

Dan-Alexandru
CONSTANTIN

Liliana-Marcela
ROGOZEA

INFLUENȚE CULTURALE ÎN SĂNĂTATE ȘI MEDICINĂ

**Societatea, boala și arta vindecării:
aspecte esențiale în comunicarea cu pacientul**



Editura
Universității
Transilvania
din Brașov

2025

EDITURA UNIVERSITĂȚII TRANSILVANIA DIN BRAȘOV

Adresa: Str. Iuliu Maniu nr. 41A
500091 Brașov
Tel.: 0268 476 050
Fax: 0268 476 051
E-mail: editura@unitbv.ro

Editură recunoscută CNCSIS, cod 81

ISBN 978-606-19-1787-7 (e-book)

Copyright © Autorii, 2025

Lucrarea a fost avizată de Consiliul Departamentului de Discipline Fundamentale Profilactice și Clinice, Facultatea de Medicină a Universității Transilvania din Brașov.

CUPRINS

INTRODUCERE	5
CAPITOLUL 1 – <i>Fundamentele sociologice ale sănătății și medicinei</i>	10
Teorii în sociologia medicală	10
Determinanții sociali ai sănătății	14
Dinamica puterii în sistemele de sănătate	17
CAPITOLUL 2 - <i>Perspective culturale asupra sănătății și bolii</i>	23
Modul în care cultura modelează percepția asupra sănătății și bolii	23
Medicina tradițională vs. Practicile moderne de asistență medicală	26
Stigme culturale privind bolile	29
CAPITOLUL 3 – <i>Rolul instituțiilor sociale în asistența medicală</i>	33
Familia, religia și comunitatea în îngrijirea copilului	33
Politici guvernamentale și sisteme de sănătate publică	36
Influența mass-mediei asupra sănătății	40
CAPITOLUL 4 – <i>Vindecarea dincolo de culturi</i>	45
Practicile de vindecare ale populațiilor indigene (medicina populară) și relevanța lor în prezent	45
Integrarea medicinei tradiționale și moderne	50
CAPITOLUL 5 - <i>Impactul sociologic al epidemiilor și pandemiilor</i>	54
Comportamentul social în timpul crizelor de sănătate	58
Lecții de la pandemiile recente	62
CAPITOLUL 6 - <i>Etică, cultură și luarea deciziilor medicale</i>	68
Dileme etice în cadrele medicale multiculturale	68
Îngrijirea la sfârșitul vieții și considerentele culturale	72
Consimțământul și comunicarea în medicina transculturală	75

CAPITOLUL 7 - <i>Inegalități în materie de asistență medicală și disparități de acces</i>	80
Statutul socioeconomic și disparitățile în materie de sănătate	81
Inegalități rasiale, etnice și de gen în asistența medicală	85
Perspective globale privind echitatea în materie de sănătate	89
CAPITOLUL 8 – <i>Rolul tehnologiei în sănătate și medicină</i>	95
Rolul telemedicinei în reducerea decalajelor în materie de asistență medicală	95
Progrese tehnologice în domeniul asistenței medicale sensibile din punct de vedere cultural	98
Viitorul sănătății digitale	102
CAPITOLUL 9 – <i>Globalizarea și colaborarea interculturală</i>	106
Impactul globalizării asupra practicilor medicale	106
Parteneriate interculturale în domeniul asistenței medicale și cercetare	108
Promisiunea sistemelor de sănătate incluzive din punct de vedere cultural	110
CAPITOLUL 10 – <i>Viitorul competenței culturale în medicină</i>	113
Tendințe emergente în conștientizarea culturală și sănătate	113
Formarea cadrelor medicale în domeniul competenței culturale	117
Reflecții asupra unei abordări holistice a sănătății și vindecării	121
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE	125

Introducere

Sănătatea este mai mult decât absența bolii. Există mulți factori care contribuie la sănătatea unei persoane și aceștia includ culturile în care ne-am născut, societățile din care facem parte, precum și obiceiurile pe care le practicăm. Fiecare comunitate are propriul său mod de a înțelege ce înseamnă să fii sănătos sau bolnav. În unele locuri, sănătatea este legată de echilibru - fie al corpului, al spiritului sau chiar al naturii. De exemplu, Ayurveda din India vede sănătatea ca un echilibru al energiei în corp (Payyappallimana și Venkatasubramanian, 2015), în timp ce medicina tradițională chineză privește armonia dintre yin și yang (Fu et al., 2021). Aceste convingeri culturale influențează modul în care oamenii definesc și tratează bolile și, adesea, ele coexistă cu medicina modernă.

Sociologia medicală ne ajută să vedem cum influențează structurile sociale sănătatea și asistența medicală. Ea merge dincolo de medicină și biologie pentru a pune întrebări mai profunde despre lumea în care trăim. Cum influențează genul, clasa socială sau rasa cine se îmbolnăvește și cine primește îngrijiri medicale? Cum decide cultura unei societăți care boli sunt stigmatizate și care nu? Aceste întrebări sunt esențiale, deoarece răspunsurile ne arată de ce sistemele de sănătate eșuează adesea în fața anumitor grupuri de oameni.

Abordările de vindecare ne reamintesc în mod clar măsura în care cultura influențează asistența medicală. Aceste sisteme există încă în multe părți ale lumii. De exemplu, comunitățile indigene din Australia combină, de obicei, medicina occidentală cu practicile spirituale de vindecare asociate pământului și strămoșilor lor (Dudgeon și Bray, 2017). În unele țări din Africa de Vest, precum Nigeria și Ghana, medicina pe bază de plante rămâne o parte integrantă a asistenței medicale (Agyei-Baffour et al., 2017; Omoleke, 2013). Aceste practici nu există doar marginal; ele servesc ca prima alegere pentru

mulți oameni, fiind considerate o opțiune firească și eficientă.

În multe țări, medicina tradițională și cea modernă nu sunt practicate separat, ci împreună. Oamenii combină vizitele la spital cu consultațiile de la vindecătorii tradiționali. De exemplu, un studiu din 2017 a arătat că pacienții din Tanzania iau uneori medicamente alternative pentru a trata hipertensiunea, folosind în același timp ierburi recomandate de vindecătorii locali (Liwa et al., 2017). Aceste alegeri se reduc adesea la convingerile culturale cu privire la vindecare, dar ele arată, de asemenea, limitele medicinei moderne în abordarea a tot ceea ce trăiesc oamenii în timpul bolii.

Cultura nu influențează doar modul în care oamenii privesc sănătatea, ci și modul în care văd boala. O afecțiune precum epilepsia ar putea fi văzută ca o problemă pur medicală în unele societăți. În altele, aceasta este legată de forțe spirituale sau de pedeapsa unei puteri superioare (Rigon et al., 2019). Aceste convingeri îi determină pe oameni să decidă dacă să vizitează un medic, un vindecător spiritual sau ambele. Semnificația culturală a bolii poate influența tipul de îngrijire pe care o primește cineva și cât de eficientă este această îngrijire.

Inegalitatea socială adaugă și mai multe provocări. Comunitățile mai sărace se luptă adesea cu nevoile de bază, cum ar fi apă curată, locuințe adecvate și alimente nutritive. Aceste dificultăți conduc la rate mai ridicate de îmbolnăvire și la o durată de viață mai scurtă (Adeyeye et al., 2021). Educația este un alt factor-cheie. Atunci când oamenii nu înțeleg cum se răspândesc bolile sau cum funcționează tratamentele, este mai puțin probabil să solicite îngrijiri în timp util (Ajaegbu și Ubochi, 2016).

Inegalitățile sunt determinate și de gen și rasă. În multe părți ale lumii, femeile se confruntă cu obstacole în accesarea asistenței medicale. Printre acestea se numără barierele culturale, dependența economică sau lipsa de spitale în apropiere. Sănătatea maternă este un domeniu în care acest lucru este dureros de clar. Absența unui sprijin competent este o realitate îngrijorătoare, deoarece este posibil ca femeile din țările lumii a treia să moară în timp ce nasc (Hassan et al., 2023). Sistemele de sănătate sunt, de

asemenea, afectate de prejudecăți. Afro-americanii, de exemplu, sunt mai susceptibili de a fi discriminați în multe sisteme de sănătate europene, iar acest lucru are impact asupra încrederii lor în sistem, precum și asupra accesului la sistemele de sănătate sau la campanii de prevenție (Murray, 2015). Acestea nu sunt simple statistici sau speculații. Ele reflectă cât de gravă poate fi inegalitatea și impactul pe care îl poate avea asupra vieții oamenilor.

