionist, pentru ca aceștia să lucreze eficient în situații transculturale”. Cross se referă la cultură ca reprezentând: comportamentele umane ale unui grup rasial sau etnic, cuprinzând gândirea, acțiunile, comunicarea, obiceiurile, credințele și valorile acestuia; și se referă la competență ca deținerea capacității de a funcționa eficient. Cross este de părere că trebuie să vedem competența interculturală ca un proces. Definiția lui Cross este acceptată pe larg, fiind adoptată de către Departamentul de Sănătate și Servicii Umane, Biroul de Sănătate a Minorităților (OMH) (2005).

Atunci când se referă la profesioniștii din domeniul nursingului și al sănătății în general, competența interculturală este capacitatea de a oferi asistență medicală eficientă, luând în considerare convingerile oamenilor, comportamentele și nevoile lor, în funcție de originea lor culturală. Competențele interculturale pot fi dobândite pe parcursul vieții personale și profesionale a asistentului medical. Competența interculturală ține atât de proces cât și de rezultat, care decurge din îmbinarea dintre conștientizare, cunoaștere, sensibilitate și abilități. Toți acești parametri ar trebui să fie aplicabili în evaluarea nevoilor clienților, în diagnosticul clinic și în demonstrarea altor abilități de îngrijire (Papadopoulos, 2006a).

Componentele competenței interculturale

Potrivit lui Campinha-Bacote (2007), principalele componente ale competenței transculturale sunt: conștientizarea transculturală, cunoașterea, abilitățile, întâlnirile și dorința.

- **Conștientizarea diversității culturale** - Campinha-Bacote (1994) afirmă că o primă componentă a modelului competenței interculturale este conștientizarea diversității culturale. Această etapă include: auto-examinarea propriei culturi și influenței sale asupra gândirii și comportamentului. Conștientizarea diversității culturale este, de asemenea, procesul de a învăța cum să apreciezi „valorile, credințele, modul de viață, practicile și strategiile de rezolvare a

problemelor din cultura unui client” (Campinha-Bacote, 1998, p. 10) și de a evita impunerea propriilor valori asupra pacientului.

- **Cunoașterea interculturală** implică înțelegerea propriei viziuni asupra lumii și deținerea unor cunoștințe referitoare la viziunilor altor diverse grupuri culturale asupra lumii și influența acestora asupra îngrijirii (Sue et al., 1992; Sue, 2001). Leininger (1991) susține că pentru a oferi îngrijirea medicală adecvată unui anumit pacient este necesară dobândirea unei cunoașteri a diverselor culturi. Asistenții medicali trebuie să cunoască factorii culturali care pot influența pacientul, ca de exemplu: factorii religioși, educaționali, sociali, economici, politici și tehnologici. De fapt, conform lui Reynolds și Leininger (1993, p. 16), „îngrijirea medicală congruentă din punct de vedere cultural poate avea loc numai atunci când valorile, expresiile sau modelele culturale ale îngrijirii sunt cunoscute și folosite în mod corespunzător și semnificativ de asistenții medicali în relaționarea lor cu indivizii sau grupurile”.
- **Aptitudinile interculturale** sunt de fapt strategiile și tehnicile de intervenție folosite atunci când se lucrează cu oameni din diferite medii culturale (Sue et al., 1992; Sue, 2001). Ele se referă, de asemenea, la capacitatea de a aduna date culturale relevante referitoare la problema cu care se prezintă pacientul și de a efectua o evaluare a condiției sale fizice care să fie sensibilă la aspectele culturale (Campinha-Bacote, 2007). Informațiile adunate ar trebui să sprijine asistentul medical pentru a interveni de o manieră congruentă cu convingerile culturale, practicile, valorile și caracteristicile fizice ale pacientului.
- **Întâlnirile transculturale.** Întâlnirea transculturală se referă la „căutarea deliberată de interacțiuni față-în-față cu pacienții” (Campinha-Bacote, 2009, p. 52). Ea afirmă că aceste interacțiuni sunt menite să sporească repertoriul de reacții verbale și non-verbale în situațiile interculturale (Campinha-Bacote, 2007).
- **Dorința de cunoaștere culturală** este definită de Campinha-Bacote (2009) ca fiind motivația asistenților medicali de a dobândi competențe interculturale, în sensul de a „vrea” și nu de a „trebui” să facă acest lucru. Ea adaugă faptul că în calitate de profesioniști în domeniul sănătății, asistenții medicali trebuie să trateze fiecare pacient ca pe o ființă umană unică. În acest sens, dorința de cunoaștere culturală se exprimă în termeni de demnitate umană, drepturile

omului, justiție socială și echitate (Campinha-Bacote, 2005). Mason, Cross, Rider și Friesen (1988) afirmă că pe baza procesului de dobândire a competenței interculturale se poate naște dorința de a oferi asistență medicală de calitate tuturor.

Teorii și modele

Nucleul fiecărei cercetări se află în fundalul teoretic care îl conduce pe cercetător în planificarea, realizarea și analiza fenomenului cercetat, dar așa cum scria William James (1907, p. 46): „Teoria devine astfel un set de instrumente, nu răspunsuri la enigme, în care să ne putem relaxa. Nu ne mulțumim să ne bazăm pe ele, mergem înainte și, uneori, creăm încă o dată natura cu ajutorul lor”.

Teoriile legate de nursingul transcultural

Principala și cea mai cuprinzătoare teorie legată de nursingul transcultural este cea avansată de Madeleine Leininger: „Diversitatea și universalitatea unei culturi a îngrijirii”. Teoria a fost publicată în 1991 și cuprinde aspecte antropologice și de nursing. Teoria se ocupă cu înțelegerea diferitelor culturi și sub-culturi din întreaga lume și scopul său este acela de a descoperi, de documenta, de a explica și chiar de a prezice unii dintre numeroșii factori care influențează îngrijirea (Leininger și McFarland, 2002).

Obiectivul teoriei este de a îndruma asistenții medicali în direcția descoperirii nevoilor legate de sănătate și îngrijire ale pacienților din diverse culturi (Leininger, 1991). Așa cum am menționat mai sus, lumea noastră devine tot mai pregnant multiculturală și, prin urmare, nursingul devine o disciplină și o profesie transculturale (Watson, 1991).

Leininger (1991) consideră că „îngrijirea” este esența nursingului; prin urmare, teoria despre îngrijirea transculturală a fost dezvoltată astfel încât să ne permite să identificăm atât caracteristicile universale, cât și cele specifice ale îngrijirii. Potrivit lui Leininger (1991), este important ca asistenții medicali să învețe și să înțeleagă valorile legate de îngrijire din diversele culturi, credințe și practici și să utilizeze aceste cunoștințe pentru a îngriji oamenii sănătoși și bolnavi deopotrivă. Accentul este pus pe factorii ce influențează îngrijirea în contexte transculturale, care permit

asistenților medicali să dea dovadă de o îngrijire medicală semnificativă și adecvată nevoilor de îngrijire a pacienților. Teoria lui Leininger servește ca bază pentru dezvoltarea sub-disciplinei de Nursing Transcultural (Nissim, 2010).

Potrivit lui Leininger și McFarland (2002), fenomenul de globalizare oferă marea șansă ca asistenții medicali să afle despre culturi diferite și similare și să găsească modalități de a ajuta oamenii dintr-o anumită cultură să își realizeze nevoile unice. Ei consideră că teoriile despre nursing care stau la baza activității medicale trebuie să ia în considerare contextul cultural al individului, familiei și grupurilor. Dacă nu ține seama de aspectele culturale, tratamentul este mai puțin eficient, iar pacienții sunt mai puțin satisfăcuți și mai puțin sănătoși.

Teoria lui Leininger se bazează pe credința că oamenii din diferite culturi sunt în măsură să ofere informații și ghideze procesul propriei însănătoșiri cu condiția ca ei să fie în stare să accepte un tratament potrivit pentru ei. Teoria încurajează asistenții medicali să exploreze lumea pacientului, folosind un punct de vedere *emic*, care reprezintă cunoașterea din interior, experiențele de viață și intuiția, și recurgând, totodată, la un punct de vedere *etic*, care reprezintă cunoștințele profesionale, toate acestea constituind baza procesului decizional și al acțiunii de o manieră congruentă din punct de vedere cultural (Leininger, 1991; Welch et al., 1998).

Folosind aceste cunoștințe, asistenții medicali trebuie să știe cum să identifice, să decidă și să acționeze în direcția a trei opțiuni de intervenție medicală:

1. Conservarea/menținerea parametrilor culturali ai îngrijirii - actele profesionale care ajută individul să-și păstreze valorile și convingerile culturale care contribuie la menținerea sănătății sale și a stilurilor de viață sănătoase.
2. Ajustarea/negocierea parametrilor culturali ai îngrijirii - acest termen face conexiunea între diverse culturi specifice și cunoașterea formală. Un proces de influențare și implementare a noilor cunoștințe, care este exterior culturii respective, dar nu anulează parametrii existenți ai îngrijirii culturale.
3. Restructurarea/re-calibrarea parametrilor culturali ai îngrijirii - reorganizarea și implementarea de noi metode, în funcție de noile cunoștințe implementate în cultura gazdă, în scopul de a îmbunătăți sănătatea și bunăstarea pacienților (Leininger, 1997; Leininger, 2002).

Modele în nursingul transcultural

1. Modelul răsăritului de soare propus de Leininger în cadrul teoriei despre diversitatea și universalitatea unei culturi a îngrijirii este o parte integrantă a concepției sale (1991). Modelul descrie diferitele dimensiuni ale culturii care au relevanță în explicarea sănătății și bunăstării.
2. Modelul lui Campinha-Bacote (2003): Procesul de dezvoltare a competenței interculturale în domeniul serviciilor de sănătate: Un model al îngrijirii. Potrivit lui Campinha-Bacote (2002), procesul de dezvoltare a competenței interculturale este un „proces continuu în care furnizorul serviciilor de sănătate se străduiește permanent să dobândească abilitatea de a lucra în mod eficient în contextul cultural al clientului (individ, familie, comunitate)” (p. 181). Procesul include: conștientizarea diversității culturale, cunoașterea interculturală, aptitudinile interculturale, întâlnirile transculturale și dorința de cunoaștere culturală. Când dorința culturală își face apariția, ea conferă puterea de a intra în procesul de dobândire a competențelor interculturale. Acest proces are loc prin conștientizarea diversității culturale, prin dobândirea cunoașterii interculturale, prin căutarea unor întâlniri transculturale reale și prin gestionarea unor evaluări care iau în considerare factorul cultural și prin aplicarea competențelor interculturale (Campinha-Bacote, 2003).
3. Modelul de dezvoltare a competenței interculturale propus de Papadopoulos, Tilki și Taylor (1998), compus din patru etape: conștientizarea diversității culturale, dobândirea cunoașterii interculturale, dezvoltarea sensibilității culturale și atingerea competenței interculturale. Competența interculturală este capacitatea de a oferi asistență medicală care ia în considerare convingerile culturale ale pacientului, obiceiurile și nevoile sale. Competența interculturală este atât un proces cât și rezultatul acestuia, necesitând combinarea cunoștințelor și abilităților dobândite în mod constant pe parcursul vieții personale și profesionale (Papadopoulos, 2008).

Capitolul 2: Metodologia cercetării

Designul cercetării se bazează pe metodele mixte și integrează metodele de cercetare cantitativă și calitativă. Obiectivele studiului sunt acelea de a evalua percepția asistenților medicali din spitalele israeliene în ceea ce privește competența lor de a

furniza o îngrijire medicală adecvată din punct de vedere cultural, care să corespundă culturii și originii pacienților. Invitând asistenții medicali de spital să răspundă la un sondaj, am explorat măsura în care factorii demografici prezic competența interculturală în rândul acestora. Prin interviul în profunzime am explorat interpretările oferite de asistenții medicali în legătură cu sensibilitatea culturală. Vom evalua, de asemenea, necesitatea de a dezvolta un modul de formare în domeniul educației culturale care să fie inclus în programa analitică din școlile de nursing.

Obiectivele studiului sunt acelea de a evalua percepția asistenților medicali din spitalele israeliene în ceea ce privește competența lor de a furniza o îngrijire medicală adecvată din punct de vedere cultural, care să corespundă culturii și originii pacienților; de a explora măsura în care factorii demografici, cum ar fi vârsta, sexul, rasa, întâlnirile culturale, cursurile despre diversitatea culturală, nivelul de educație, și anii de experiență în nursing influențează competența interculturală a asistenților medicali; și, în plus, de a evalua necesitatea dezvoltării unui modul special în cadrul programului de educație culturală adresat asistenților medicali din spitale.

Secțiunea cercetării cantitative

Datele au fost culese prin intermediul unor chestionare care au fost distribuite în șapte spitale generale din Israel, la un număr total de 690 asistenți medicali înregistrați.

Obiectivele în această secțiune au constat în evaluarea măsurii în care factorii demografici influențează competența interculturală în rândul asistenților medicali.

Pe baza revizuirii literaturii de specialitate, ipotezele noastre sunt: (1). Competența interculturală se îmbunătățește pe măsura creșterii experienței de îngrijire a pacienților din diverse medii culturale. (2). Participarea la trainingul transcultural îmbunătățește competența interculturală. (3). Percepția asupra competenței interculturale se îmbunătățește la fiecare nivelul superior de studii. (4). Valoarea competenței interculturale va fi egală în diferite zone de practică. (5). Asistenții medicali mai în vârstă și mai experimentați vor demonstra valori mai ridicate ale competenței interculturale. (6). Asistentele medicale (de sex feminin) vor demonstra valori mai ridicate ale competenței interculturale. (7). Asistenții medicali de diferite etnii vor demonstra valori similare ale competenței interculturale. (8). Asistenții medicali din spitale va recunoaște importanța nevoii unei educații transculturale în nursing. (9).