Covid-19 a pus o presiune importantă asupra lumii, țările având abordări diferite ale pandemiei, ducând la măsuri diferite, inclusiv din punct de vedere restricțiilor impuse în încercarea de a limita răspândirea acestuia. Unele state au luat măsuri stricte de limitare a răspândirii bolii, fiind considerat primordial dreptul colectiv, de a proteja colectivitatea, altele s-au bazat pe dreptul individual, al fiecărei persoane și ca urmare, restricțiile acceptate au fost mai puține. Sănătatea oamenilor nu este niciodată legată de un singur aspect și implică o mulțime de factori care includ societatea, credința în autorități și percepția pe care o au despre ei înșiși ca indivizi.

Există diferite studii de caz care demonstrează că în funcție de nivelul de educație dar și de nivelul cultural societățile au intervenit diferit în combaterea bolilor. Astfel, în timpul epidemiilor de holeră din anii 1800, unele comunități au văzut boala ca pe o pedeapsă din partea lui Dumnezeu, în timp ce altele au început să accepte ideile științifice emergente despre apa contaminată. Aceste două abordări au făcut ca măsurile luate în cadrul celor două tendințe de abordare să fie diferite și aderența la măsurile decise de autorități să fie diferite, dorința membrilor comunității de a participa la măsuri menite să îmbunătățească condițiile de igienă fiind diferite.

Nu doar abordarea bolilor infecțioase este diferită. Un exemplu în acest sens ar fi îngrijirea la sfârșitul vieții. În unele culturi familiile decid în numele rudelor aflate în stadiul terminal, considerând că este datoria lor să le îngrijească și să le îndrume, în timp ce în unele culturi moartea este văzută într-o manieră mai individualistă și atât personalul medical cât și ceilalți membri ai comunității se așteaptă ca pacienții să facă alegeri propriile alegeri, într-un mod independent (Pentaris, 2011). Astfel de diferențe pot fi sursa

unor conflicte între medici, pacienți și familiile pacienților, mai ales dacă normele culturale nu sunt respectate.

Limba este o altă barieră. Comunicarea este deficitară între personalul medical și pacienți atunci când aceștia nu se pot înțelege pentru că nu există o limbă comună, fapt care poate duce, din păcate, la o îngrijire deficitară sau chiar dăunătoare. Acesta este principalul motiv pentru care atât în activitatea curentă, cât mai ales în cea practică trebuie să se pună accentul pe stabilirea modului de comunicare verbală, pe interacțiunea personal medical - pacienți. Acest lucru implică mai mult decât simpla traducere a instrucțiunilor. Influența culturală este însă mai complexă, fiind influențat modul în care pacientul înțelege situația dar și alegerile sale.

Tehnologia schimbă rapid modul în care se realizează asistența medicală, dar chiar și tehnologia este modelată de cultură. Telemedicina este un exemplu în acest sens, internetul facilitând accesul locuitorilor din zonele îndepărtate la tratamentul necesar. Telemedicina, cu toate acestea, nu este potrivită pentru toate regiunile, deoarece poate fi inefficientă în zonele cu acces limitat la internet sau în care se preferă contactul față în față (Combi et al., 2016). Chiar și aplicațiile concepute pentru monitorizarea sănătății trebuie să fie adecvate din punct de vedere cultural. Acestea trebuie să ia în considerare limba, accesibilitatea și convingerile locale cu privire la medicină (Tirado, 2011).

Globalizarea a adus medicina modernă la îndemâna mai multor oameni, dar a ridicat, de asemenea, întrebări cu privire la pierderea culturală. Atunci când sunt promovate standarde generale, mai ales de organizațiile de sănătate de la nivel mondial, practicile tradiționale pot fi marginalizate sau respinse. Acest lucru poate eroda încrederea în sistemele de sănătate și face ca oamenii să fie mai puțin dispuși să apeleze la servicii medicale. Găsirea unui echilibru între obiectivele de sănătate globală și practicile locale este una dintre cele mai mari provocări actuale.

Competența culturală este calea de urmat. Furnizorii de servicii medicale au nevoie de formare pentru a înțelege credințele și valorile comunităților pe

care le deserveșc (Kennedy et al., 2017). Aceștia trebuie să învețe cum să comunice în moduri care să creeze încredere și cum să adapteze tratamentele pentru a se potrivi contextelor culturale. Aceasta nu este doar o bună practică; este esențială pentru a face asistența medicală echitabilă și eficientă pentru toată lumea (Khullar, 2019).

Această carte vă invită să explorați modul în care cultura și societatea modelează fiecare aspect al sănătății și medicinei. Ea examinează modul în care credințele și tradițiile influențează îngrijirea, modul în care inegalitățile sociale afectează rezultatele sănătății și modul în care schimbările globale și tehnologice remodelează viitorul medicinei. Acestea nu sunt idei abstracte. Sunt realități care afectează vieți în fiecare zi. Prin observațiile din această carte, veți descoperi legăturile profunde dintre cultură și sănătate, arătând cum înțelegerea acestor legături poate duce la o asistență medicală mai bună și mai incluzivă pentru toți.

CAPITOLUL 1 –

Fundamentele sociologice ale sănătății și medicinii

Pentru a înțelege aspectul sociologic al sănătății și medicinei, gândiți-vă la modul în care o simplă vizită la medic este influențată de mai mult decât simple simptome și tratamente. Un părinte care muncește și amână îngrijirea medicală pentru că nu își poate permite timp liber sau un locuitor din mediul rural care se luptă să aibă acces la asistență medicală specializată evidențiază modul în care factorii care nu țin de biologie afectează bunăstarea. Teoriile sociologice descoperă legăturile mai profunde dintre sănătate și societate, arătând cum venitul, educația și chiar credințele culturale influențează cine rămâne sănătos și cine se îmbolnăvește. De exemplu, impactul sărăciei asupra sănătății nu se referă doar la lipsa banilor, ci și la accesul limitat la alimente nutritive, locuințe sigure și asistență medicală de încredere. În mod similar, dinamica puterii în cadrul sistemelor de sănătate determină adesea cine ia deciziile și ale cui voci nu sunt auzite, iar acestea sunt tendințele pe care le vom explora în acest capitol. Explorarea acestor modele arată cât de profund este legată sănătatea de țesutul social, oferind noi modalități de a gândi medicina și rolul său în crearea unei societăți mai echitabile.

Teorii în sociologia medicală

Înțelegerea sănătății și a bolii dintr-o perspectivă sociologică se realizează prin teorii și cadre care explică relația dintre societate și medicină. Teoriile oferă o perspectivă asupra motivelor pentru care indivizii din medii sociale și

culturale diferite au experiențe diferite în ceea ce privește sănătatea. De asemenea, acestea ajută la înțelegerea modului în care sistemele de sănătate reflectă valorile, credințele și structurile societății. În primul rând, să analizăm câteva dintre teoriile majore care au modelat sociologia medicală.

Probabil că una dintre cele mai cunoscute teorii este **Teoria rolului bolnavului** a sociologului Talcott Parsons. În această teorie, societatea așteaptă un anumit comportament din partea membrilor săi atunci când aceștia sunt bolnavi (Varul, 2010). Dacă o persoană se îmbolnăvește, ea este scutită de responsabilitățile normale, cum ar fi mersul la serviciu sau la școală. Cu toate acestea persoanele din anturaj se așteaptă ca persoana bolnavă să viziteze un medic și să facă eforturi pentru a se recupera cât mai curând posibil (Burnham, 2014). Rolul bolnavului subliniază faptul că boala nu este doar o problemă biologică, ci și una socială (Frank, 2014). De exemplu, imaginați-vă cum persoanele cu boli vizibile, cum ar fi gripa, primesc multă simpatie și atenție, în timp ce cei care suferă de afecțiuni mai puțin vizibile, cum ar fi durerea cronică, pot fi dubioși sau chiar desconsiderați. Răspunsul social la boală este determinat cultural prin percepții și așteptări.

O altă teorie relevantă este **construcția socială a sănătății și bolii**. Prin această teorie se afirmă că: conceptul nostru de sănătate și boală este creat social și cultural (Conrad și Barker, 2010). În timp ce excesul de greutate este considerat nesănătos în majoritatea societăților, în unele culturi este un semn de bogăție și, prin urmare, de bună sănătate. De asemenea, boli precum tulburările de sănătate mintală au fost privite de-a lungul istoriei și în toate culturile, de la eșecuri morale la probleme medicale. Din perspectiva construcției sociale, natura sănătății nu este privită în termeni pur biologici; mai degrabă, este văzută și ca un produs al culturii, deoarece concepțiile despre sănătate sunt create și susținute de instituțiile sociale (Olafsdottir, 2013).

Un alt cadru important în sociologia medicală este teoria **medicalizării**. Teoria descrie modul în care comportamentele și condițiile definite anterior ca fiind naturale sau normale au fost transformate în unele medicale (Busfield, 2017). De exemplu, nașterea este un eveniment care a avut loc în

contexte familiale sau comunitare, dar care a devenit extrem de medicalizat, necesitând spitalizare și intervenții medicale. În ciuda numeroaselor beneficii care au însoțit medicalizarea, aceasta a adus, de asemenea, îngrijorări cu privire la aspecte ale vieții care au fost supramedicalizate; gândul că timiditatea sau durerea nu ar mai trebui să fie definite prin faptul că sunt componente ale experienței umane obișnuite, ci ca forme de afecțiune medicală (Scott, 2006). Această teorie ne invită să ne gândim la limita dincolo de care tratamentul medical nu ar trebui să se extindă.

Puterea și inegalitatea sunt preocupări-cheie ale sociologiei medicale, iar aici **teoria conflictului** este deosebit de relevantă. Dezvoltată de Karl Marx, această teorie consideră sănătatea și accesul la asistență medicală ca făcând parte din sistemul de divizare al unei societăți între clasele dominante și cele subordonate (Prayogi, 2023). De exemplu, persoanele înstărite au adesea un acces mai mare la asistență medicală de calitate, alimente sănătoase și condiții de viață sigure, în timp ce persoanele mai sărace sunt mai susceptibile de a se confrunta cu riscuri pentru sănătate și au mai puține resurse disponibile pentru tratament. Teoria conflictului ajută la înțelegerea modului în care disparitățile în materie de sănătate sunt considerate parte a unor probleme structurale ample, atrăgând astfel atenția oamenilor asupra apelului pentru sisteme de sănătate mai echitabile (Øversveen, 2021).

În afară de aceste teorii, **interacționismul simbolic** informează sociologia medicală prin concentrarea asupra semnificațiilor pe care oamenii le dau sănătății și bolii în viața de zi cu zi (Carter și Fuller, 2015). Accentul se pune aici pe interpretarea simptomelor, pe comunicarea cu clinicienii profesioniști și pe alte interacțiuni din cadrul rolurilor indivizilor ca pacienți. De exemplu, interpretarea de către o persoană a propriului diabet este în mare măsură legată de modul în care ceilalți o văd și îi vorbesc despre boală. Unele persoane se pot simți imputernicite să aibă mai multă grijă de sănătatea lor, în timp ce altele se pot simți stigmatizate sau izolate social. Interacționismul simbolic ne ajută să vedem că experiențele individuale privind sănătatea sunt legate de interacțiunea socială și de narațiunile culturale.

O altă teorie care a câștigat recent o atenție semnificativă este cea ce se numește perspectiva ***cursului vieții***, care abordează modul în care experiențele de sănătate și expunerile influențează o persoană pe parcursul vieții (Mishra et al., 2010). De exemplu efectele negative asupra sănătății care acționează asupra unui copil născut și crescut în condiții de sărăcie, având o nutriție precară și acces limitat la asistență medicală adecvată, poate să influențeze starea de sănătate pe tot parcursul vieții. Perspectiva cursului vieții a pus un accent esențial pe intervenția timpurie și pe politicile care abordează cauzele profunde ale inegalităților.

Toate aceste teorii oferă împreună o înțelegere mai profundă a sănătății și a medicinei. Ele ne reamintesc că sănătatea nu este o problemă personală, ci mai degrabă este profund legată de structurile sociale, normele culturale și sistemele economice. De exemplu, pandemia COVID-19 a evidențiat modul în care crizele de sănătate pot avea un impact asupra comunităților, anumite grupuri înregistrând rate de infecție mai ridicate și rezultate mai proaste din cauza nesiguranței locului de muncă, a aglomerării locuințelor sau a lipsei accesului la asistență medicală (Bambra et al., 2020). Pentru a înțelege astfel de tipare, trebuie să se ia în considerare mai mult decât cunoștințele de medicină; este nevoie de o abordare sociologică care să ia în considerare contextul social mai larg.

Aceste teorii ne ajută să răspundem mai eficient provocărilor din domeniul sănătății și să creăm sisteme mai incluzive și mai echitabile. De asemenea, ne provoacă să punem la îndoială presupunerile cu privire la sănătate, boală și asistență medicală, încurajând gândirea critică legat de rolul pe care societatea îl joacă în modelarea acestor experiențe. Fie prin înțelegerea așteptărilor legate de rolul de bolnav, fie prin analizarea efectelor medicalizării sau prin examinarea disparităților în materie de sănătate prin utilizarea teoriei conflictului, aceste teorii oferă o perspectivă valoroasă asupra relației complexe dintre societate și medicină.

Sociologia medicală a continuat să evolueze, adoptând noi idei și perspective care reflectă realitățile sociale în schimbare. Aceste teorii vor

continua să rămână instrumente la îndemână în înțelegerea locului, rolului și impactului sănătății și bolii în societate, sistemele de sănătate devenind din ce în ce mai globalizate și mai diverse. Din această perspectivă, sănătatea nu este doar o chestiune de alegeri individuale sau de procese biologice; mai degrabă, aceasta este profund ancorată în lumea socială.

Determinanții sociali ai sănătății

Din diferitele teorii sociologice pe care le-am analizat în secțiunea anterioară, reiese faptul că sănătatea este determinată mult mai mult decât de simpla biologie sau de alegerile individuale, societatea și cultura având, de asemenea, roluri importante de jucat. Determinanții sociali ai sănătății sunt circumstanțele în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc; astfel, circumstanțele influențează enorm rezultatele în materie de sănătate (Heyman et al., 2018). Acestea explică rolul esențial pe care condițiile sociale, economice și de mediu îl joacă în viață, definind astfel cine are cele mai mari șanse de a avea probleme de sănătate.

Printre determinanții sociali ai sănătății, venitul este probabil unul dintre cei mai importanți factori. Cu venituri ridicate, nu numai că se poate obține un acces mai bun la serviciile de sănătate, dar și cartiere mai sigure și alimente mai sănătoase. Persoanele cu venituri mici sunt susceptibile să locuiască în cartiere cu lipsă de facilități de asistență medicală, să se confrunte cu o expunere mai mare la un mediu inadecvat și cu stresul asociat cu nesiguranța economică (Lawanson și Fadare, 2015). O familie înstărită își poate permite o asigurare privată de sănătate și poate merge regulat la control, în timp ce o familie cu venituri mici ar putea amâna căutarea de ajutor din cauza temerilor legate de costuri. Acest lucru arată clar modul în care nivelurile de venit au un impact direct asupra oportunităților și rezultatelor în materie de sănătate.

Un alt determinant esențial este educația. Un nivel ridicat de educație este asociat cu o mai bună înțelegere și aplicare a informațiilor privind problemele de sănătate (Zimmerman și Woolf, 2014). În mod similar, persoanele educate au, de obicei, locuri de muncă mai bune care garantează venituri bune și un acces la beneficii de sănătate. Aceasta înseamnă, de asemenea, că există o diferență dintre comportamentele individuale în ceea ce privește stilurile de viață mai sănătoase, prin care o persoană cu studii universitare poate fi mai bine pregătită să facă exerciții fizice regulate sau să urmeze diete echilibrate, de exemplu, pe care o expunere educațională minimă o poate împiedica să le facă. Școlile oferă programe de nutriție, activitate fizică și sănătate care pot asigura beneficii pe tot parcursul vieții, dar contribuie și la formarea unor comportamente sănătoase.