Încrederea asistenților medicali în furnizarea unei îngrijiri adecvate cultural va fi corelată cu o serie de factori socio-demografici. (10). Competența culturală a asistenților medicali israelieni va avea valori scăzute din cauza lipsei de educație transculturală.

Eșantionul cercetării

În secțiunea cantitativă, eșantionul cercetării este format din asistenți medicali înregistrați (RN) care lucrează în șapte spitale generale din nordul și centrul Israelului. Participanții au fost rugați să completeze un chestionar. Pentru cercetare a fost aleasă o eșantionare stratificată non-aleatoare, fiind luate în considerare trei elemente: a) numărul total de paturi din spital, b) numărul total de asistenți medicali din spital c) numărul total de asistenți medicali din secțiile participante. Secțiile au fost selectate în funcție de principiul că acea secție trebuie să existe în toate spitalele participante. A fost distribuit un număr total de 1295 de chestionari și au fost colectate 743 de chestionare (compliance de aproximativ 58%), 690 fiind incluse în analiza cercetării (n=690). Caracteristicile socio-demografice ale asistenților medicali s-au dovedit a fi similare cu cele ale asistenților medicali angajați în alte spitale din Israel și foarte asemănătoare cu cele publicate de către Ministerul Sănătății (Ministerul Sănătății, Departamentul de Nursing, 2012; Nirel, Yair, Samuel, Riba, Reicher și Toren, 2010). Prin urmare, considerăm că eșantionul este reprezentativ, și, ca atare, el permite generalizarea.

Vârsta medie a asistenților a fost de 39,71 ani, cu o medie de 14,77 ani de experiență în nursing. Nu au existat diferențe semnificative de vârstă și de ani de experiență între asistenții din cele șapte spitale. Aproximativ 85% dintre asistenții medicali respondenți au fost femei. Aproximativ 30% dintre asistenții medicali au fost asistenți medicali înregistrați, aproximativ jumătate au avut o diplomă de licență, iar 19% au avut niveluri de pregătire academică superioară. Aproximativ 70% dintre asistenții medicali au fost evrei, iar ceilalți au fost musulmani (17%), creștini (10%) sau druzi (3%). Peste 30% dintre asistenții medicali s-au născut în afara Israelului și au imigrat în Israel. Mai puțin de 40% din părinții asistenților medicali au fost născuți în Israel. Doar la 39% dintre asistenții medicali limba maternă a fost ebraica.

Instrumentele folosite în cercetare:

1) Instrumentul de evaluare pentru măsurarea competenței interculturale: instrumentul care s-a dovedit a fi cel mai compatibil pentru această cercetare este *Chestionarul privind competența clinică interculturală (CCCTQ)*. Instrumentul a fost folosit într-un proiect denumit „Spitalele prietenoase la adresa imigranților” (MFH) ; aceasta este o inițiativă europeană de promovare a sănătății și a cunoașterii legate de sănătate în rândul imigranților și minorităților etnice (www.mfh-eu.net). La acest proiect au participat spitale din 12 țări europene.

CCCTQ a fost dezvoltat de Krajic, Like, Schulze, Straßmayr, Trummer și Pelikan, ca o versiune adaptată a Chestionarului privind competența clinică interculturală (CCCQ), care a fost dezvoltat inițial de Prof. Robert C. Like. CCCTQ a fost ușor modificat pentru a se potrivi unui mediu de spital și a fost tradus în șapte limbi. CCCTQ conține 65 de itemi evaluați pe o scară tip Likert cu șase gradații, împărțită în șase domenii: caracteristicile demografice, cunoștințele, abilitățile, întâlnirile/situațiile, conștientizarea, educația și formarea profesională (Campinha-Bacote, 2011; Krajic, 2004). Așa cum a fost constatată în acest studiu, reliabilitatea instrumentului (CCCTQ) a fost: indicele Alpha Cronbach pentru subscala de „cunoștințe” - 0,85, „abilități” - 0,93, „întâlniri” sau „nivelul de confort” - 0,88. Domeniul „conștientizare” a fost împărțit în două subscale: „conștientizarea diversității culturale” - 0,89, și „auto-conștientizarea” - 0,90.

CCCTQ a fost ales ca instrument de evaluare pentru a fi utilizat în această cercetare, datorită structurii sale complexe de măsurare a importanțelor domenii de mai sus - Cunoștințe, Abilități, Întâlniri/Situații, și Conștientizare - precum și datorită unicității sale, întrucât el se adresează personalului spitalicesc. Chestionarul a fost ușor modificat pentru a se potrivi culturii israeliene.

2) Chestionarul privind caracteristicile demografice și sociale (DSCQ), care a fost construit pentru această cercetare și a fost utilizat în locul secțiunii demografice a CCCTQ.

Analiza statistică - Au fost examinate statisticile descriptive pentru variabilele de context ale asistenților medicali, utilizând valori medii și abateri standard pentru variabilele continue și procente pentru variabilele nominale și ordinale. Analiza factorială a fost efectuată pentru Chestionarului privind competența clinică

interculturală, iar consistența internă (Alpha Cronbach) a fost calculată pentru fiecare factor. Scorurilor scalate au fost calculate cu ajutorul itemilor. Pentru diferitele variabile care au fost testate au fost utilizate corelațiile Pearson, analizele multivariate de variație și testele chi-pătrat.

Considerații etice: Cercetarea a fost aprobată de Comitetul Helsinki (IRB), pentru fiecare spital care a participat la cercetare. Deși nu au semnat formularul de consimțământ informat, participanții au confirmat că sunt de acord să participe la studiu prin completarea chestionarului. Intimitatea și identitatea participanților au fost protejate și confidențialitatea a fost asigurată. Obiectivele studiului au fost explicate participanților și cercetarea a fost realizată în conformitate cu codul de etică academică.

Secțiunea cercetării calitative

Asistenții medicali au întâlnit și au îngrijit pacienți din diverse medii culturale: arabi (musulmani și creștini), druzi și evrei (născuți în Israel și imigranți - nou veniți, dar și veterani). În cuvintele lor: “(populația de pacienți este) foarte diversă, imigranți din fosta URSS, evreii născuți în Israel, persoane care au imigrat în Israel în anii '50 (1950-1960), druzi, musulmani, creștini, chiar și câțiva muncitori străini, precum și câțiva soldați ONU. Foarte, foarte diversă” (Intervievatul #5 - I#5). A fost realizat un interviu în profunzime în scopul de a evalua modul în care asistenții medicali fac față misiunii de a trata pacienți din diverse medii culturale.

Obiectivele acestei secțiuni calitative a cercetării au fost: de a explora semnificația acordată de către asistenții medicali din spitalele israeliene competenței lor de a furniza servicii de nursing adecvate din punct de vedere cultural, care să corespundă culturii și originii pacienților; de a evalua importanța pe care asistenții medicali o atribuie “ajustării” tratamentului aplicat pacienților în funcție de originea lor culturală; și de a evalua importanța pe care ei o atribuie nevoii de pregătire specială în acest domeniu.

Eșantionul din secțiunea calitativă a cercetării este format din opt asistenți medicali, șase femei și doi bărbați, interviurile în profunzime fiind realizate cu toți aceștia. Media anilor de experiență a fost de 16,75 ani. Șapte din cei opt asistenți medicali au fost evrei și unul a fost musulman. Nivelul de educație a variat de la RN (1 asistent

medical), BA (4 asistenți medicali), MA (2 asistenți medicali) și până la doctorat (1 asistent medical). Șase dintre cei intervievați s-au născut în Israel, doi s-au născut în afara Israelului, unul în fosta URSS, iar celălalt în Etiopia. Doar doi dintre ei au participat la un curs de diversitate culturală.

Ghidul de interviu - întrebările din interviu au vizat secția în care au lucrat asistenții medicali. Iată câteva dintre întrebările care le-au fost adresate:

1. Care este durata medie de spitalizare ?
2. Din ce medii culturale provin pacienții ?
3. Povestiți-mi, vă rog, despre un caz în care ați îngrijit un pacient dintr-un mediu cultural diferit de al dvs.
4. Ați auzit de un caz în care vreunul dintre colegii dvs. s-a confruntat cu o dificultate/dilemă/experiență când îngrijea un pacient dintr-un mediu cultural diferit? Vă rugăm să precizați situația. Cum a fost rezolvată dilema?
5. Vă rog să îmi împărtășiți un caz în care ați adaptat modul de tratare a unui pacient aflat în îngrijirea dumneavoastră, luând în considerare originea sa culturală.
6. Au existat cazuri în care ați simțit că nu dețineți cunoștințele sau aptitudinile necesare în abordarea unui pacient dintr-un mediu cultural diferit de al dvs?
7. Dacă participați la cursul de formare intitulat “Nursing Transcultural”, ce ați dori să conțină curriculumul cursului? Ce teme credeți că vă vor fi de ajutor pentru a va îmbunătăți performanțele de asistent medical în viitor?

Considerații etice

Fiecare dintre participanții selectați a fost contactat telefonic înainte de interviu. Am explicat obiectivele cercetării și interviului; le-am promis păstrarea intimității și anonimatului și le-am cerut să își dea consimțământul pentru a fi intervievați. Înainte ca interviurile să aibă loc, le-am cerut permisiunea participanților de a înregistra interviurile.

Capitolul 3: Rezultatele cercetării

Rezultatele cercetării cantitative

Constatările descriptive privind competențele interculturale ale asistenților medicali s-au referit la factorii demografici de vârstă, experiență, sex, religie, țară de origine și minoritate/statut minoritar și sunt prezentate urmate de statistici inferențiale pentru a ne testa ipotezele.

Obiectivele din secțiunea cantitativă a cercetării au fost acelea de a explora în ce măsură factorii demografici, cum ar fi vârsta, sexul, rasa, întâlnirile transculturale, cursurile de nursing multicultural urmate, nivelul de educație și anii de experiență în nursing influențează competența interculturală a asistenților medicali.

La baza acestei cercetări stă înțelegerea faptului că asistenții medicali israelieni întâlnesc și îngrijesc pacienții din diferite medii culturale. Doar aproximativ un sfert dintre asistenții medicali au participat la un curs de nursing multicultural, de obicei, doar o singură dată. Doar 29% se percep ca având competența de a trata pacienții proveniți din medii culturale diferite. Cu alte cuvinte, asistenții medicali întâlnesc și îngrijesc pacienți din medii culturale diferite, dar puțini au pregătirea corespunzătoare, iar cei mai mulți dintre ei se simt doar parțial competenți pentru a face față situației în mod corespunzător.

Rezultatele cercetării arată că media gradului de conștientizare a diferențelor culturale în rândul asistenților medicali din spitalele israeliene este destul de ridicată (media = 4, scara 1-5). Valorile medii pentru nivelurile de auto-conștientizare și confort sunt deasupra valorilor medii (media = 3,55, 3,61, scara 1-5), dar ele sunt ceva mai mici decât media gradului de conștientizare a diferențelor culturale. Deși valoarea medie a aptitudinilor (media = 3,33, scara 1-5) este mai aproape de valoarea mediană a scalei decât gradul de conștientizare și nivelul de confort, media valorilor observate ale cunoașterii interculturale este mai mică decât toate celelalte (media = 3,02), marcând centrul scalei. Această ierarhizare a valorilor observate în cazul competențelor interculturale s-a dovedit a fi semnificativă $F(4, 2716) = 233.64, p < .001, \eta^2 = .256$. Aceasta demonstrează că asistenții medicali israelieni sunt foarte conștienți de problemele culturale, dar se simt mai puțin informați și calificați pentru îngrijirea pacienților din culturi diferite.

Au fost găsite corelații pozitive și semnificative între diferitele componente ale competenței interculturale, astfel încât un mai mare grad de conștientizare este legat de un grad mai înalt de cunoștințe, abilități și confort; un grad mai înalt de cunoștințe și aptitudini este legat de un grad mai înalt al valorilor observate la confort, iar un grad mai înalt al valorilor observate la cunoștințe este legat de un grad mai înalt al valorilor observate la abilități.

Ipoteza 1. Competența interculturală se îmbunătățește prin dobândirea experienței de îngrijire a pacienților din diverse culturi. Peste jumătate dintre asistenții medicali au susținut că tot al doilea pacient provine dintr-un mediu cultural diferit de al lor ($n = 366, 55,8\%$), iar aproximativ un sfert au susținut că unul din trei pacienți are un fond cultural diferit ($n = 170, 25,9\%$). Au fost identificate diferențe semnificative la toate dimensiunile: cunoștințe, abilități, nivelul de confort și gradul de conștientizare culturală, precum și competența au fost percepute ca fiind mai mari în rândul asistenților medicali care au îngrijit mai frecvent pacienți din medii culturale diferite.

Ipoteza 2. Participarea la cursuri despre problema transculturală îmbunătățește competența interculturală

Aproximativ un sfert din asistenții medicali au participat la un curs de nursing multicultural ($n = 184, 27\%$), cei mai mulți doar o singură dată. S-au constatat diferențe semnificative pentru participarea la un curs de nursing multicultural ($F(5, 631) = 2.31, p = .043, \eta^2 = .018$), demonstrând că abilitățile, cunoștințele și nivelul de confort au fost toate percepute ca fiind mai ridicate în rândul asistenților medicali care au participat la un curs de nursing multicultural decât în rândul asistenților medicali care nu au frecventat un astfel de curs. Nu au fost găsite diferențe în ce privește conștientizarea diferențelor culturale și auto-conștientizarea.

Ipoteza 3. Nivelul de educație al asistenților medicali se corelează cu percepția lor despre propria competență interculturală. Diferențele privind valorile observate ale competenței interculturală în funcție de nivelul de educație al asistenților medicali au arătat existența unor diferențe semnificative privind nivelul de educație ($F(10, 1256) = 2.77, p = .002, \eta^2 = .022$). Conștientizarea diferențelor culturale a fost mai mare în rândul asistenților medicali cu pregătire universitară decât în rândul simplilor asistenți medicali înregistrați. Nu s-au găsit alte diferențe.