Condițiile de viață exercită, de asemenea, o influență puternică asupra sănătății. Locuințele sigure și stabile reduc riscurile de îmbolnăvire, în timp ce condițiile de viață precare - cum ar fi aglomerația sau condițiile sanitare inadecvate - cresc vulnerabilitatea la bolile infecțioase și stresul cronic (Zuber et al., 2023). De exemplu, persoanele care locuiesc în mahalale care nu au un sistem adecvat de gestionare a deșeurilor sunt predispuse la boli precum holera sau tifosul. Accesul la apă curată și electricitate va îmbunătăți considerabil starea de sănătate. Prin urmare, stabilitatea mediului este un factor determinant semnificativ.

Condițiile de angajare și de muncă sunt strâns legate de sănătate. Salariile echitabile pentru locuri de muncă sigure în medii sigure contribuie în mod pozitiv la sănătate, în timp ce munca precară sau periculoasă duce la vătămări fizice, probleme de sănătate mintală și boli pe termen lung (Underhill și Quinlan, 2011). Lucrătorii dintr-o fabrică care sunt expuși la substanțe chimice nocive fără echipament de protecție adecvat au șanse mai mari de a suferi de boli respiratorii cronice în comparație cu persoanele care lucrează în birouri bine ventilate, cu condiții de muncă reglementate. În plus, șomajul este, de obicei, însoțit de probleme financiare și de izolare socială, care sunt atât dăunătoare pentru sănătatea fizică, cât și pentru cea mentală.

Rețelele de sprijin social și legăturile cu comunitatea joacă, de asemenea, un rol important în influențarea sănătății. Persoanele care au contacte sociale puternice cu familia, prietenii și vecinii raportează de obicei o sănătate mintală mai bună și au mai multe șanse să se recupereze rapid după o boală (Perry și Pescosolido, 2014). Sprijinul social poate include sprijin emoțional, ajutor în sfera instrumentală și sentimentul de apartenență. Sprijinul social devine important pentru sentimentele subiective de bunăstare. În schimb, se crede că izolarea socială sau singurătatea cresc depresia, anxietatea și chiar unele boli fizice, cum ar fi bolile de inimă.

Un alt determinant esențial al sănătății este accesul la serviciile de sănătate, dar și acesta rămâne distribuit foarte inegal (Johar et al., 2018). De exemplu, în realitate, majoritatea grupurilor sunt limitate de localizarea lor geografică, de barierele financiare și de diferențele culturale. Persoanele din zonele rurale pot locui la un număr de ore distanță de cel mai apropiat spital, ceea ce face ca îngrijirea în timp util să fie aproape imposibilă. În plus, grupurile minoritare se pot confrunta cu bariere de comunicare sau cu discriminare atunci când încearcă să acceseze serviciile de asistență medicală, ceea ce le poate descuraja să o mai solicite. Aceste probleme evidențiază situația dificilă a inegalităților sistemice din majoritatea sistemelor de sănătate.

Factorii culturali joacă, de asemenea, un rol în modelarea rezultatelor în materie de sănătate. În unele comunități, stigmatizarea sănătății mintale îi împiedică pe indivizi să caute ajutor, în timp ce în altele, practicile tradiționale de vindecare pot avea prioritate față de medicina modernă (Ahmad, S. și Koncsol, 2022). Înțelegerea acestor influențe culturale este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții în domeniul sănătății care respectă și iau în considerare diverse perspective.

Intersecțiile reciproce ale acestor determinanți sociali creează disparități enorme în materie de sănătate între diverse populații. De exemplu, populațiile care trăiesc în centre urbane bogate tind să aibă o stare de sănătate mai bună în comparație cu populațiile din zonele rurale cu venituri reduse. În

mod similar, persoanele care aparțin grupurilor dezavantajate, cum ar fi emigranții sau minoritățile etnice, sunt cel mai adesea împovărate de dezavantaje din cauza veniturilor scăzute, a lipsei de acces la asistență medicală și/sau a excluziunii sociale.

Aceste disparități reflectă impactul profund al inegalităților structurale asupra sănătății. Determinanții sociali ai sănătății necesită schimbări la nivelul întregului sistem. Reducerea inegalității veniturilor, accesul la educație, accesul la o locuință sigură și sprijinul comunității pot contribui în mare măsură la îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate pentru toată lumea.

Politicile publice care pun accentul pe accesul la asistență medicală la prețuri accesibile, salarii echitabile și protecția împotriva toxinelor de mediu sunt esențiale pentru minimizarea impactului determinanților sociali (Witherspoon, 2022). De exemplu, mesele școlare gratuite sau un transport public mai bun pot avea un impact direct asupra sănătății și bunăstării celor mai vulnerabili. De asemenea, aceasta mută accentul de la tratamentul bolii la crearea unor condiții favorabile sănătății, recunoscând rolul determinanților sociali. În acest fel, permite construirea unor societăți în care fiecare are șanse egale de a duce o viață sănătoasă.

Acest lucru nu are doar un impact pozitiv la nivel individual, ci consolidează și legăturile comunitare, reducând astfel povara asupra unităților sanitare. Astfel, înțelegerea și abordarea determinanților sociali devin un pas esențial către o lume sănătoasă și mai echitabilă.

Dinamica puterii în sistemele de sănătate

După discutarea fundamentării teoretice și a impactului puternic al determinanților sociali ai sănătății, este necesar să se analizeze modul în care relațiile de putere modelează sistemele de asistență medicală și rezultatele

acestora. De foarte multe ori, aceste relații sunt înrădăcinate în structurile societale și, prin urmare, constituie o componentă de bază a modului în care sunt furnizate îngrijirile, fiind relevante atât identificarea persoanelor care le primesc cât și experiențele pacienților și ale profesioniștilor din cadrul sistemului. Pentru a înțelege inegalitățile din domeniul asistenței medicale și modalitățile de promovare a abordărilor incluzive, trebuie explorată dinamica puterii în cadrul acesteia. Poate cea mai evidentă relație care poate fi luată în considerare este cea dintre furnizorul de asistență medicală și pacienți.

În mod tradițional, aceasta a fost o relație ierarhică în care furnizorii de asistență medicală, în special medicii, sunt considerați cei dominanți. Această dinamică se bazează pe formarea și expertiza lor specializată, în care pacienții se simt adesea incapabili să pună la îndoială sau să afecteze deciziile medicale. Deși expertiza unui medic orientează tratamentul, acest lucru face uneori ca modelul tradițional să nege perspectiva pacientului, făcând astfel ca acesta să fie nemulțumit sau să nu respecte indicațiile primite. De exemplu, dacă unui pacient i se prescrie de către medic un plan de tratament fără a fi consultat privire la preferințe sau la stilul de viață-acesta va respecta cu dificultate sau chiar nu va respecta deloc planul terapeutic. Procesul decizional partajat a încercat să restabilească echilibrul, pornind de la ideea că pacienții și furnizorii de servicii medicale colaborează în vederea furnizării de îngrijiri care să răspundă nevoilor individuale în armonie cu cunoștințele medicale (Marinković et al., 2022).

Dinamica puterii este, de asemenea, foarte importantă între profesioniștii din cadrul instituției. Aceasta plasează, în general, medicii în vârful ierarhiei decizionale, în timp ce asistentele medicale și cadrele medicale auxiliare sunt considerate subordonate, deși sunt foarte implicate în îngrijirea pacienților (Badejo et al., 2020). Acest lucru duce la un dezechilibru în munca eficientă în echipă și limitează contribuțiile personalului, altele decât medicii. De exemplu, o asistentă medicală care a fost alături de pacient la bine și la greu nu ar dori, în mod normal, să se opună instrucțiunilor unui medic, chiar dacă consideră că o altă alternativă ar fi mai bună.

Aceste dinamici interne ale puterii necesită o cultură a respectului reciproc și a colaborării în care toate vocile sunt apreciate în mod egal. Aceste probleme sunt evidente în dinamica puterii din sistemele de sănătate: deși femeile reprezintă majoritatea forței de muncă din domeniul sănătății la nivel mondial, ele sunt adesea subreprezentate în funcții de conducere și tind să câștige mai puțin, cu oportunități limitate de dezvoltare a carierei (Chanda și Ngulube, 2024). Aceste disparități evidențiază prejudecățile societale mai largi legate de gen și influențează procesele decizionale și cultura din cadrul instituțiilor de sănătate. Acest lucru se datorează faptului că conducerea dominată de bărbați ar putea fi insensibilă la problemele care privesc personalul sau pacienții de sex feminin. Aceste dezechilibre trebuie abordate prin promovarea egalității de gen în conducere, cu politici receptive pentru a se asigura că sistemele de sănătate sunt reprezentative pentru diversitatea atât a forței de muncă, cât și a populațiilor pe care le deservesc.

Disparitățile economice complică și mai mult dinamica inegală a puterii care influențează accesul la serviciile de sănătate. În general, cu cât o persoană are mai mulți bani, cu atât își poate permite să plătească mai mult pentru îngrijirea medicală privată și, prin urmare, să fie tratată mai repede și cu servicii de calitate superioară decât cele oferite în sistemele publice subfinanțate. Această diviziune economică creează o diviziune în materie de sănătate în care sănătatea este direct legată de avere. De exemplu, în timp ce o familie cu asigurare privată va reuși să ajungă mult mai repede la un specialist decât o familie cu venituri mici care beneficiază de servicii publice care, de obicei, au liste de așteptare.

Politicile care reduc aceste inegalități, cum ar fi asigurarea universală de sănătate, sunt extrem de necesare pentru a face sistemele de sănătate echitabile (Osoro et al., 2020). Factorii de decizie politică și oficialii guvernamentali dețin o influență ridicată asupra sistemului de sănătate în virtutea competențelor lor de control al finanțării și al elaborării politicilor. Deciziile privind alocarea resurselor sunt luate pe baza problemelor de sănătate care sunt abordate și a modului în care este furnizată asistența

medicală. Cu toate acestea, cel mai adesea alegerile se fac pe baza intereselor politice sau economice, mai degrabă decât pe baza nevoilor reale de sănătate ale comunității. De exemplu, reducerile în serviciile de sănătate mintală sau în programele de sănătate publică afectează în mod disproporționat populațiile vulnerabile și sporesc disparitățile în materie de sănătate. Aici este locul în care profesioniștii din domeniul sănătății, organizațiile neguvernamentale și grupurile comunitare trebuie să ofere sprijinul necesar pentru a-i responsabiliza pe factorii de decizie politică cu privire la sistemele de sănătate care răspund nevoilor tuturor comunităților.

Prejudecățile culturale și rasiale fac dezechilibrele de putere și mai complicate în cazul unui grup minoritar sau cu statut inferior. Astfel, discriminarea sistemică poate duce la inechitate în tratament și la erodarea încrederii în furnizorii de servicii medicale, influențând starea de sănătate a anumitor grupuri (Williams și Wyatt, 2015). De exemplu, multe studii de cercetare au demonstrat că pacienții minoritari primesc adesea un tratament mai puțin adecvat al durerii în comparație cu pacienții din grupul majoritar, reflectând prejudecățile implicite din timpul luării deciziilor clinice (Hirsh et al., 2014; Mathur et al., 2014). Astfel de probleme sunt rezolvate prin intervenții sistemice: diversificarea forței de muncă din domeniul sănătății, formarea profesională împotriva prejudecăților și practici de îngrijire sensibile din punct de vedere cultural.

Tehnologia joacă un rol din ce în ce mai important în îngrijirea sănătății și introduce noi dimensiuni ale puterii. În timp ce dosarele electronice de sănătate, inteligența artificială și telemedicina au revoluționat modul de acordare a asistenței medicale, acestea au concentrat în același timp puterea în mâinile dezvoltatorilor de tehnologie și ale marilor corporații. Multe decizii privind colectarea, stocarea și utilizarea datelor au implicații asupra accesibilității și calității asistenței medicale. De exemplu, algoritmi care informează instrumentele de diagnosticare pot consolida în mod involuntar prejudecățile existente dacă se bazează pe date incomplete sau părtinitoare (Aquino, 2023). Acest lucru va fi esențial pentru a se asigura că schimbările tehnologice

sunt nediscriminatorii și că nu există noi forme de inegalitate emenate de sistemele de asistență medicală. Cu toate acestea, există modalități prin care se poate realiza un echilibru în distribuția puterii în domeniul asistenței medicale.

Relația pacient-furnizor poate fi reechilibrată prin responsabilizarea pacienților prin educație și promovarea luării în comun a deciziilor (Rowland și Politi, 2016). În mod similar, colaborarea interprofesională și valorizarea contribuției întregului personal vor contribui în mare măsură la promovarea unei culturi incluzive a locului de muncă. Disparitățile economice, de gen și rasiale în cadrul politicilor vor reduce inegalitățile sistemice și vor îmbunătăți rezultatele în materie de sănătate pentru populațiile marginalizate. Dinamica puterii în domeniul asistenței medicale este profund legată de structura generală a societății și reflectă inegalitățile din lume în general.

Prin investigarea critică a acestor dinamici și găsirea rădăcinilor acestor dezechilibre, se pot dezvolta sisteme de asistență medicală eficiente, dar receptivă și incluzive. Acest lucru necesită înțelegerea și contestarea ierarhiilor de putere, astfel încât sistemele să înțeleagă sănătatea și demnitatea tuturor persoanelor, indiferent de originea sau circumstanțele lor. Cu toate acestea, ar fi necesară o activitate de colaborare a pacienților, a profesioniștilor, a factorilor de decizie și a comunităților pentru a se asigura că asistența medicală este un loc în care puterea servește binelui comun, fără a crea sau a continua disparitățile.



Prin urmare, înțelegerea rădăcinilor sociologice ale sănătății și medicinei pe baza unor teorii-cheie și a unor cadre conceptuale care descriu cel mai bine sănătatea, determinanții sociali importanți pentru sănătate și dinamica generalizată a puterii în asistența medicală, este un factor important în

înțelegerea rolului și locului personalului medical în îngrijirea pacienților. Aceste componente luate împreună vor demonstra foarte clar că sănătatea nu este doar un fenomen biologic, ci unul născut din organizarea, interacțiunea și inegalitatea socială. Recunoașterea acestor elemente ne împuternicește să conceptualizăm sănătatea dintr-o perspectivă mai largă - cea a echității, colaborării și schimbării sistemice. Orice abordare a sănătății din perspectiva conotației sale sociale și a disparității în ceea ce privește puterea și accesul trebuie să fie integrată într-un sistem de sănătate incluziv și cu adevărat în serviciul tuturor membrilor societății.

CAPITOLUL 2 –

Perspective culturale asupra sănătății și bolii

Credințele și tradițiile culturale modelează modul în care oamenii percep sănătatea, boala și metodele de îngrijire în care au încredere. Aceste diferențe între culturi afectează nu numai modul în care oamenii caută și acceptă diferitele forme de tratament, ci și felul în care privesc simptomele și definesc boala și starea de bine. Acest capitol explorează relația dintre cultură și concepțiile despre sănătate și boală, de la tradițiile medicinei alternative până la tehnologia medicală modernă de ultimă oră. Se analizează, de asemenea, stigmatizarea anumitor boli, ilustrând modul în care astfel de percepții culturale pot constitui bariere în calea îngrijirii și pot avea un impact asupra relațiilor sociale. Astfel de discuții evidențiază modul în care înțelegerea contextelor culturale poate facilita servicii de îngrijire a sănătății mai bune și mai receptive.

Modul în care cultura modelează percepția asupra sănătății și bolii

Explicația culturală a sănătății și a bolii influențează în mare măsură modul în care atât individul, cât și comunitatea percep corpul și răspund la majoritatea problemelor de sănătate. În multe culturi, sănătatea are niveluri de explicație spirituale, comunitare sau morale, dincolo de cea biologică. În unele culturi, boala poate fi văzută ca o pedeapsă pentru acțiuni interzise, opera spiritului unui strămoș sau un dezechilibru în ordinea naturală (Anizoba, 2022; White, 2015). Astfel de idei influențează frecvent natura

prezentării simptomelor, precum și deciziile pacienților de a solicita tratament medical și tipul de tratament pe care îl aleg.