Ipoteza 4. Competența interculturală poate depinde de domeniul de practică al asistenților medicali. Aproximativ o treime din asistenții medicali au lucrat în secțiile de interne, aproximativ un sfert în secțiile chirurgicale, aproximativ o cincime în obstetrică, iar ceilalți în pediatrie (7%), camere de urgență (9%), sau servicii de ambulatoriu (6%). Diferențele privind valorile observate la competența interculturală în funcție de domeniul de practică al asistenților medicali au fost semnificative și au arătat existența unor valori observate mai mari ale cunoștințelor în secțiile de interne și chirurgie decât în obstetrică ($p < .05$). Valorile observate ale aptitudinilor au fost mai mari în secțiile de pediatrie și serviciile de ambulatoriu decât în camerele de urgență ($p < .05$). Nu au fost identificate alte diferențe.

Ipoteza 5. Asistenții medicali mai în vârstă și mai experimentați vor demonstra valori mai ridicate ale competenței interculturale. S-au găsit corelații semnificative, pozitive și ridicate între vârstă, anii de experiență în nursing și anii de experiență în secția de spital ($r = 0.63$ pentru $r = 0.89$, $p < .001$). Nu au fost identificate legături semnificative (chiar dacă ele au existat) între valorile observate ale competenței interculturale și vârsta sau anii de experiență în nursing/în saloanele de spital. S-a putut observa un trend al corelațiilor pozitive între valorile observate ale competențelor interculturale și vârsta/anii de experiență, astfel încât asistenții medicali mai în vârstă, cu o vechime mai mare, tind să se simtă mai calificați. De asemenea, s-a putut observa un trend al corelațiilor negative între auto-conștientizare și vârsta/anii de experiență, astfel încât asistenții medicali mai în vârstă, cu o vechime mai mare, tind să aibă valori mai mici ale auto-conștientizării. Cu toate acestea, aceste corelații sunt de mică magnitudine și nu reprezintă un rezultat semnificativ. Ele sugerează existența unui trend care necesită a fi cercetat în continuare.

Ipoteza 6. Asistentele medicale vor demonstra valori mai mari ale competenței interculturale. Diferențele de gen în valorile observate ale competenței interculturale nu au relevat diferențe semnificative ($F(5, 659) = 1.95$, $p = .085$, $\eta^2 = .015$). A fost găsită o diferență între femei și bărbați în ce privește valorile observate ale cunoașterii. Asistenții medicali de sex masculin și-au perceput cunoștințele interculturale la valori mai ridicate decât corespondentele lor de sex feminin. Aceste rezultate trebuie interpretate cu precauție, datorită non-semnificației MANOVA.

Ipoteza 7. Etnia și locul nașterii se vor corela cu valorile competenței interculturale a asistenților medicali. Percepția legată de cunoașterea interculturală, aptitudini și auto-conștientizarea a fost mai mare în rândul asistenților medicali non-evrei (musulmani, creștini și druzi) decât în rândul asistenților medicali evrei. Nu au fost găsite diferențe etnice pentru nivelul de confort și conștientizarea diferențelor culturale.

Diferențele dintre valorile observate ale competenței interculturale au fost analizate și în funcție de locul de naștere: au fost descoperite diferențe semnificative privind locul de naștere ($F(5, 633) = 4.31, p < .001, \eta^2 = .033$). Conștiința de sine a fost mai mare în rândul asistenților medicali născuți în Israel decât în rândul asistenților medicali născuți în afara Israelului. Nu s-au găsit alte diferențe.

Examinarea interacțiunii dintre etnie (evreu / non-evreu) și locul nașterii (Israel / în afara Israelului) a arătat existența unei auto-conștientizări mai mari în rândul asistenților medicali non-evrei ($M = 3.81, SD = 0.84, n = 195$) și asistenților medicali evrei născuți în Israel ($M = 3.69, SD = 1.02, n = 239$) decât în rândul asistenților medicali evrei născuți în afara Israelului ($M = 3.41, SD = 0.94, n = 186$) ($F(2, 617) = 9.22, p < .001, \eta^2 = .029$).

În plus, au fost găsite diferențe între valorile observate ale competenței interculturale în funcție de **limba maternă** (ebraică vs. alte limbi) care au fost semnificative pentru cunoaștere ($F(1, 641) = 6.93, p = .009, \eta^2 = .001$), ceea ce arată că asistenții medicali a căror limbă maternă nu a fost ebraica au simțit că dețin mai multe cunoștințe ($M = 3.08, SD = 0.62$) decât asistenții medicali a căror limbă maternă era ebraica ($M = 2.95, SD = 0.64$). Nu au fost identificate alte diferențe în ceea ce privește limba maternă. În cele din urmă, au fost examinate diferențele între valorile observate ale competenței interculturale în funcție de existența unei **rude de familie provenită dintr-un mediu cultural diferit**, constatându-se că ele sunt ne-semnificative ($F(5, 650) = 1.43, p = .211, \eta^2 = .011$).

Ipoteza 8. Asistenții medicali din spitale vor recunoaște importanța nevoii de educație în domeniul nursingului transcultural. Cei mai mulți asistenți medicali au răspuns pozitiv la întrebarea privind nevoia de pregătire specială în sfera competenței interculturale. Valoarea medie a răspunsurilor la această întrebare a fost de 4,14 (scara 1-5), ($SD = 0,87, n = 637$). În concluzie, 80% din asistenții medicali percep

importanța unei asemenea instruirii. Valorile observate ale importanței instruirii în sfera competenței interculturale s-au dovedit a fi, în cea mai mare parte, legate de conștientizarea diferențelor culturale și de auto-conștientizare, astfel încât cu cât e mai mare conștientizarea, cu atât e mai mare importanța atribuită instruirii în sfera competenței interculturale, și vice-versa. Cunoștințele, aptitudinile și nivelul de confort sunt corelate pozitiv cu importanța atribuită instruirii în sfera competenței interculturale, deși amploarea acestor corelații este mai mică. Totuși, tendința generală este ca un nivel mai ridicat al valorilor observate în cazul cunoștințelor, abilităților și nivelului de confort să fie corelat cu percepția unei mai mari nevoi de instruire în sfera competenței interculturale.

Ipoteza 9. Încrederea asistenților medicali că furnizează o îngrijire adecvată din punct de vedere cultural se va corela cu o serie de factori socio-demografici. Nivelul de încredere al asistenților în furnizarea unei îngrijiri adecvate din punct de vedere cultural a fost corelat cu valorile observate ale competențelor lor interculturale. S-au găsit corelații pozitive și semnificative moderate între nivelul de încredere al asistenților medicali și valorile observate ale competenței lor interculturale. Cu alte cuvinte, cu cât valorile observate ale competenței lor interculturale sunt mai ridicate, cu atât au o mai mare încredere că furnizează o îngrijire competentă din punct de vedere cultural.

Nu au fost găsite corelații între încrederea asistenților medicali că furnizează o îngrijire adecvată din punct de vedere cultural și **îngrijirea pacienților proveniți din medii culturale diferite** (Spearman $r = .08$), sau îndeplinirea diferitelor grupuri culturale la locul de muncă (Spearman $r = .08$). Cu alte cuvinte, sentimentul de încredere în competența interculturală este independent de frecvența reală a întâlnirilor cu pacienți din medii culturale diferite.

O relație marginal semnificativă a fost găsită între încrederea asistenților medicali în furnizarea de servicii medicale adecvate din punct de vedere cultural și **participarea la un curs de nursing multicultural** $\chi^2(2)=5.23, p = .073$.

Nu au fost găsite corelații între încrederea asistenți medicali în furnizarea unei îngrijiri adecvate din punct de vedere cultural și **nivelul lor de educație** $\chi^2(4)=1.38, p = .848$.

O diferență marginal semnificativă a fost găsită între încrederea asistenților medicali că pot furniza o îngrijire adecvată din punct de vedere cultural și **domeniul lor de practică** $\chi^2(10)=17.20, p =.070$.

Într-o anumită măsură, asistenții medicali care lucrează în secțiile de interne, chirurgie și obstetrică prezentau tendința de a alege categoria “foarte mult” mai frecvent decât asistenții medicali care lucrează în serviciile de ambulatoriu (aproximativ 33% vs 21%). Asistenții care lucrează în serviciile de ambulatoriu au prezentat tendința de a alege categoria “deloc/ puțin” mai frecvent decât asistenții medicali care lucrează în secțiile de interne, chirurgie și obstetrică (34% vs 14%).

Variabilele demografice, vârsta, anii de experiență în nursing și anii de experiență în cadrul departamentului nu s-au corelat semnificativ cu încrederea în furnizarea de îngrijire adecvată din punct de vedere cultural ($r =.04, .02$ și respectiv $.03$). Nu au fost identificate nici diferențe de gen ($\chi^2(2)=1.09, p =.580$).

S-au găsit diferențe semnificative în ce privește nivelul încrederii asistenților medicali în funcție de **etnia/ religia** $\chi^2(2)=7.32, p =.026$ acestora. Ca și mai sus, asistenții medicali non-evrei au raportat niveluri mai mari de încredere în furnizarea de îngrijire competentă din punct de vedere cultural. Asistenții medicali non-evrei au avut tendința de a alege categoria “mult” mai frecvent decât asistenții medicali evrei (36% vs 26%), în timp ce asistenții medicali evrei au avut tendința de a alege categoria “deloc/ puțin” mai frecvent decât asistenții medicali non-evrei (19% vs 13%).

Nici o diferență nu a fost raportată în ce privește încrederea asistenților medicali în furnizarea de îngrijire competentă din punct de vedere cultural în funcție de **locul de naștere** $\chi^2(2)=3.83, p =.148$.

În cele din urmă, o corelație mică, dar semnificativă a fost găsită între valorile observate ale importanței pe care asistenții medicali o acordă **instruirii în problemele transculturale** și nivelul lor de încredere în furnizarea de îngrijire adecvată din punct de vedere cultural (Spearman $r =.10, p =.017$). Cu alte cuvinte, asistenții medicali care tindeau să atribuie o importanță mai mare formării în sfera competențelor interculturale au prezentat tendința de a fi mai încrezători în capacitatea lor de a oferi îngrijire adecvată din punct de vedere cultural.

Rezultatele cercetării calitative

Constatările calitative elaborate pe baza interviurilor sunt prezentate aici. Analiza de conținut a fost efectuată pe toate interviurile; trei categorii principale au fost identificate și precizate pe baza ei. Acestea sunt problemele care reapărut, în mod constant, în toate interviurile. Fiecare categorie principală și sub-categoriile cuprinse în aceasta vor fi descrise aici:

Prima categorie principală este: “expunerea la pacienți diverși. Așa cum s-a arătat mai sus, asistenții medicali din Israel sunt expuși la o mare varietate de pacienți. Încercând să cunoască pacienții și caracteristicile lor culturale, obiceiurile și credințele acestora, asistenții medicali își îmbunătățesc abilitățile de îngrijire și li se dezvoltă conștientizarea, deschiderea, flexibilitatea și creativitatea. Ei trec prin experiențe culturale speciale, și recurg la diverse metode de rezolvare a situațiilor. Această categorie urmărește să răspundă la întrebarea de cercetare numărul 2.

Cea de-a doua categorie principală este: “obstacole apărute în perioada îngrijirii unor pacienți din medii culturale diverse”. Se pare că asistenții medicali se confruntă cu numeroase obstacole atunci când îngrijesc pacienți din diverse medii culturale. Principalele obstacole sunt legate de limbă și de neînțelegerea culturii. În ambele cazuri, aceste obstacole se pot dovedi a fi destul de frustrante pentru asistenții medicali, și necesită găsirea unor modalități de a le face față. Alte obstacole survin datorită rutinei copleșitoare din organizație, spital și/sau secție, care se pot raporta uneori cu lipsă de sensibilitate la anumiți pacienți. Ele survin și datorită stigmatelor, prejudecăților și chiar discriminării manifestate încă de unii asistenți. Am considerat că aceste aspecte reprezintă obstacole. Trei niveluri de dificultate au fost identificate în obstacolele interculturale; la nivel de pacienți, am găsit problema violenței, infecțiilor și plângerilor pacienților împotriva discriminării. În ceea ce privește nivelul cultural, am găsit elemente de jale și tristețe, simboluri religioase și, uneori, chiar originea culturală a pacientului, iar la nivelul asistenților medicali, am identificat dificultatea lor de a face față lipsei de cunoștințe, neputința lor și marele respect acordat pacienților în etate foarte religioși, în special dacă aceștia aparțin aceleiași religii ca și asistentul. Această categorie urmărește să răspundă la întrebarea de cercetare numărul 1.

Cea de-a treia categorie principală este “dorința asistenților de a participa la cursuri despre transculturalism”. Cei intervievați au detaliat problemele și subiectele despre care ar dori să învețe într-un program de educație transculturală. Cei mai mulți asistenți medicali au menționat că doresc să învețe despre diferitele culturi din care provin pacienții lor, despre caracteristicile, obiceiurile și credințele legate de sănătate ale acestora. În plus, asistenții medicali care lucrează în diferite secții au fost interesați în domenii specifice de cunoaștere, de exemplu, expresiile utilizate în legătură cu anumite organe, lumea experiențială a adolescenților arabi și lucrurile care, în concepția pacienților, aduc binecuvântări și duc la îmbunătățirea sănătății. Această categorie are drept scop să răspundă la întrebarea de cercetare numărul 4.

Asistenții medicali intervievați au fost întrebați cu privire la *importanța “ajustării” tratamentului aplicat pacienților în funcție de originea lor culturală*. Expunerea la diferite culturi le permite asistenților medicali să se familiarizeze cu caracteristicile culturale, obiceiurile și credințele acestora. De asemenea, le îmbunătățește abilitățile de îngrijire și posibilitatea de a ajusta tratamentul în funcție de pacient. Această expunere le permite să experimenteze și să studieze fenomenele unor culturi diferite. În plus, se pare că asistenților medicali li se dezvoltă conștientizarea, deschiderea și flexibilitatea de abordare a sănătății pacienților în funcție de mediul lor cultural. Asistenții medicali au o mai mare capacitate de a face față și de a rezolva orice probleme care pot apărea. Unul dintre intervievați a declarat: “Este important să descoperi.... convingerile pacientului în scopul de a-i consolida abilitățile” (I#1).

Asistenții medicali intervievați au menționat că parametrii care i-au ajutat să își îmbunătățească abilitățile de a adapta tratamentul în funcție de pacienți sunt: *expunerea* masivă la pacienții din medii culturale diverse; aceasta le poate dezvolta capacitatea de a conștientiza detalii mici, dar importante. Alți parametri importanți sunt *deschiderea* și acceptarea unor moduri diferite de gândire, și *flexibilitatea*, în funcție de situație. *Sensibilitatea culturală* și flexibilitatea sunt de o importanță majoră. În ciuda acestui fapt, asistenții medicali trebuie să ia în considerare rutina spitalicească și, regulamentele, uneori rigide, precum și prioritățile de tratament.

Asistenții medicali au fost, de asemenea, întrebați *dacă se consideră competenți în a oferi îngrijire medicală adecvată pacienților din medii culturale diverse*. În ciuda efortului depus pentru a deveni conștienți, deschiși, flexibili și creativi, asistenții

medicali intervievați au menționat mai multe obstacole cu care se confruntă atunci când acordă îngrijire medicală unor pacienții proveniți din contexte culturale diferite de ale lor. Principalele obstacole au fost barierele lingvistice și neînțelegerile culturale, ambele încheindu-se cu un sentiment de frustrare. Alte obstacole au apărut ca urmare a normelor și reglementărilor din spitale și secții, care impuneau o rutină resimțită de unii dintre asistenții medicali ca fiind insensibilă față de unele dintre credințele și obiceiurile specifice unor alte medii culturale.

Bariera lingvistică este un obstacol care a fost menționat de cei mai mulți asistenți medicali. Atunci când un asistent medical nu poate comunica bine cu pacientul, relațiile lor s-ar putea situa la un nivel mai scăzut de comunicare, orientare și chiar de încredere. De asemenea, intervievații au sugerat că barierele lingvistice sunt frustrante, făcându-i să simtă că nu au acordat pacienților lor cea mai bună îngrijire comparativ cu pacienții vorbitori de limba ebraică. Cei mai mulți asistenți medicali au menționat că nu au beneficiat de traducători profesioniști și ca a fost nevoie să găsească modalități creative de comunicare cu pacienții lor.

Asistentul medical trebuie să fie familiarizat cu **cultura** pacienților pentru a fi în măsură să le ofere acestora un tratament adecvat și optim în funcție de nevoile lor. Neînțelegerea caracteristicilor culturale poate deveni frustrantă și se poate transforma chiar într-un obstacol în calea furnizării de îngrijirea medicală adecvată. Din cauza diferențelor culturale, există dificultăți cu care se confruntă asistenți medicali. Aceste dificultăți pot fi înrădăcinate în cultură, în pacient sau în asistentul însuși. Obstacolele pot apărea, de asemenea, din cauza normelor și reglementărilor stabilite de organizație.

Unele dintre dificultățile cu care se confruntă asistenții medicali decurg din parametrii relaționați cu **pacienții** acestora. Ar putea fi vorba de un comportament violent, sau de lipsa lor de deschidere față de contextul cultural al asistenților medicali. Ar putea fi, de asemenea, vorba de teama asistentului de a fi infectat în timp ce tratează pacientul. O mare dificultate apare în cazul acuzațiilor de discriminare lansate de pacienți, chiar dacă se încearcă să li se ofere cel mai bun tratament.

Dificultățile își pot avea sorginea în **asistenții medicali**, în marele respect pe care aceștia îl acordă pacienților în etate foarte religioși, în special dacă ei aparțin aceleiași

religii ca și asistenții, împiedicându-i practic pe asistenți să abordeze și să trateze acești pacienți. Există, de asemenea, teama de a nu cunoaște problema îndeajuns și de deveni neajutorați în absența unor răspunsuri. Există și asistenți medicali capabili de a-i stigmatiza pe ceilalți, de a emite prejudecăți și chiar de a discrimina. Sunt numeroși factorii cu care se confruntă cei care lucrează într-un mediu divers ce i-ar putea împiedica pe asistenții medicali să se considere competenți din punct de vedere cultural. Considerăm că educația și formarea culturală au o mare importanță în sporirea competențelor interculturale ale asistenților medicali, pentru a-i ajuta să facă față numeroaselor dificultăți și să elimine percepțiile negative.

Am dorit să evaluăm *dacă asistenții medicali din spitale recunosc nevoia de educație în domeniul nursingului transcultural*. În interviuri, asistenții medicali nu au fost întrebați doar dacă ar dori să participe la un curs de nursing transcultural. Ei au fost, de asemenea, întrebați despre ce aspecte ar dori să învețe într-un astfel de curs: probleme care i-ar putea ajuta să acorde îngrijire medicală unor pacienți din diverse culturi sau probleme pe le-au întâmpinat deja și despre care ar dori să știe mai mult, pentru a putea proceda mai bine data viitoare.

Răspunsurile lor reflectă nevoile lor diferite și se concentrează pe diferitele secții în care au lucrat. Asistenții medicali intervievați și-au exprimat dorința de a participa la cursuri de nursing transcultural. Cei mai mulți dintre ei au spus că doresc să afle mai multe despre culturi diferite și obiceiuri diferite. În plus, am constatat că au existat nevoi educaționale speciale pentru asistenții medicali, în funcție de secția în care lucrau.

Interviurile ne-au permis să examinăm experiența asistenților medicali, să aflăm modul în care ei văd și își descriu mediul de lucru și să descoperim semnificația pe care o acordă acestuia. Am constatat că există asistenți medicali care au demonstrat că posedă capacitatea de conștientizare și sensibilitate, în timp ce alții tind să dezvolte o gândire stigmatizantă. Cea mai importantă impresie apărută în timpul interviurilor este că există numeroase obstacole cu care se confruntă asistenții medicali atunci când tratează pacienți din medii culturale diferite. Noi credem că educația transculturală ar putea ajuta asistenții medicali să facă față provocărilor cu care se confruntă în spital.

Capitolul 4: Discuții

Scopul acestui studiu a fost acela de a evalua valorile observate ale competenței interculturale la asistenții medicali din spitalele israeliene și de a identifica factorii socio-demografici care influențează competența lor interculturală; de a evalua importanța pe care asistenții medicali o atribuie “ajustării” tratamentului în funcție de convingerile culturale ale pacienților; și de a evalua importanța pe care ei o atribuie educației transculturale. Constatările cantitative și cele calitative vor fi discutate împreună.

Relația dintre factorii demografici și valorile observate ale conștientizării diversității culturale, cunoștințelor, aptitudinilor, întâlnirilor/situațiilor și competenței la asistenții medicali este discutată aici.

Ipoteza 1. Competența interculturală se îmbunătățește pe măsura acumulării de experiență în îngrijirea pacienților din diverse culturi. Întâlnirile cu pacienți din medii culturale diverse sunt esențiale pentru dezvoltarea competențelor interculturale (Campinha-Bacote, 2003; Leininger și McFarland, 2006, Jeffreys și Dogan, 2013). În mai multe studii anterioare (Doorenbos și Schim, 2004; Schim et al., 2005; Schim, Doorenbos, și Borse, 2006a; Schim et al., 2006b; Starr, 2008) nu a fost găsită nici o corelație semnificativă între numărul de grupuri etnice întâlnite în practică și valorile observate ale competenței interculturale la asistenții medicali. Cu toate acestea, Benkert et al. (2005) au constatat că sentiment de confort al asistenților medicali în prezența unor pacienți din culturi diferite de a lor sunt predictorii semnificativi ai competenței interculturale a asistenților medicali. Alexander (1996) a realizat că expunerea la pacienți proveniți din medii culturale diverse crește sentimentul de competență interculturală a asistenților medicali. Findley (2008) a găsit o corelație semnificativă ($p = 0,001$) între nivelul de interacțiune cu pacienții din medii culturale diferite și competența interculturală a asistenților medicali. Wilbur (2008) a constatat că întâlnirile culturale cu pacienții din medii culturale diferite sunt indicatori, slabi, e adevărat, ai competenței interculturale a asistenților medicali.

În această cercetare am confirmat faptul că asistenții medicali israelieni întâlnesc și îngrijesc pacienți din diverse medii culturale. La toate componentele competenței interculturale, și anume cunoștințe, abilități, nivelul de confort și conștientizarea

diferențelor interculturale, valorile observate ale competenței au fost mai mari în rândul asistenților medicali care au acordat mai frecvent îngrijiri pacienților din medii culturale diferite. Această expunere la culturi diferite le permite asistenților medicali să se familiarizeze cu caracteristicile culturale, obiceiurile și credințele pacienților. Intervievații au menționat că: “putem vedea modul lor de viață, îmbrăcămintea lor tradițională. Este o parte din ceea ce vedem în fiecare zi, este o parte a mediului nostru” (I#3). Analiza de conținut a arătat că munca cu o varietate de pacienți din diverse medii culturale dezvoltă capacitatea de conștientizare, deschidere și sensibilitate în rândul asistenților medicali.

Alexander (1996) a găsit rezultate semnificative în ceea ce privește **participarea la cursuri despre diversitatea culturală**, și același lucru a fost descoperit de către Koempel (2003), care a identificat tendința celor care nu au urmat cursuri despre diversitatea culturală ($P = 0.003$) de a avea valori mai mici ale competenței interculturale comparativ cu cei care au urmat două sau mai multe cursuri ($P = 0.02$). Atât Findley (2008) cât și Starr (2008) au găsit o corelație pozitivă semnificativă între numărul de cursuri despre diversitate urmate și competența interculturală a asistenților medicali. La fel au făcut și Schim et al. (2005), Ume-Nwagbo (2008) și Prescott-Clements, Schuwirth, van der Vleuten, Hurst, Whelan, G., et al., (2013).

Ipoteza 2. Participarea la cursuri despre transculturalism îmbunătățește competența interculturală. Am găsit diferențe semnificative în cazul participării la un curs de nursing multicultural în ceea ce privește cunoștințele, abilitățile și nivelul de confort; toate acestea au fost percepute ca fiind mai ridicate în rândul asistenților medicali care au participat la un curs de nursing multicultural decât în rândul asistenților medicali care nu au frecventat un astfel de curs. Findley (2008) și Starr (2008) au constatat că asistenții medicali demonstrează valori ale competenței interculturale care cresc o dată cu numărul de cursuri despre diversitate urmate.

Ipoteza 3. Nivelul de educație al asistenților medicali se corelează cu percepția lor despre propria competență interculturală. Alexander (1996), Braithwaite (2006), Findley (2008) și Schim et al. (2005) au găsit o corelație statistic semnificativă între competența interculturală și nivelul de educație - bacalaureat, studii postliceale, diplome de licență și studii de masterat. Singura constatare statistic semnificativă pe care am identificat-o a fost aceea că gradul de conștientizare a diversității culturale a

fost mai mare în rândul asistenților medicali cu studii academice decât în rândul simplilor asistenți medicali înregistrați.

Ipoteza 4. Competențele interculturale pot fi corelate cu domeniul de practică al asistenților medicali. Diferențe semnificative au fost descoperite pentru domeniul de practică. Valorile observate ale cunoștințelor au fost mai ridicate în secțiile de interne și chirurgie decât în cele de obstetrică, iar valorile observate ale abilităților au fost mai mari în secțiile de pediatrie și ambulatorii decât în camerele de urgență. Valorile mai mari ale cunoștințelor din secțiile de interne și chirurgie pot fi atribuite perioadei mai lungi de spitalizare din acele secții, comparativ cu unitățile de obstetrică. Valorile mai mari ale abilităților din secțiile de pediatrie pot fi explicate în același mod. Valorile mai mari din ambulator comparativ cu ER pot fi explicate prin faptul ca pacienții care vin la serviciul ambulatoriu au o întâlnire programată și asistenții medicali din ambulator petrec mai mult timp comunicând cu aceștia decât asistenții din ER, care sunt ocupați cu situații de urgență.

Ipoteza 5. Asistenții medicali mai în vârstă și mai experimentați vor demonstra o mai mare competență interculturală. Braithwaite (2006), Koempel (2003), Lal (2010), McCoy (2005), Schim et al. (2005) și Wilbur (2008) nu au găsit o corelație între **vârstă** și competența interculturală. Am identificat o tendință de corelații pozitive între valorile observate ale competențelor interculturale și vârsta/anii de experiență, astfel încât asistenții medicali cu o mai mare vechime și mai în vârstă tind să se simtă mai calificați.

Ipoteza 6. Asistentele medicale vor demonstra valori mai mari ale competenței interculturale decât corespondenții lor masculini. Nursingul este în primul rând o profesie asociată sexului feminin, în majoritatea studiilor neexistând suficienți asistenți medicali de sex masculin. În studiile din discipline conexe în care jumătate dintre participanți au fost femei, iar cealaltă jumătate au fost bărbați, s-a descoperit o diferență între sexe ($P < .001$), femeile dovedindu-se a fi mai competente intercultural decât bărbații (Marra et al., 2010; Whitehead, 2003). În cercetarea noastră, 15% dintre participanți au fost asistenți medicali de sex masculin și rezultatele au arătat valori observate mai mari la toate componentele competenței interculturale cu excepția auto-conștientizării, în rândul sexului masculin, deși corelația a fost slabă.