În societățile în care bunăstarea colectivă este prioritară, sănătatea este adesea legată de relațiile sociale și de echilibrul comunității (Knifton, 2015). Boala unui individ poate fi interpretată ca un semn de discordie în cadrul familiei sau al comunității, ceea ce generează ritualuri sau eforturi comunitare pentru restabilirea armoniei. În schimb, în culturile puternic individualiste, sănătatea poate fi văzută ca o responsabilitate personală, punându-se accentul pe alegerea stilului de viață și pe controlul individual asupra propriului corp. Aceste perspective diferite influențează modul în care sunt primite campaniile de educație pentru sănătate, modul în care sunt elaborate politicile și modul în care medicii comunică cu pacienții din medii diverse.

Limbajul și narațiunile culturale joacă un rol esențial în modelarea modului în care conceptualizăm sănătatea și boala. Cuvintele utilizate pentru a descrie o anumită afecțiune au o anumită semnificație care, în majoritatea cazurilor, influențează viziunea oamenilor asupra afecțiunilor respective. În unele culturi, bolile mintale sunt conceptualizate ca slăbiciuni sau eșecuri morale, nu ca boli, iar astfel de percepții au creat bariere datorită stigmatizării, care pot împiedica persoanele afectate să caute tratamentul adecvat (Ahad et al., 2023). În schimb, în acele culturi care tind să prezinte bolile cu ajutorul unor termeni neutri sau mai favorabili există tendința de a utiliza mai multe servicii de asistență medicală. Aceste narațiuni influențează nu numai persoanele în sine, ci și atitudinea societății față de cei care se confruntă cu anumite probleme de sănătate.

De asemenea, așteptările culturale pot influența gradul de „vizibilitate socială” a bolii: în unele culturi, boala este publică și este văzută ca o problemă de îngrijire comunitară; în altele, este ținută bine ascunsă - mai ales dacă problemele de sănătate sunt asociate cu afecțiuni considerate rușinoase sau tabu. Aceasta din urmă, desigur, întârzie diagnosticarea și tratamentul și, adesea, înrăutățește rezultatele pentru sănătate. De exemplu, boli precum infertilitatea sau cele cu transmitere sexuală sunt asociate cu un grad mare

de stigmatizare și pot face o persoană să fie mai retrasă sau pot limita accesul la îngrijire al persoanei respective.

Practicile culturale se extind și mai mult, acoperind chiar și aspectele legate de prevenție și stilul de viață. Tradițiile au un cuvânt de spus în ceea ce privește obiceiurile alimentare, exercițiile fizice și chiar obiceiurile de somn. În majoritatea culturilor care au dogme spirituale sau religioase, locuitorii lor postesc, meditează sau se roagă în mod regulat pentru a beneficia de sănătate. Deși aceste practici aduc într-adevăr beneficii fizice și psihologice, pot exista situații în care acestea intră în conflict cu sfaturile medicilor și creează astfel fricțiuni între credințele tradiționale și o abordare mai modernă a asistenței medicale.

Profesioniștii din domeniul sănătății care nu iau în considerare aceste variații culturale sunt expuși riscului de comunicare greșită, neîncredere și chiar diagnosticare eronată. Chiar dacă un medic prescrie un medicament foarte eficient pacientul poate să se opună, să fie rezistent la folosirea lui dacă crede că remediile tradiționale sau intervenția spirituală vor fi mai eficiente. Această situație evidențiază importanța competenței culturale în practica medicală, în cadrul căreia medicii fac un efort pentru a înțelege și a respecta mediul cultural al pacienților lor.

Atât tehnologia, cât și globalizarea par, de asemenea, să spargă unele ziduri culturale, dar ridică la rândul lor alte probleme. Un exemplu în acest sens îl reprezintă impactul pe care îl are internetul asupra sănătății, printre consecințele sale negative fiind răspândirea de informații incorecte privind sănătatea și, astfel, contribuind la consolidarea prejudecăților anumitor alte culturi (Ho și Ye, 2024). Oamenii se angajează adesea în discuții online influențate de mediul lor cultural, ceea ce poate duce la consolidarea unor idei care contrazic medicina bazată pe dovezi. Acest amestec de influențe tradiționale și contemporane are ca rezultat un mediu distinct în care definițiile sănătății și bolii sunt redefinite în permanență.

Noțiunile culturale de sănătate sunt în continuă evoluție. Acest lucru se datorează faptului că indivizii sunt influențați de noi concepții, noi tehnologii

și de mediile sociale în continuă schimbare. Înțelegerea acestor noțiuni schimbătoare și a implicațiilor lor reprezintă o provocare importantă pentru profesioniștii din domeniul sănătății putând influența modul în care se poate obține o stare de sănătate optimă. Aceasta ar însemna că, în domeniul asistenței medicale, nu mai există o soluție unică; practicile trebuie să onoreze și să integreze diversitatea culturală.

Medicina tradițională vs. Practicile moderne de asistență medicală

După ce am subliniat modul în care cultura modelează percepțiile asupra sănătății și bolii, devine important să analizăm relația dintre medicina tradițională și practicile moderne de asistență medicală, ca două abordări care reprezintă moduri diferite de înțelegere și abordare a sănătății. Medicina tradițională, profund ancorată în contexte culturale și istorice, are în general o abordare holistică și face legătura între bunăstarea fizică, spirituală și socială (Kustiyati et al., 2024). Pe de altă parte, sistemul actual de sănătate se bazează pe metodologia științifică și pe practica bazată pe dovezi atunci când diagnostichează și tratează pacienții (Tzenios, 2022). Deși aceste două sisteme pot părea a fi în dezacord unul cu celălalt, fiecare are avantajele sale specifice și aduce contribuții importante la sănătate și vindecare.

Medicina tradițională ia multe forme, inclusiv remedii pe bază de plante, acupunctură, masaj, vindecare spirituală și o varietate de ritualuri indigene, pentru a numi doar câteva. Aceste practici sunt de obicei bazate pe secole de cunoștințe acumulate și sunt profund legate de identitățile culturale. Medicina tradițională chineză, de exemplu, consideră că sănătatea este o chestiune de echilibru între energiile Yin și Yang; tratamentele de acupunctură sunt efectuate cu intenția de a restabili echilibrul (Fu et al., 2021). Mulți vindecători africani tratează afecțiunile corpului fizic și spiritual cu ajutorul ierburilor, rugăciunilor și divinației (Mokgobi, 2015). Rezonanța între pacient

și vindecător poate fi mai profundă în aceste practici, deoarece acestea aduc un sentiment de familiaritate, continuitate culturală și sprijin emoțional.

Practica sănătății moderne se bazează pe investigații științifice combinate cu teste clinice și de laborator, care ajung la moduri universale și standardizate de tratament (Tzenios, 2022). Din revoluția științifică a răsărit o rasă mult îmbunătățită a sănătății umane prin invenții precum antibioticele, metodele de vaccinare și abilitățile chirurgicale. Accentul pus pe precizie și pe rezultate bazate pe dovezi a transformat furnizarea serviciilor de sănătate, ceea ce a permis tratarea bolilor complicate și gestionarea urgențelor de sănătate publică. Aceasta a fost adesea criticată ca fiind inumană, unidimensională prin concentrarea sa asupra variabilelor biologice și departe de zonele culturale și emoționale în gestionarea pacienților.

Relația dintre medicina tradițională și cea modernă prezintă adesea semne de conflict. Criticii medicinei tradiționale subliniază lipsa unei validări științifice temeinice și subliniază faptul că unele practici pot fi ineficiente sau chiar dăunătoare (Abdullahi, 2011). În schimb, susținătorii metodelor tradiționale subliniază neajunsurile asistenței medicale moderne, în special incapacitatea acesteia de a satisface nevoile holistice ale pacienților și inaccesibilitatea sa în zonele cu resurse limitate (Dassah et al., 2018). Aceasta a fost singura opțiune pentru oamenii din multe districte rurale cum ar fi Africa sub sahariană, oferind, uneori din necesitate, singurul mod de asistență medicală accesibil și acceptat din punct de vedere cultural.