Ipoteza 7. Etnia și locul nașterii se vor corela cu valorile competenței interculturale a asistenților medicali. Whitehead (2003) și Marra et al. (2010) au constatat diferențe între **rase/etnii**. Ne-am raportat la religie ca etnie, din cauza diferențelor culturale între diferitele religii. Am identificat diferențe etnice semnificative pentru majoritatea componentelor competenței interculturale; percepția legată de cunoașterea interculturală, abilități și auto-conștientizare a avut valori mai ridicate în rândul asistenților medicali non-evrei (musulmani, creștini și druzi) decât în rândul asistenților medicali evrei. Aceste diferențe ar putea fi determinate de experiența asistenților medicali de a face parte dintr-o minoritate.

Ipoteza 8. Asistenți medicali din spitale vor recunoaște importanța nevoii de educație în domeniul nursingului transcultural. Berlin (2010), Lal (2010), Sealey (2003) și Yellon (2012) au constatat dorința asistenților medicali de a afla mai multe și de a-și spori capacitatea de a oferi o îngrijire medicală mai potrivit pacienților lor. Același lucru a fost constatat de către Sealey (2003) și Berlin (2010). Am realizat că cei mai mulți asistenți medicali au răspuns pozitiv la întrebarea privind nevoia de pregătire specială în sfera competenței interculturale. Valoarea medie a răspunsurilor la această întrebare a fost de 4,14 (scara 1-5), în general, 80% din asistenți medicali realizând importanța unei asemenea formări. De asemenea, am constatat că cei care au acordat importanță instruirii în domeniul nursingului transcultural și competenței interculturale aveau valori mai ridicate ale percepției despre gradul său de conștientizare culturală, auto-conștientizare, cunoștințe culturale, abilități și nivelul de confort.

Ipoteza 9. Încrederea asistenților că furnizează îngrijire adecvată din punct de vedere cultural va fi corelată cu o serie de factori socio-demografici. Wilbur (2008) a constatat că propria percepție asupra nivelului de competență interculturală reprezintă cel mai bun predictor ale competenței interculturale în rândul asistenților medicali. Alexander (1996), dar și Bernal Froman (1993) au descoperit rezultate similare. Am identificat corelații moderat pozitive și semnificative între nivelul de încredere al asistenților medicali și valorile observate ale propriei lor competențe interculturale. Cu alte cuvinte, cu cât e mai mare încrederea lor în furnizarea unei îngrijiri competente din punct de vedere cultural, cu atât mai mari sunt valorile observate de ei la toate componentele competenței interculturale (cunoștințe, abilități, nivelul de

confort, conștientizarea diferențelor culturale și auto-conștientizarea). Nu au fost găsite corelații între încrederea asistenților medicali în capacitatea lor de a furniza o îngrijire adecvată din punct de vedere cultural și îngrijirea pacienților din medii culturale diferite.

S-a descoperit o corelație marginal semnificativă ($p = 0.073$) între încrederea asistenților medicali că pot furniza îngrijire competentă din punct de vedere cultural și participarea lor la un curs de nursing transcultural. Nu au fost găsite corelații între încrederea asistenților medicali că pot furniza îngrijire competentă din punct de vedere cultural și nivelul lor de educație ($p = 0.848$). O diferență marginal semnificativă a fost găsită la nivelul încrederii asistenților medicali că pot furniza îngrijire competentă din punct de vedere cultural în funcție de domeniul lor de practică. O diferență semnificativă a fost găsită la nivelul încrederii asistenților medicali că pot furniza îngrijire competentă din punct de vedere cultural în funcție de religia lor. Asistenții medicali non-evrei au raportat niveluri mai mari de încredere în capacitatea lor de a furniza îngrijire competentă din punct de vedere cultural. S-a demonstrat că încrederea este legată de percepția asistenților medicali asupra componentelor competenței interculturale, o posibilă explicație fiind aceea că cei care se simt încrezători în a trata pacienți de altă origine culturală decât cea proprie beneficiază de mai niveluri mai ridicate de cunoștințe, abilități, nivel de confort, conștientizare a diferențelor culturale, precum și auto-conștientizare. Valorile observate ale cunoștințelor, abilităților și auto-conștientizării erau mai ridicate la asistenții medicali non-evrei. Valorile observate mai mari în cazul acestor factori pot contribui la sentimentul lor de încredere că pot oferi îngrijire medicală unor pacienți din medii culturale diverse. Și importanța pe care asistenții medicali o acordă educației în domeniul nursingului transcultural și nivelul lor de încredere că pot furniza îngrijire adecvată din punct de vedere cultural s-au dovedit a fi semnificative. Această constatare poate fi explicată prin faptul că acești asistenți medicali sunt mai conștienți de diferențele culturale și de unicitatea fiecărei culturi, dorind, prin urmare, să învețe și să știe mai multe.

Surprinzător, nu au fost găsite relații între încrederea asistenților medicali în capacitatea lor de a furniza îngrijire adecvată din punct de vedere cultural și îngrijirea pacienților din medii culturale diferite. Am presupus că astfel de corelații există. Era

de așteptat, de asemenea, să găsim corelații între nivelul de educație și nivelul de încredere, dar în acest caz, absența unei corelații se poate datora lipsei de educație transculturală la nivelul studiilor avansate din Israel.

Ipoteza 10. Competența interculturală a asistenților medicali israelieni va avea valori scăzute din cauza absenței educației transculturale sau va avea valori ridicate din cauza expunerii la o populație de pacienți foarte diversă.

Asistenții medicali care au participat la acest studiu și-au auto-evaluat competența interculturală de la un minim de 1.89 la un maxim de 4,98, valoarea medie fiind de 3.4190 (scara 1-5). Cu alte cuvinte, majoritatea asistenților medicali din spitalele israeliene se simt doar parțial competenți pentru a oferi îngrijire adecvată din punct de vedere cultural pacienților lor din culturi diferite. În studiul lui Sealey (2003), media indicelui global al competenței interculturale, a fost de 3,73 (scara 1-5). Această valoare este puțin mai mare decât cea găsită de noi, dar se subliniază faptul că în aceste două studii au fost folosite două instrumente diferite. În studiul lor pilot efectuat în Cipru, Vasiliou, Kouta și Raftopoulos (2013) au găsit doar un anumit grad de conștientizare culturală la asistenții medicali comunitari cercetați. Ei au recurs la un alt instrument (CCATool), care utilizează o scară de: conștientizare a diferențelor culturale (nivel inferior), sensibilitate culturală, și profesioniști cu competență interculturală (nivelul superior).

Valoarea medie a conștientizării diferențelor culturale s-a dovedit a fi destul de ridicată (media = 4, scara 1-5). Valorile medii pentru nivelurile de auto-conștientizare și confort au fost ceva mai mici, dar au fost situate totuși deasupra mijlocului scalei (media = 3,55, respectiv 3,61, scara 1-5). Valoarea medie pentru aptitudinile culturale a fost chiar mai mică (media = 3,33, scara 1-5), iar media pentru valorile observate la cunoștințele culturale este mai scăzută decât toate celelalte (media = 3,02, scara 1-5), marcând centrul scalei. Cu alte cuvinte, asistenții medicali din spitalele israeliene sunt foarte conștienți de problemele culturale, dar se simt mai puțin informați și instruiți pentru a trata pacienții din culturi diferite. Starr (2008) a constatat rezultate similare ca în cazul asistenților medicali din cercetarea noastră, identificând valori moderat ridicate în ce privește conștientizarea diferențelor culturale și moderate în privința abilităților și competențelor interculturale de ansamblu. Rezultate similare au fost

găsite, de asemenea, în studiul lui Doorenbos și Schim (2004), în studiul lui Schim et al. (2005) și în studiul lui Schim, Doorenbos și Borse (2006b).

Constatările cantitative, precum și constatările care decurg din secțiunea calitativă a acestei cercetări arată o lipsă a competenței interculturale în rândul asistenților medicali, rezultate similare fiind obținute de Berlin (2010), în cercetarea sa prin metode mixte.

Importanța pe care asistenții medicali o atribuie “ajustării” tratamentului aplicat pacienților în funcție de originea lor culturală. Cei intervievați au subliniat lipsa cunoașterii interculturale; au fost îngrijorați de absența acestor cunoștințe și au insistat destul de mult asupra a ceea ce ei cred că e important să studieze despre alte culturi. Cererile lor arată că există o mare lipsă de cunoștințe de acest tip la nivelul asistenților medicali din spitalele israeliene. Ele arată, de asemenea, dorința sau disponibilitatea asistenților medicali de a învăța și de a ști mai multe în ceea ce-i privește pe pacienții din medii culturale diferite, în scopul de a îmbunătăți calitatea îngrijirii medicale pe care o acordă. Aceleași rezultate au fost găsite în studiul lui Lal (2010), în care ea susține că majoritatea asistenților medicali participanți au indicat că doresc să afle mai multe despre viziunea asupra lumii a altor culturi pentru a ști cum să ofere o mai bună îngrijire pentru diverșilor lor pacienți. Evident, este imposibil să știi totul despre fiecare cultură; totuși, este important să afli principalele probleme culturale (Dunn, 2002). Asistenții consideră că “ajustarea” tratamentului la diverșii lor pacienți este de o mare importanță atât pentru starea de bine a pacienților cât și pentru sentimentul de confort al asistenților medicali, precum și pentru sentimentul că ei acordă îngrijire de calitate în condiții de siguranță.

Predicția legată de percepția asupra propriei competențe interculturale

Am încercat să dezvoltăm un model predictiv legat de percepția asupra propriei competențe interculturale.

În acest scop, a fost definită o variabilă sumativă, care include toate dimensiunile competenței interculturale așa cum este ea percepută: cunoștințe, abilități, nivelul de confort, conștientizarea diferențelor culturale și auto-conștientizarea. Regresia a fost realizată ca o regresie ierarhică, cu variabilele demografice înscrise la pasul 1 și cu variabilele legate de nursing introduse la pasul 2. Rezultatele regresiei arată că 23%

din varianță per totalul valorilor observate ale competenței interculturale este prezisă de variabilele cercetării. Anii de experiență în nursing reprezintă singura variabilă demografică ce prezice semnificativ valorile observate per ansamblu ale competenței interculturale: asistenții medicali cu o vechime mai mare în profesie tind să simtă că au o mai mare competență interculturală. Variabilele legate de nursing care prezic semnificativ valorile observate per ansamblu ale competenței interculturale sunt: participarea la un curs de nursing multicultural, întâlnirea unor diferite grupuri culturale la locul de muncă, îngrijirea unor pacienți din culturi diferite, încrederea că pot acorda o îngrijire competentă din punct de vedere cultural și realizarea importanței unui curs de formare a competenței interculturale. Asistenții medicali care au participat la un curs de nursing multicultural, care au raportat întâlnirea mai frecventă a unor grupuri culturale diferite la locul de muncă și îngrijirea pacienților din diferite culturi, care s-au simțit mai încrezători în capacitatea lor de a furniza servicii de îngrijire competentă din punct de vedere cultural și care au recunoscut importanța instruirii în domeniul competenței interculturale au fost mai înclinați să raporteze valori observate mai ridicate în privința propriei competențe interculturale.

Asistenții medicali din spitalele israeliene întâlnesc și îngrijesc pacienți din diverse medii culturale. Doar aproximativ un sfert din asistenții medicali de spital au participat la cursuri de nursing transcultural. Doar 29% dintre ei au raportat valori observate ridicate în privința competenței interculturale și încrederii că pot furniza asistență medicală pacienților din diverse medii culturale.

Competența interculturală a fost percepută ca fiind mai mare în rândul asistenților medicali care au oferit mai frecvent îngrijire unor pacienți din medii culturale diferite. Asistenții care au avut experiența de a aparține unei minorități, cu alte cuvinte, asistenții medicali non-evrei au fost percepuți ca fiind mai competenți din punct de vedere cultural. Majoritatea asistenților medicali de spital (80%) au perceput importanța educației în domeniul nursingului transcultural și sunt dispuși să participe la astfel de programe educaționale.

Rezultatele studiului pot fi utilizate ca referințe în conceperea, pe viitor, a unor programe educaționale de tip in-service și de îngrijire competentă din punct de vedere cultural, adresate asistenților medicali israelieni, în vederea îmbunătățirii calității asistenței medicale acordate pacienților care aparțin unor populații diverse.

Capitolul 5: Concluzii și implicații

Pentru educație

Așa cum se arată în această cercetare, precum și în alte studii, participarea la cursuri despre probleme transculturale îmbunătățește cunoașterea interculturală a asistenților medicali, abilitățile lor, nivelul lor de confort și competența interculturală per ansamblu. Se recomandă introducerea nursingului transcultural în diferite curricula de nursing, în școlile de nursing și în workshopurile de tip in-service.

Pentru practică

Asistenții medicali care au participat la această cercetare au prezentat numeroase dificultăți și obstacole cu care se confruntă în acordarea de îngrijire medicală unor pacienți proveniți din medii culturale diverse. Se consideră că studierea problemelor transculturale le va oferi asistenților un “set de instrumente” pentru a face față acelor situații, cu scopul de a îmbunătăți calitatea îngrijirii medicale.

Pentru politici

Competența interculturală poate servi drept o strategie de îmbunătățire a accesului la asistența medicală de calitate. Integrarea aspectelor care țin de competența interculturală în politici și proceduri la nivel de secție și de spital ar putea spori conștientizarea aspectelor interculturale, precum și satisfacția și bunăstarea pacienților.

Pentru cercetare

Această cercetare reprezintă un prim pas în dezvoltarea competenței interculturale a asistenților medicali israelieni. Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a extinde domeniul de aplicare al competenței interculturale demonstrate de asistenții medicali și al variabilelor care o influențează.

Rezumat

Asistenții medicali din spitalele israeliene întâlnesc și îngrijesc pacienți din medii culturale diverse. Doar aproximativ un sfert din asistenții medicali de spital au participat la cursuri de nursing transcultural. Doar 29% dintre ei au raportat valori

observate ridicate în privința competenței interculturale și încrederii că pot acorda asistență medicală pacienților din diverse medii culturale.