În ciuda acestui fapt, se pare că există o recunoaștere crescândă a modalităților prin care această practică convențională sau cutumiară poate, de asemenea, să completeze medicina modernă sau convențională în vederea unei îngrijiri eficiente în ansamblu. Această abordare integrată, denumită și medicină complementară sau integrativă, urmărește să exploateze punctele forte ale ambelor sisteme. De exemplu, Ayurveda este practică alături de medicina alopatică în multe spitale guvernamentale din India, oferind pacienților opțiuni pentru tratamente care se potrivesc mai bine mediului lor cultural (Payyappallimana și Venkatasubramanian, 2015). Acupunctura și

meditația s-au bucurat de un vast val de interes și sprijin în multe țări occidentale, fiind folosite alături de îngrijirile convenționale în cazul afecțiunilor însoțite de dureri cronice și a tulburărilor comune de sănătate mintală (Vickers și Linde, 2014). Aceste practici integrate pot asigura o punte între aceste două modalități de îngrijire, asigurând o îngrijire cuprinzătoare, centrată pe pacient.

Integrarea nu este o sarcină ușoară, necesitând abordarea atât a aspectelor etice cât și a celor practice. Asigurarea că practicile tradiționale îndeplinesc standardele de siguranță și eficacitate este esențială, la fel ca și respectarea drepturilor de proprietate intelectuală ale comunităților indigene. De asemenea, este nevoie de educație și dialog pentru a reduce neîncrederea dintre practicienii celor două sisteme. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să respecte practicile tradiționale pentru valoarea lor culturală, susținând în același timp integritatea științifică. Politicile care încurajează colaborarea, cercetarea și respectul reciproc vor contribui la realizarea întregului potențial al asistenței medicale integrative.

Dezbaterea dintre medicina tradițională și cea modernă ridică, de asemenea, întrebări mai ample cu privire la natura sănătății și a vindecării. Bazându-se pe rezultate măsurabile și pe protocoale standardizate, medicina modernă trece adesea cu vederea experiențele subiective ale bolii și contextele culturale în care acestea apar (Napier et al., 2014). În schimb, accentul pus de medicina tradițională pe îngrijirea individualizată și pe rezonanța culturală poate oferi o perspectivă asupra dimensiunilor umane ale sănătății pe care abordările moderne le neglijează uneori (Dalamagka, 2024). Prin această apropiere a perspectivelor, se poate obține o înțelegere mai profundă a bolii și o abordare mai cuprinzătoare a vindecării.

În cele din urmă, medicina tradițională și asistența medicală modernă nu se exclud reciproc, ci reprezintă două moduri de înțelegere și tratare a sănătății umane. Fiecare sistem are punctele sale forte și punctele sale slabe; iar în coexistența lor este integrată bogăția experienței umane. Ambele abordări au multe de oferit, iar o perspectivă critică, dar echilibrată, va

contribui în continuare la îmbunătățirea sistemelor de sănătate și a calității îngrijirii pacienților. Pe măsură ce provocările din domeniul sănătății globale continuă să crească, intensificarea discuțiilor și a colaborării între diferite perspective poate fi importantă în găsirea unor soluții mai cuprinzătoare și mai echitabile în materie de asistență medicală.

Stigme culturale privind bolile

Un subiect care a fost adesea abordat în discuțiile despre sănătate și boală este stigmatizarea culturală, care oferă un context extrem de puternic în care unele boli sunt privite și experimentate. Stigma, fiind legată de normele culturale și de atitudinea societății, etichetează de cele mai multe ori bolile în moduri care echivalează cu discriminarea, rușinea și izolarea. Aceste prejudecăți nu apar la nivel individual, ci reprezintă narațiuni comune, care, la rândul lor, influențează comportamentul, impun constrângeri asupra utilizării serviciilor de sănătate și, prin urmare, reprezintă obstacole puternice în calea restabilirii sănătății publice. O abordare informată a stigmatizării culturale necesită cunoașterea originilor, manifestărilor și ramificațiilor acestora pentru indivizi și comunitățile lor.

Bolile despre care se crede că provin din deficiențe morale sau societale au o tendință mai puternică de stigmatizare. Boala mintală rămâne un fenomen care este prost înțeles de multe culturi, iar persoana care suferă poate fi considerată slabă sau periculoasă și chiar blestemată. În cele mai multe cazuri, lepra și infecțiile cu transmitere sexuală au fost prezentate în discursurile publice pentru o perioadă îndelungată drept pedepse pentru anumite eșecuri personale. O astfel de încadrare îi îndepărtează pe acești indivizi și îi determină și mai mult să nu urmeze un tratament. În unele societăți africane, femeile cu fistulă sunt evitate, nu pentru că afecțiunea este contagioasă, ci pentru că este o rușine socială. Și în acest caz, stigmatizarea provine mai degrabă din asocierea culturală a bolii cu o judecată morală decât cu un motiv medical obiectiv.

HIV/SIDA este un exemplu grăitor al prejudițiilor pe care le poate provoca stigmatizarea culturală. Încă din primii ani ai epidemiei, persoanele cu HIV au fost adesea supuse unui control moral, boala fiind legată de comportamente considerate inacceptabile în multe societăți. Într-un studiu realizat de Grant et al. (2013), s-a constatat că persoanele care trăiesc cu HIV se confruntă frecvent cu respingerea din partea familiilor și comunităților lor, exacerbând sentimentele de izolare. Aceste experiențe nu sunt limitate la o singură regiune; într-un sat rural din Nigeria, un bărbat a raportat că și-a pierdut locul de muncă și că i s-a refuzat accesul la resursele comune după ce și-a dezvăluit statutul. Cel mai adesea, rușinea și respingerea combinate îi descurajează pe mulți de la diagnosticarea și tratamentul precoce, ceea ce a continuat să perpetueze răspândirea bolii.

Credințele și religiile tradiționale amplifică de obicei astfel de stigmate culturale. În unele culturi, în care boala este percepută ca o formă de pedeapsă din partea zeilor, o astfel de persoană poate fi ostracizată sau blamată. De exemplu, în unele culturi aborigene, se crede că boli precum epilepsia sunt cauzate de posedarea de către spiritele rele, ceea ce determină familia să caute un tratament spiritual mai degrabă decât asistență medicală (Obeid et al., 2012). În timp ce astfel de credințe dau sens bolii într-un context cultural, ele îi stigmatizează de obicei pe cei afectați și împiedică tratamentul în timp util. Acest lucru ar putea fi înlăturat prin implicarea liderilor religioși și culturali locali pentru a reduce decalajul dintre tradiție și asistența medicală modernă.

Mass-media joacă, de asemenea, un rol semnificativ în modelarea și perpetuarea stigmatizării. Primele reprezentări ale HIV/SIDA din anii 1980 o prezentau frecvent ca pe o "condamnare la moarte", alimentând teama și prejudecățile. Reprezentările senzaționaliste din filme și de la televizor continuă să îi prezinte pe cei care suferă de boli mintale ca fiind periculoși sau instabili, creând concepții greșite. Cu toate acestea, mass-media poate fi, de asemenea, un puternic facilitator al reducerii stigmatizării. Campaniile care ilustrează persoane diagnosticate și care trăiesc vieți pline le fac umane și sfidează stereotipurile. De exemplu, atitudinea societății față de empatie și

înțelegere s-a schimbat deoarece figurile publice vorbesc despre parcursul lor în ceea ce privește sănătatea mintală.

Sistemele de sănătate nu fac excepție în crearea stigmatizării. După cum se menționează în studii precum Funsani et al. (2021), practicile discriminatorii din mediile medicale țin de obicei oamenii departe de îngrijire. Femeile din societățile conservatoare nici măcar nu ar merge la clinicile prenatale deoarece nu doresc să fie judecate pentru că au copii în afara căsătoriei. Aceste experiențe servesc la a arăta cât de importantă este formarea furnizorilor de asistență medicală în ceea ce privește recunoașterea și recunoașterea prejudecăților lor, astfel încât aceștia să ofere îngrijire care să respecte demnitatea pacienților.

În acest fel, experiența stigmatizării culturale se extinde la nivel structural, contribuind la zădărnicierea inițiativelor de sănătate publică. Oamenii vor ascunde adesea simptomele atunci când tuberculoza sau bolile mintale sunt stigmatizate social, împiedicând diagnosticarea și tratamentul precoce. Rezultatul unei astfel de întârzieri nu este doar o stare de sănătate mai proastă pentru individ, ci și un risc crescut de transmitere a bolii. Prin urmare, intervențiile în domeniul sănătății publice ar trebui să includă strategii de reducere a stigmatizării prin intermediul educației comunitare și al grupurilor de sprijin, care vor contribui la încurajarea persoanelor de a solicita îngrijire la timp.