Competența interculturală a fost percepută ca fiind mai mare în rândul asistenților medicali care au oferit mai frecvent îngrijire unor pacienți din medii culturale diferite. Asistenții care au avut experiența de a aparține unei minorități, cu alte cuvinte, asistenții medicali non-evrei au fost percepuți ca fiind mai competenți din punct de vedere cultural. Majoritatea asistenților medicali de spital (80%) au perceput importanța educației în domeniul nursingului transcultural și sunt dispuși să participe la astfel de programe educaționale.

Rezultatele studiului pot fi utilizate ca referințe în conceperea, pe viitor, a unor programe educaționale de tip in-service și de îngrijire competentă din punct de vedere cultural, adresate asistenților medicali israelieni, în vederea îmbunătățirii calității asistenței medicale acordate pacienților care aparțin unor populații diverse.

Referințe

Agmon–Snir, H., 2008 July. *Calling for Cultural Competence in Health Services in Jerusalem*.

<http://www.commongroundnews.org/article.php?id=25564&lan=he&sid=0&sp=1&isNew=0> (Accessed 19 February 2013)

Alexander, B.H., 1996. *Self-perceived cultural competence of Delaware nurses* ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

American Association of Colleges of Nursing, 2008. *Tool Kit of Resources for Cultural Competent Education for Baccalaureate Nurses*. <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/toolkit.pdf> (Accessed: 22 December 2012).

American Association of Colleges of Nursing, 2010. *Tool Kit for Cultural Competence in Master's and Doctoral Nursing Education*. http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/Cultural_Competency_Toolkit_Grad.pdf (Accessed: 22 December 2012).

Andrews, M.M., and Boyle, J.S., ed. 2008. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia; Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Andrew, S., and Halcomb, E.J., eds., 2009. *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. Oxford; Wiley – Blackwell.

Anionwu, E., Sookhoo, D., and Adams, J., 2012. *Transcultural health care practice: Foundation module*.

http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/foundation
(Accessed: 12 May 2013).

Appleby, J., 1992. Recovering America's Historic Diversity. *Journal of American History*, September Issue, p.430.

Baker, D.W., Hayes, R., and Fortier, J.P., 1998. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish speaking patients. *Medical Care*, 36(10), pp.1461-1470.

Baker, D.W., Parker, R.M., 1996. Use and effectiveness of interpreters in an ER. *Journal of American Medical Association*, 275(10), pp.783-788.

Bandura, A., 1986. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Beilke, J.R., 2005. Whose World Is This? Towards Critical Multicultural Consciousness through Community Engagement. *Multicultural Education*. Spring issue, 12(3).

Ben David, A., 1999. Cultural Sensitive Care. In C. Rabin ed. 1999. *Being Different in Israel: Ethnicity, Gender and Therapy*. Tel Aviv; Ramot - Tel Aviv University. pp.273-282 (Originally in Hebrew).

Ben – Sira, Z., 1991. *Foundations of Sociology (Basics and Processes)*. Jerusalem; The Hebrew University of Jerusalem.

Benkert, R., Tanner, C., Guthrie, B., Oakley, D., Pohl, J., 2005. Cultural competence of nurse practitioner students: A consortium's experience. *Journal of Nursing Education*. 44, pp.225-233

Berlin, A., 2010. *Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children*. Karolinska Institute.

<http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38153/1/thesis.pdf> (Accessed: 29 July 2012)

Berlin, A., Nilsson, G. and Törnkvist, L., 2010. Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12, pp.381-391.

Bernal, H., and Froman, R., 1987. The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 19(4), pp.201-203.

- Bernal, H., and Froman, R., 1993. Influences on the Cultural Self-Efficacy of Community Health Nurses. *Journal of Transcultural Nursing*. 4(2), pp.24-31.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, E., and Ananeh-Firempong II, O., 2003. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, pp.293-302.
- Blachar, Y., 2008. *Inequality of health services in Israel*. The Israeli Medical Association (Originally in Hebrew).
- Bond, M., Krdong-Edgren, N., Jones, M., 2001. Assessment of professional nursing students' knowledge and attitude about patients of diverse cultures. *Journal of Professional Nursing*. 17, pp.305-312
- Borkan, J.M., 2004. Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. *Annals of Family Medicine*, 2: pp.4-6
- Bosher, S.D., and Pharris, M.D., 2009. *Transforming nursing education: The culturally inclusive environment*. New York, NY; Springer
- Brannen, J., 2009. Mixed methods for novice researchers: Reflections and themes. *International Journal of Multiple Research approaches*. 3(1), pp.8-12.
- Brathwaite, A. C., 2005. Evaluation of a cultural competence course. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), pp.361-369.
- Brathwaite, A. C., 2006. Influence of nurse characteristics on the acquisition of cultural competence, *International Journal of Nursing Education Scholarship* 1(3), pp.1-16.
- Bryman, A., 2004. Multimethod Research. In M.S. Lewis-Beck, Bryman, A. and T.F. Liao, eds. 2004. *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods* (Vol. 1). Thousand Oaks, CA, London, New Delhi; SAGE Publications.
- Bryman, A., 2009. *Social Research Methods*. 3rd ed. New York; Oxford university press.
- Burns, N. Grove, K.S., 2001. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, & utilization*. 4rd ed. Philadelphia, London, New York; W.B. Saunders Company.
- Campbell, D.T. and Stanley, J.C., 1963. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago; Rand McNally.
- Campinha-Bacote, J., 1994. Cultural competence in psychiatric mental health nursing: A conceptual model. *Nursing Clinics of North America*, 29(1), pp.8-11.
- Campinha-Bacote, J., 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, pp.203-207.
- Campinha-Bacote, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs* 13(3), p.181-4.

- Campinha-Bacote, J., 2003. Many faces: addressing diversity in health care. *Online J Issues Nurs.* 8(1), p.3.
- Campinha-Bacote, J., 2003a. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care.* Cincinnati, OH: TransculturalC.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J., 2005. *A Biblically based model of cultural competence in the delivery of healthcare services.* Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J., 2007. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The journey continues*, 4th ed. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J., 2009. A Culturally Competent Model of Care for African Americans. *Urologic Nursing*, January-February Issue, 19(1), pp.49-54.
- Campinha-Bacote, J., 2011. *Cultural Assessment Tools.* TransculturalC.A.R.E. Associates. June Issue. <http://www.transculturalcare.net/> (Accessed: 15 March 2012).
- Capell, J., Veenstra, G. and Dean, E., 2007. Cultural Competence in Healthcare: Critical Analysis of the Construct, Its Assessment and Implications. *Journal of Theory Construction & Testing.* 11(1), pp.30-37.
- Chrisman, N., 1998. Faculty infrastructure for cultural competence education. *Journal of Nursing Education*, 37(1), pp.45-47.
- Coffman, M. J., Shellman, J., and Bernal, H., 2004. An integrative review of American nurses' perceived cultural self-efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), pp.180-185.
- Cohen, L., Manion, L. and Morrison, K., 2003. *Research Methods in Education.* 5th ed. London, New York; Routledge Falmer.
- Collins, K.M.T., and O'Cathain, A., 2009. Ten points about mixed methods research to be considered by the novice researcher. *International Journal of Multiple Research approaches.* 3(1), pp.2-7.
- Connelly, L.M., 2009. Mixed Methods Studies. *Med Surg Nursing.* Jan-Feb Issue, 18(1), pp.31-2.
- Crano, W.D., Brewer, M.B., 2002. *Principles and methods of Social Research.* 2nd ed. Mahwah, New Jersey; Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J.W., 2009. *Research design; Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches.* 3rd ed. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore; SAGE Publications.
- Cresswell, J.W., Fetters, M.D., and Ivankova, N.V., 2004. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med.* 2: pp.7-12.

Creswell, J.W., Piano-Clark, V.L., 2007. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., and Hanson, W. E., 2003. Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori and C. Teddlie, eds. 2003. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA, London, New Delhi; SAGE Publications, pp.209–240.

Creswell, J.W. and Tashakkori, A., 2007. Developing publishable mixed methods manuscripts. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), pp.107-111.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. and Isaacs, M., 1989. *Toward a culturally competent system of care: Vol. 1. A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Cross, T., 1998. Services to minority populations: Cultural competence continuum. *Focal Point*, 3(1), pp.1-4.

Dana, R., 1996. Culturally competent assessment practice in the United States. *Journal of Personality Assessment*, 66, pp.472-487.

Davis, P., and Donald, B., 1997. *Multicultural counseling competencies: Assessment, evaluation, education and training, and supervision*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Davis, S. L., and Finney, S. J., 2006. A factor analytic study of the cross-cultural adaptability inventory. *Educational & Psychological Measurement*, 66(2), pp.318-330.

Delbar, V., 1999. From the desert: Transcultural aspects of cancer nursing care in Israel. *Cancer Nursing*, 22(1), pp.45-51.

Denzin, N.K., and Lincoln, Y.S., eds. 1998. *The Landscape of Qualitative Research; Theories and Issues*. Thousand oaks, London, New Delhi; SAGE Publications.

Denzin, N.K., and Lincoln, Y.S., eds. 2000. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand oaks, London, New Delhi; SAGE Publications.

Doorenbos, A. Z., and Schim, S. M., 2004. Cultural competence in hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 21(1), pp.28-32.

Doorenbos, A. Z., Schim, S. M., Benkert, R., and Borse, N. N., 2005. Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument among Healthcare Providers. *Nursing Research*, 54(5), pp.324-331.

Douglas, M.K., Pierce, J.U., Rosenkoetter, M., Callister, L.C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J. et. al. 2009. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: A Request for Comments *J Transcult Nurs*, July issue, 20: pp.257-269.

Doutrich, D. and Storey, M., 2004. Education and practice: Dynamic partnerships for improving cultural competence in public health. *Family Community Health* 4: pp.298-307.

Dowe-Nurse, D.D., 2000. *Assessment of nurses' confidence level when caring for culturally diverse patients*. Unpublished Master dissertation, University of Buffalo, NY. USA

Driessnack, M., Sousa, V.D., Mendes, I.A.C., 2007. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. *Rev Latino-am Enfermagem*, Sept-Oct Issue, 15(5), pp.1046-9.

Dunn, A. 2002. Cultural competence and primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care*, 16(3),p.105-111.

Echeverri M, Brookover C, Kennedy K., 2013. Assessing pharmacy students' self-perception of cultural competence. *J Health Care Poor Underserved*. Feb Issue, 24(1 Suppl):64-92.

Ellington, L., 1998. Multicultural Theorists and the Social Studies. *Social Studies*. 89(20).

Fadiman, A., 2006. *The spirit catches you and you fall down*. New York: Straus and Giroux.

Fawcett, J., 1984. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, XVI, pp.84-87.

Fawcett, J., 1995. *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, 3rd ed. F. A. Davis Company

Felemban, E.M., 2010. Transcultural Competency in the Curricula of Nursing. *Middle East Journal of Nursing*. September edition, 4(2).
<http://www.me-jn.com/archives/Vol4iss2.pdf> (Accessed: 28 October 2013).

Findley, T.E., 2008. *Cultural Competence of nurses at the Hospital Bedside*. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

Fink, A.S., 2000. The Role of the Researcher in the Qualitative Research Process. A Potential Barrier to Archiving Qualitative Data. *Qualitative Social Research*, 1(3),
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000344> (Accessed: 19 February 2013).

Flowers, D. L., 2004. Culturally Competent Nursing Care. *Critical Care Nurse*.24: pp. 48-52.

Fortier, J. P., and Bishop, D., 2004. *Setting the agenda for research on cultural competence in health care*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health and Agency for Healthcare Research and Quality.

French, B. M., 2003. Culturally Competent care: the awareness of self and others. *J Infus Nurs*, 26(4), pp.252-255.

- Gallegos, J. S., 1982. The ethnic competence model for social work education. In B. W. White, ed. *Color in a white society*. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers, pp.1–9.
- Gamzu, R., 2011. Management Circular 7/11: *Cultural and Linguistic Compatibility and Access in the Health System*. The Israeli Ministry of Health.
- Geiger, J.N. and Davidhizar, R.E., 1999. *Transcultural Nursing Assessment & Intervention*. 3rd ed. St. Louis – Missouri; Mosby.
- Giger, J.N., and Davidhizar, R. E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. July edition, *J Transcult Nurs* 13(3), pp.185-188
- Giger, J.N., and Davidhizar, R. E., 2008. *Transcultural nursing: Assessment and intervention*, 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Giger, J.N, Davidhizar, R.E, Purnell, L., Harden, J., Phillips, J., and Strickland, O., 2007. American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), pp.95-102.
- Grant, L.F., 2003. *Developing the cultural competence of registered nurses through nursing education*. Unpublished dissertation. The University of Mississippi.
- Grant, L., and Letzring, T. 2003. Status of cultural competence in nursing education: A literature review. *Journal of Multicultural Nursing and Health*,. 9(2), pp.6-13.
- Griebler, R., 2005. *MPH, CCCTQ - factor analysis*. Migrant-friendly Hospitals' project, internal paper.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S., 1989. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Guba, E.G., and Lincoln, Y.S., 1998. Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, eds. *The Landscape of Qualitative Research; Theories and Issues* Thousand oaks, London, New Delhi; Sage Publications, pp.195-220.
- Hanson, W.E., Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Kelly S. Petska, K.S. and Creswell, J.D., 2005. Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*. 52(2), pp.224-235.
- Haralambos, M. and Holborn, M., 1996. *Sociology: Themes and perspectives*. 4th ed. London: Collins Educational.
- Harper, M.G., 2008. *Evaluation of the Antecedents of Cultural Competence*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, College of Nursing, University of Central Florida Orlando, Florida. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Nursing & Allied Health Source

- Hayward, L.M., and Charrette, A.L., 2012. Integrating cultural competence and core values: An International Service-Learning Model. *Journal of Physical Therapy Education*. Winter issue, 26(1), pp.78-89.
- Helman, C. G., 2000. *Culture, health and illness*. 4th ed. Boston: Butterworth Heinemann.
- Hesse-Biber, S., 2010. Qualitative Approaches of Mixed Methods Practice. *Qualitative Inquiry*. 16(6), pp.455-468.
- Hofstede, G., 1984. *Culture's Consequences*. London: Sage Publications.
- Hughes, K., and Hood, L., 2007. Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), pp.57-62.
- Hunter, J.L., and Krantz, S., 2010. Constructivism in cultural competence education. *Journal of Nursing Education*, 49(4), pp.207-214.
- James, W., 1907. *Pragmatism*. New York: The American Library.
- Janesick, V.J., 2003. The choreography of qualitative research design; Minutes, Improvisations, and Crystallization. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, Eds. *Strategies of Qualitative Inquiry*. 2nd ed. Thousand oaks, London; SAGE Publications, pp. 46-79.
- Jeffreys, M.R., 2000. Development and psychometric evaluation of the Transcultural Self-Efficacy Tool: A synthesis of findings. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), pp.127-136.
- Jeffreys, M.R., 2010. *Teaching Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 2nd ed. New York: Springer.
- Jeffreys, M.R., 2011. *Jeffreys' Cultural Competence and Confidence (CCC) Model*. <http://www.ojccnh.org/project/jeffreys.shtml> (Accessed: 28 October 2013).
- Jeffreys, M.R., and Dogan, E., 2013. Evaluating Cultural Competence in the Clinical Practicum. *Journal of Nursing Education Research*, March/April issue, 34(2), pp.88-94.
- Jeffreys, M. R., and Smolaka, I., 1998. Exploring the factorial composition of the transcultural self-efficacy tool. *International Journal of Nursing Studies*, 35, pp.217-225.
- Jenko, M., and Moffitt, S., 2006. Transcultural Nursing Principles: An Application to Hospice Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 8(3), pp.172-180.
- Jones, M., Bond, M. and Mancini, M., 1998. Developing a culturally competent work force: An opportunity for collaboration. *Journal of Professional Nursing*, 14, pp.280-287.

Johnson, W.J., 2010, Four Basic Metaparadigm Concepts in Nursing. March Issue..http://www.ehow.com/list_6106429_four-basic-metaparadigm-concepts-nursing.html (Accessed: 28 October 2013).

Johnson, R.B., and Onwuegbuzie, A.J., 2004. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, October issue, 33(7), pp. 14-26.

Johnson, R.B., Turner, L.A., 2003. Data collection strategies in mixed methods research. In A. Tashakkori and C. Teddlie, Eds. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage publications, pp. 297-319.

Juntunen, A., 2001. *Professional and lay care in the Tanzanian village of Ilembula*. Oulu University. Oulu Finland, Department of Nursing and Health Administration <http://herkules oulu.fi/isbn9514264312/isbn9514264312.pdf> (Accessed: 28 October 2013).

Kandola, R. and Fullerton, J., 1998. *The diversity mosaic. Diversity in Action: Managing the Mosaic*. 2nd ed. London: Institute of Personnel and Development.

Kardong-Edgren,S., Cason, C.L., Walsh Brennan, A.M., Reifsnider, E., Hummel, F., Mancini, M. and Griffin, C., 2010. Cultural competency of graduating BSN nursing students. *Nursing Education Perspectives*, October issue, 31(5), pp.278-285.

Kelley, C., and Meyers, J., 1987. *CCAI: Cross-Cultural Adaptability Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Kelley, C., and Meyers, J., 1987. *CCAI: Cross-Cultural Adaptability Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Kellner, D., 2000. *Media Culture, Culture studies, identity and politics between the modern and post modern*. London, New York; Routledge.

Kincheloe, J.L, McLaren, P., 2000. Rethinking Critical theory and qualitative research. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, Eds. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand oaks, London, New Delhi; SAGE Publications, pp. 279-313.

Kirmayer, L.J., Rousseau, C., Jarvis, G.E. and Guzder, J., 2008. The Cultural Context of Clinical Assessment. In A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman, M.B. First and M. Maj, eds. *Psychiatry*. 3rd ed. John Wiley & Sons, pp. 54-66.

Kirmayer, L.J., Fung, K., Rousseau,C., Tat Lo, H., Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L., and McKenzie, K. 2011. Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. Canadian Psychiatric Association—Position Paper. *The Canadian Journal of Psfychiatry*, September issue, 57(3), pp.1-16.

Koempel, V., 2003. *Cultural competence of certified nurse practitioner*. Unpublished master thesis, Minnesota State University, Mankato, MN

Krainovich-Miller, B., Yost, J.M., Norman, R.G., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M.L., et. al. 2008. Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency *J Transcult Nurs*, July issue, 19: pp.250-258.

Krajic, K., 2004. *Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCTQ)*. http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences_results_tools/spc_training/SPC_CCTQPRE_EN.pdf (Accessed: 23 June 2012).

Krajic, K., and Straßmayr, C., 2005. *Subproject C Staff training towards cultural competence, Evaluation report*. Migrant - friendly Hospitals. http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences_results_tools/spc_training/SPC_evalreport/SPC_Eval_Report.pdf (Accessed: 23 June 2012).

Krajic, K., Straßmayr, C., Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., and Pelikan, J.M., 2005. Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European 'Migrant-friendly Hospitals' project. *Diversity in Health and Social Care*. 2, pp.279-290.

Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., Brewer, B.B., Burke, R., Chmielewski, L., et al., 2008. Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), pp.539-559.

Kudzma, E., 1999. Culturally competent drug administration. *American Journal of Nursing*, 99(8), pp.46-52.

Lal, A., 2010. *The impact of an educational offering on the cultural competence of acute care registered nurses in an urban Midwest hospital in the United States*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing, University of Wisconsin-Milwaukee. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

Langman, L., 2007. *Critical Theory / Frankfurt School*. Blackwell Encyclopedia of Sociology Online. http://www.sociologyencyclopedia.com/public/tocnode?id=g9781405124331_chunk_g97814051243319_ss1-166 (Accessed: 21 May 20013).

Lavizzo-Mourey, R., 1996. Cultural competence: Essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, 124(10), pp.919-921.

Leddy, S. and Pepper, J. M., 1993. *Conceptual bases of professional nursing*, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Leech, N.L., Onwuegbuzie, A.J., 2010. Guidelines for Conducting and Reporting Mixed Research in the Field of Counseling and Beyond. *Journal of Counseling and Development (JCD)*. Winter Issue, 88(1), pp.61-69.

Leininger, M. M., 1978. *Transcultural Nursing: Theories, Research and Practice*, 2nd ed. New York: John Wiley.

Leininger, M.M. Ed., 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando; Grune & Stratton, Inc.

- Leininger M.M., 1989. Transcultural nursing: quo vadis: (where goeth the field?). *J Transcult Nurs.* Summer issue, 1(1), pp.33–45.
- Leininger, M.M., ed. 1991. *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing.* New York; National League for Nursing Press.
- Leininger, M.M., 1995. Teaching transcultural nursing in undergraduate and graduate programs. *J Transcult Nurs.* Winter issue, 6(2 Suppl), pp.10–26.
- Leininger, M. M., 1997. Overview and reflection of the theory of culture care and the ethnonursing method. *J Transcult. Nurs.* 8(2), pp.32-52.
- Leininger, M.M., 1999. What is transcultural nursing and culturally competent care? *J Transcult Nurs.* 10(1), p.9.
- Leininger M.M., 2000. Founder's focus—the third millennium and transcultural nursing. *J Transcult Nurs.* Jan issue, 11(1), pp.69.
- Leininger, M. M., 2002. *Overview of Leininger's theory of Culture Care Diversity and Universality.* <http://www.madeleine-leininger.com> (Accessed: 9 January 2013).
- Leininger, M.M., 2006. *Overview of Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality.* <http://www.madeleine-leininger.com> (Accessed: 19 February 2013).
- Leininger, M. M., and McFarland, M. R., 2002. *Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research & Practice.* 3rd ed. New – York: McGraw – Hill.
- Leininger, M. M., and McFarland, M. R., 2006. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Leonard, B., 2001, May 31. Quality nursing care celebrates diversity. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6 (2):3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11469923> (Accessed: 20 August 2013).
- Like, R.C., Fulcomer, M.C., Jo Ann Kairys, JA., Wathington, K.D., and Crosson, J., 2004. *Assessing the Impact of Cultural Competency Training Using Participatory Quality Improvement Methods.* Center for Healthy Families and Cultural Diversity Department of Family Medicine University of Medicine and Dentistry of New Jersey (UMDNJ) - Robert Wood Johnson Medical School.
- Lincoln, Y.S., and Guba, E.G., 1985. *Naturalistic Inquiry.* Newbury park, London, New Delhi; Sage Publications.
- Lindlof, T. R., and Taylor, B. C., 2002. *Qualitative Communication Research Methods*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loustaunau, M. O., and Sobo, E. J., 1997. *The cultural context of health, illness, and medicine.* Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Mahabeer, S., 2009. A descriptive study of the cultural competence of hemodialysis nurses. *The CANNT Journal*, 19(4), pp.30-33.

- Mahon, P. Y., 1997. Transcultural nursing. A source guide. *Journal of nursing staff development (JNSD)*, 13(4), pp.218 – 222.
- Marra, J., Covassin, T., Shingels, R.R., Branch Canady, R. and Mackowiak, T., 2010. Assessment of certified athletic trainers' levels of cultural competence in the delivery of health care. *Journal of Athletic Training*. Jul/Aug issue, 45(4), 380-385.
- Marshal, G., 1998. *Critical Theory A Dictionary of Sociology*. <http://www.encyclopedia.com/doc/1O88-criticaltheory.html> (Accessed: 28 October 2013).
- Mason, J., 1994. Developing culturally competent organizations. *Focal Point*, 8(2), pp.1-8.
- Mason, J., Cross, T., Rider, M. and Friesen, B., 1988. Services to Minority Populations: What does it mean to be a culturally competent professional? *Focal Point*, 2(4), pp.1-2, 4-5.
- McCoy, A., 2005. *Cultural competence among nursing students and faculty*. Unpublished master thesis, Nebraska Methodist College, Omaha, NE
- McGee, C., 2001. When the golden rule does not apply: starting nurses on the journey towards cultural competence. *Journal for Nurses in Staff Development*, 17(5-12),p.113-4.
- McNeil, J., Campinha-Bacote, J., Tapscott, E., and Vample, G., 2002. *BESAFE: National minority AIDS education and training center cultural competency model*. Washington, DC: Howard University Medical School.
- Meleis, A., 1996. Culturally competent scholarship: Substance and rigor. *Advances in Nursing Science*, 19(2), pp.1-16.
- Meleis, A., 1999. Culturally competent care. *J Transcult. Nurs.*, 10, (1), p.2.
- Mezzich, J.E., Caracci,G., Fabrega, H., Jr. and Laurence J. Kirmayer, L.J., 2009. Cultural Formulation Guidelines. *Transcult Psychiatry*. 46, pp.383-405.
- Migrant-Friendly Hospitals Project, *Project Summary*, 2004. <http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh-summary.pdf> (Accessed: 9 January 2013).
- Ministry of Health, Nursing Division, 2012. *Annual Report of 2011*. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_2011.pdf (Accessed: 21 May 2013). (Originally in Hebrew)
- Modood, T., Berthoud, R., Lakey, J., Nazroo, J., Smith, P., Virdee, S. and Beishon, S., 1997. *Ethnic Minorities in Britain. Diversity and Disadvantage*. London: Policy Studies Institute.
- Moon, J., and Moon, S., 2004 June. *The Case for Mixed Methodology Research: A review of literature and methods*. <http://www.svpuk.com/mixed%20methodology.pdf> (Accessed: 1 August 2011).

Murphy, S.C., 2006. Mapping the literature of transcultural nursing. *J Med Libr Assoc.* April issue, 94(2 Suppl), pp. E143–E151.

Musolino, G.M., Burkhalter, S.T., Crookston, B., Ward, S., Harris, R.M., Chase-Cantarini, S., and Babitz, M., 2010. Understanding and Eliminating Disparities in health care: development and assessment of cultural competence for Interdisciplinary health professionals at the University of Utah – A 3 – year investigation. *Journal of Physical Therapy Education.* Winter issue, 24(1), pp.25-36.

National Association of Social Workers. 2001. *NASW Standards for cultural competence in social work practice.* <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWCulturalStandards.pdf>. (Accessed: 20 November 2012).

National Center of Cultural Competence, 2011. Georgetown University – Center for Child and Human Development. <http://nccc.georgetown.edu/foundations/assessment.html> (Accessed: 03 November 2012).

National Institutes of Health (NIH), 2012. *Clear communication: a NIH health literacy initiative.* <http://www.nih.gov/clearcommunication/healthliteracy.htm> (Accessed: 30 December 2012).

Nirel, N., Yair, Y., Samuel, H., Riba, S., Reicher, S. and Toren, O., 2010. *Registered nurses in Israel: The work force – patterns and trends.* Myers – JDC – Brookdale institute. June Issue. http://brookdaleheb.jdc.org.il/_Uploads/PublicationsFiles/557-10-NursesStudy-REP-HEB.pdf (Accessed: 04 August 2013) (Originally in Hebrew).

Nissim, S., 2010. *Culturally Diverse Nurse's and the Meaning of Cultural Competence: Ethiopian Origin Nurses' Experiences, Caring for Culturally Different Patients.* VDM Verlag Dr. Müller

Noble, A., 2005. *Cultural competence and ethnic attitudes of Israeli midwives concerning Orthodox Jewish couples in labor and delivery.* ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Nursing & Allied Health Source

Nursing division, 2011. Notice, No. 91, *Update of the core curricula of registered nurses diploma studies.* December issue. (Originally in Hebrew)

Office of Minority Health. 2001. *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care: Final report.* <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf> (Accessed 01 November 2012).

Office of Minority Health, 2005. *What is cultural competence?* <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlid=11> (Accessed: 04 November 2012).

Office of Minority Health, 2013. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care: A Blueprint for Advancing and Sustaining CLAS Policy and Practice.*

- Okoro, O.N., Odedina, F.T., Reams, R.R., and Smith, W.T., 2012. Clinical Cultural Competency and Knowledge of Health Disparities Among Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ.* April issue, 76(3), p.40.
- Onwuegbuzie, A.J., Johnson, R.B., 2006. The Validity Issue in Mixed Research. *Research in the Schools.* 13(1), pp.48-63.
- Onwuegbuzie, A. J., and Teddlie, C., 2003. A framework for analyzing data in mixed methods research. In A. Tashakkori and C. Teddlie, Eds. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research.* Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 351-383.
- Papadopoulos, I., 2003a. *Teaching Transcultural Care at a British University.* Research Center for Transcultural Studies in Health: Middlesex University – London.
- Papadopoulos, I., 2003b. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *J Heal Soc Env Issu,* 4(1).
- Papadopoulos, I., 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing Cultural Competence, In I. Papadopoulos, ed. *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Papadopoulos, I., ed. 2006a. *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Papadopoulos, I., 2006b. Culturally competent research – A model for its development. In J.Y. Nazroo ed. *Health and social research in multiethnic societies* (p. 82-94). New York; Routledge.
- Papadopoulos, I., 2008. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence.
<http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/intercultural%20model.pdf> (Accessed: 03 November 2012).
- Papadopoulos, I., Tilki, M. and Lees, S., 2004. Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK. *Diversity in Health and Social Care,* November issue, 1(2), pp.107-116.
- Papadopoulos, I., Tilki, M. and Taylor, G., 1998. *Transcultural Care a Guide for Health Care Professionals.* Quay Books
- Papadopoulos, I., Tilki, M. and Ayling, S., 2008. Cultural competence in action for CAMHS: Development of cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse,* April issue, 28(1-2), p.129-140.
- Parekh, B., 1997. Foreword. In: T. Modood, R. Berthoud, J. Lakey, J. Nazroo, P. Smith, S. Virdee and S. Beishon, *Ethnic Minorities in Britain.* London: Policy Studies Institute.

- Parse, R.R., 2001. *Qualitative inquiry: the path of sciencing*. Boston, Toronto, London, Singapore; Jones and Bartlett publishers.
- Pedersen, P., 1988. *A Handbook for Developing Multicultural Awareness*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Pierce, J.U. 1999. Managing managed care: the next level for transcultural nurses. *J Transcult Nurs*. Jul issue, 10(3), pp.181–2.
- Phelps, L.D., 2004. *Cultural Competency, Haitian Immigrants, and Rural Sussex County, Delaware*.
<http://www.salisbury.edu/nursing/haitiancultcomp/begin.htm> (Accessed: 03 November 2012).
- Polit, D. F., and Beck, C. T., 2004. *Nursing research: Principles and methods*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit-O'Hara, D. and Hungler B. P., 1997. *Essentials of nursing research: Methods, appraisals, and utilization*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven
- Polk, D., 1999. A study of the cultural beliefs of advanced practice nurses. *Dissertation Abstracts*, 1(1), 1-69. (UMI No. 9942145)
- Prescott-Clements, L., Schuwirth, L; van der Vleuten, C., Hurst, Y., Whelan, G. et al., 2013. The Cultural Competence of Health Care Professionals: Conceptual Analysis Using the Results From a National Pilot Study of Training and Assessment. *Evaluation & the Health Professions*, January issue, 36(2), p.191.
- Punch, M., 1998. Politics and ethics in qualitative research. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, Eds., *The Landscape of Qualitative Research; Theories and Issues* Thousand oaks, London, New Delhi; SAGE Publications, pp. 156-184.
- Purnell, L. D., 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, July edition, 13(3), pp.193-196.
- Purnell, L.D. and Paulanka, B.J., 1998. *Transcultural Health Care. A Culturally Competent Approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Purnell, L. D. and Paulanka, B. J., 2008. *Transcultural health care: A culturally competent approach*, 3rd ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Rambo, B., 1984. *Adaptive Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rew, L., Becker, H., Cookston, J., Khosropour, S., and Martinez, S., 2003. Measuring cultural awareness in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 42(6), p.249.
- Reynolds, C.L. and Leininger, M.M., 1993. *Madeline Leininger: Culture care diversity and universality theory*. Newbury Park: Sage Publications.
- Richards, H.M. and Schwartz, L.J., 2002. Ethics of qualitative research; are there special issues for health services research? *Family Practic*, 19(2), pp.135-139.

- Riehl, J. P. and Roy, C., eds., 1980. *Conceptual Models for Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk: Appleton, Century Crofts.
- Riley, D., 2010. *Cultural Competence of RN to BSN students*. UNLV Theses/Dissertations/Professional Papers/Capstones. Paper 343. <http://digitalcommons.library.unlv.edu/thesesdissertations/343> (Accessed: 27 October 2013).
- Ritzer, G., 2006. *Modern Sociological Theory*. Raanana; The Open University of Israel (Hebrew edition).
- Ryan, M., Carlton, K.H., and Ali, N., 2000. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *J Transcult Nurs*. 2000. Oct issue, 11(4), pp.300–7.
- Ryan, M., Twibell, R., Brigham, C. and Bennett, P., 2000. Learning to care for clients in their world, not mine. *Journal of Nursing Education*, 39, pp.401-408.
- Salimbene, S., 1999. Cultural competence: A priority for performance improvement action. *Journal of Nursing Care Quality*, 13(3), pp.23-35.
- Salcido, S., 2002. Finding a window into the skin. *Advances in Skin & Wound Care*, 15(3), p.100.
- Sandhu, K.K., 2010. *Promoting Culturally Competent Perinatal Care Practices Among Nurses and other Health Care Providers who Work with South Asian Women*. Thesis for Master degree in nursing, University of Victoria.
- Sargent, S., Sedlak, C. and Martsolf, D., 2005. Cultural competency among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*. 25: pp.214-221.
- Schim, S.M, Doorenbos, A.Z., and Borse, N.N., 2005. Cultural Competence Among Ontario and Michigan Healthcare Providers. *Journal of Nursing Scholarship*. December issue, 37(4), pp.354–360.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., and Borse, N.N., 2006a. Cultural competence among hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(5), 302-307.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., and Borse, N.N., 2006b. Enhancing cultural competence among hospice staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23(5), 404-411.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Benkert, R., and Miller, J., 2007. Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), pp.103-110.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., and Benkert, R., 2003. Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), pp.29-40.
- Schön, D., 1983. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Sealey, L.J., 2003. *Cultural competence of faculty of baccalaureate nursing program*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College, The School of Vocational Education.

http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-1112103-133929/unrestricted/Sealey_dis.pdf
(Accessed: 12 August 2012).

Seright, T., 2007. Perspectives of registered nurse cultural competence in a rural state – part II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 7(1).

Shkedi, A., 2007 *Words of Meaning; Qualitative Research – Theory and Practice*. Tel – Aviv; Ramot Publications. (Originally in Hebrew).

Smith, L., 1998. Concept analysis: Cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 5(1), pp.4-10.

Smith L.S., 2001. Evaluation of an educational intervention to increase cultural competence among registered nurses. *J Cult Divers*. Summer issue 8(2), pp.50-63.

Sorensen, H.A.J., Yankech, L.R., 2008. Precepting in the fast lane: Improving critical thinking in new graduate nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(5), pp.208-216.

Spector, R. E., 1995. Cultural concepts of women's health and health-promoting behaviours. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 24(3), pp.241-248.

Spector, R. E., 2004 *Cultural Diversity in Health and Illness*, 6th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Spector, R.E., 2009. *Cultural diversity in health and illness*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Stacks, J., Salgado, M., and Holmes, S., 2004. Cultural competence and social justice: A partnership for change. *Transitions*, 15(3), pp.4-5.

Stange, K.C., Zyzanski, S.J., 1989. Integrating qualitative and quantitative research methods. *Fam Med*, 21, pp.448–451.

Starr, S.S., 2008. *Dimensions of Cultural Competence: Nurse-Client Perspectives*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, The University of North Carolina, Greensboro.

State of Israel - Ministry of Health, Nursing Division, 2006. *Core Curriculum*.

State of Israel - Ministry of Health, Nursing Division, 2011. *Core Curriculum*.

Strauss, A., Corbin, J., 1990. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury park, London, New Delhi; SAGE Publications.

Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N., Rodakowsk, J., Garcia-Ramirez, M. and Willis, C., 2011. Development and Validation of the Cultural

Competence Assessment Instrument: A Factorial Analysis. *Journal of Rehabilitation*. Jan-March issue, <http://www.faqs.org/periodicals/201101/2252116351.html> (Accessed: 22 August, 2013).

Sue, D.W., 2001. Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29, pp.790-821.

Sue, D.W., Arrendondo, P., and McDavis, R., 1992. Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70, pp.477-486.

Suh, E. E., 2004. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), pp.93-102.

Teddlie, C. and Tashakkori, A., 2009. *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

The Amsterdam Declaration, 2004. http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf (Accessed: 9 January 2013).

The European Qualifications Framework, 2008. *Recommendation of the European Parliament and of the Council*. http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44_en.htm (Accessed: 8 September 2013).

The Israeli Central Bureau of Statistics. 2013. http://www.cbs.gov.il/www/yarhon/b1_h.htm (Accessed: 28 October 2013).

The Israeli Ministry of Immigrant Absorption. 2013. http://www.moia.gov.il/Moia_he/HomePage.htm (Accessed: 28 October 2013).

Ting-Toomey, S., 1999. *Communicating across cultures*. New York: The Guilford Press.

Transcultural C.A.R.E. Associates. 2011. *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)*. <http://www.transculturalcare.net/iapcc-r.htm> (Accessed: 6 January 2013).

Transcultural Nursing Society, 2012. <http://tcns.org/> (Accessed: 05 November 2012).

Trujillo, M., 2001. Culture and the organization of psychiatric care. In J. E. Mezzich and H. Fabrega, Jr. eds., *Cultural psychiatry: International perspectives: The Psychiatric Clinics of North America, Vol. 24* Philadelphia, PA: Saunders, pp. 539–552.

Tzabar Ben Yehoshua, N., 1999. *Qualitative Research in Teaching and Learning*. Tel Aviv; Modan (Originally in Hebrew).

Tzabar Ben Yehoshua, N., ed. 2001. *Traditions and Streams in Qualitative Research*. Tel Aviv; Dvir (Originally in Hebrew).

Ume-Nwagbo, P.N., 2008. *Relationship Between Nurse Educators' Cultural Competence and Ethnic Minority Nursing Students' Recruitment and Graduation*. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

U.S. Department of Health and Human Resources., 2002. *Healthy People 2010: Understanding and improving health*, 2nd ed. Washington, DC: Author.

Vasiliu, M., Kouta, C., and Raftopoulos, V., 2013. The Use of Cultural Competence Assessment Tool (CCATool) In Community Nurses: The Pilot Study and Test-Retest Reliability. *International Journal of Caring Sciences*, January – April issue, 6(1), pp.44-52.

Vidich, A.J., Lyman, S.M., 2000. Qualitative methods; Their History in Sociology and Anthropology. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln, Eds. *Handbook of Qualitative Research*, 2nd ed. Thousand oaks, London, New Delhi; SAGE Publications. p. 37-84.

Waite, R. and Calamaro, C.J., 2010. Cultural competence: A systematic challenge to nursing education, knowledge exchange, and the knowledge development process. *Perspectives in Psychiatric Care*. January issue, 46(1), pp.74-80.

Watson, J., 1991. Foreword. In Madeleine M. Leininger. ed. *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. New York; National League for Nursing Press.

Weech-Maldonado, R., Dreachslin, J.L., Brown, J., Pradhan, R., Rubin, K.L. Schiller, C., and Hays, R.D., 2012. Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate services standards. *Health Care Management Review*. January - March issue, pp.54-66. <http://www.chime.ucla.edu/Weech-Maldonado-%20Cultural%20competency%20assessment%20tool%20for%20hospitals.pdf> (Accessed: 6 January 2013).

Welch, A. Z., Alexander, J. E., Beagle, C. J., Butler, P., Dougherty, D. A., Andrews Robards, K. D., Solotkin, K. C. and Velotta, C., 1998. Madeleine Leininger. In Tomey, A. M. ed. *Nursing theorists and their work*, 4th ed. St. Louis: Mosby.

Wesley, R. L., 1995. *Nursing Theories and Models*. Springhouse, PA: Springhouse Corporation.

Wexler, P., ed. 1991. *Critical Theory Now*. London, New York, Philadelphia; The Falmer Press.

Whitehead, D.C., 2003. *Rehabilitation counselors' perceived multicultural competence: working with African American and other culturally diverse clients with severe mental illness*. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

Whitman, M.V, 2006. *An examination of cultural and linguistic competence in health care*. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

Wilbur, V., 2008. *Factors that influence the cultural competence of nurse practitioner students*. ProQuest Dissertations and Theses; ProQuest Central

Wilson, A.H., 2010. A Longitudinal Study of Cultural Competence Among Health Science Faculty. *Journal of Cultural Diversity*. July Issue. <http://www.faqs.org/periodicals/201007/2054111161.html> (Accessed: 28 October 2013).

Yellon, T. 2012. *Cultural Competence of Israeli Nurses*, Dissertation for the degree of Masters in the program of Interdisciplinary Democracy Studies. Open University, Sociology Department, political science and communication, Israel.

Yin, R.K., 2006. Mixed methods research: Are the methods genuinely integrated or merely parallel? *Research in the Schools*, 13(1), pp.41-47.

Yolder, L., O'Rourke, T., Etnyer, A., Spears, D. and Brown, T., 1997. Expectations and experiences of patients with cancer participating in phase I clinical trials. *Oncology nursing Forum*. 24(5), pp.891-896.