Abordarea stigmatizării culturale necesită o abordare multidimensională care include atât intervenții la nivel local, cât și sistemice. La nivelul comunității, discuțiile între liderii locali și persoanele cu influență culturală pot oferi o cale de revizuire a credințelor dăunătoare. De exemplu, persoanele care trăiesc cu ITS sau care au depășit o boală mintală, atunci când ies în public pentru a-și spune poveștile, risipesc miturile și contribuie la acceptare. Campaniile la nivel local care utilizează povestirea s-au dovedit a fi foarte eficiente în schimbarea percepțiilor și construirea solidarității.

Aceasta ar include politici antidiscriminare, sprijin structural pentru persoanele cu probleme de sănătate care lucrează și facilități adecvate care să le permită funcționarea la locul de muncă. Școlile pot juca, de asemenea,

un rol crucial prin educația incluziunii cu privire la stigmatizare și acceptare. Formarea medicală în sine ar putea fi dezvoltată pentru a dota viitorii lucrători din domeniul sănătății cu sensibilitatea de a trata și de a furniza servicii într-un mod care nu propagă, ci, mai degrabă, combate stigmatizarea.

În cele din urmă, stigmatul cultural nu cuprinde doar neînțelegeri, ci recunoaște umanitatea din fiecare călătorie în domeniul sănătății. Stigmatizarea le răpește persoanelor demnitatea și, în multe situații, accesul la asistență vitală. Cu empatie și compasiune, transformarea sistemică ajută societățile să stabilească medii care apreciază, sprijină și împuternicesc persoanele în căutarea tratamentului. Reducerea stigmatizării are un impact suplimentar de împuternicire nu doar a persoanelor, ci și a comunităților întregi în vederea îmbunătățirii sănătății și bunăstării



Diminuarea stigmatizării poate permite indivizilor, precum și comunităților întregi, să se îndrepte către o sănătate și o formă fizică mai bune.

Cunoașterea modului în care cultura influențează percepția, acceptarea sau respingerea practicilor medicale tradiționale sau moderne, precum și a modului în care cultura menține stigmatizarea, este esențială pentru dezvoltarea unor sisteme medicale adecvate și receptive.

Este de datoria medicilor să se implice în contextul cultural al pacientului pentru a putea crea încredere și înțelegere și pentru a demonta stereotipurile dăunătoare. Integrarea sensibilă din punct de vedere cultural a îngrijirii, educația comunității și combaterea narațiunilor de stigmatizare în colaborare pot face din abordarea asistenței medicale un efort destul de echitabil și cu adevărat grijuliu.

Sensibilitatea culturală cu empatia în prim plan poate duce profesioniștii din domeniul sănătății mai aproape de reducerea decalajelor, prin urmare, abilitarea pacienților, punând în același timp baze mai solide pentru echitatea globală în materie de sănătate.

CAPITOLUL 3 –

Rolul instituțiilor sociale în asistența medicală

Asistența medicală nu există în mod izolat; aceasta este profund integrată în țesătura instituțiilor sociale care modelează modul în care indivizii și comunitățile au acces la ea, o experimentează și o înțeleg. De la rolurile în modul în care se realizează îngrijirea în cadrul familiilor și a comunităților religioase până la implicarea în structurile mai largi care asigură dezvoltarea politicilor guvernamentale și ale sistemelor de sănătate publică, aceste instituții influențează în mod colectiv rezultatele și disparitățile în materie de sănătate. Mass-media joacă, de asemenea, un rol esențial, modelând percepțiile și sensibilizând cu privire la problemele de sănătate, deși nu fără provocări. Examinarea relației dintre aceste instituții oferă o perspectivă valoroasă asupra modului în care este organizată, comunicată și furnizată asistența medicală, subliniind necesitatea unei abordări mai integrate și mai receptivă a sănătății publice. Vom explora aceste roluri diferite în acest capitol.

Familia, religia și comunitatea în îngrijirea copilului

În multe societăți, îngrijirea este văzută ca o extensie a iubirii și a datoriei, profund legată de valorile familiei, religiei și comunității (Lillekroken et al., 2021). Pentru a oferi o imagine de ansamblu mai bună a ceea ce intenționăm să înțelegem în această secțiune, gândiți-vă la o bunică dintr-un sat mic, care, în ciuda propriilor dureri și pași lenți, își petrece zilele îngrijindu-și nepotul bolnav. Îi gătește mâncarea, îi masează fruntea când îi crește febra și îi șoptește rugăciuni în noaptea liniștită. Acțiunile ei reflectă o tradiție tacită transmisă din generație în generație

- îngrijirea propriilor semeni, chiar și atunci când resursele sunt limitate și solicitările par copleșitoare.

Această relatare, deși comună, subliniază faptul că membrii familiei devin adesea coloana vertebrală a îngrijirii, asumându-și roluri care variază de la oferirea de sprijin emoțional la administrarea de îngrijiri medicale. Aceste responsabilități cad adesea în mod disproporționat asupra femeilor, consolidând așteptările societății cu privire la gen și la îngrijirea persoanelor. Cu toate acestea, aceste roluri tradiționale, deși satisfăcătoare în anumite privințe, pot supune îngrijitorii la o presiune fizică și emoțională imensă. Fără sprijin extern, aceste sarcini riscă să compromită sănătatea și bunăstarea îngrijitorului.

Religia, o altă piatră de temelie a îngrijirii, oferă atât alinare, cât și structură. Multe religii consideră îngrijirea bolnavilor drept o datorie sacră. În învățăturile creștine, de exemplu, actul de a-i ajuta pe bolnavi este considerat o formă de a-l servi pe Dumnezeu, în timp ce practicile islamice subliniază obligația comunității de a-i ajuta pe cei aflați în nevoie (Mazid și Azam, 2024). Lăcașurile de cult sunt adesea dublate de spații de vindecare, unde persoanele se adună pentru a se ruga, a-și împărtăși luptele și a căuta alinare. Cu toate acestea, împletirea dintre credință și îngrijirea persoanelor poate crea și provocări. De exemplu, cercetările indică faptul că familiile pot acorda prioritate remediilor spirituale în fața sfaturilor medicale, în special în cazurile în care liderii religioși atribuie boala unor cauze morale sau spirituale (Balboni et al., 2022). Echilibrarea acestor credințe cu intervențiile medicale necesită o abordare sensibilă din punct de vedere cultural, care să respecte credința, încurajând în același timp îngrijirea bazată pe dovezi.

Implicarea comunității apare adesea ca un sistem de sprijin vital, în special în regiunile în care infrastructura medicală este limitată. În zonele rurale, nu este neobișnuit să vezi vecini care se implică, aducând mese, oferind transport la clinici sau pur și simplu stând cu pacienții pentru a le ține companie (Kotani, 2020). Această îngrijire colectivă oferă o plasă de siguranță, promovând un sentiment de apartenență și de îngrijire reciprocă. Cu toate acestea, pe măsură ce urbanizarea erodează legăturile comunitare

tradiționale, aceste practici sunt din ce în ce mai amenințate. Creșterea numărului de familii nucleare și migrația pentru muncă lasă adesea persoanele în vârstă sau bolnave cronic cu mai puține opțiuni de sprijin (Limaye et al., 2020).

Pentru a exemplifica, o tânără mamă dintr-o zonă urbană s-ar putea baza pe grupul de femei al centrului său religios local (de exemplu: biserică, moschee) pentru a o ajuta să aibă grijă de părinții ei în vârstă, în timp ce ea jonglează cu slujba și îngrijirea copiilor. Grupul nu numai că ajută la îndeplinirea sarcinilor practice, dar oferă și sprijin emoțional, împărtășind bucuriile și provocările îngrijirii. Aceste rețele informale evidențiază rezistența comunităților, dar dezvăluie și lacunele introduse de viața modernă.

Atitudinile culturale influențează puternic modul în care este abordată și percepută îngrijirea. În unele comunități, solicitarea de ajutor în afara familiei poate fi văzută ca un eșec în îndeplinirea responsabilităților (Mayrhofer et al., 2008). Această convingere poate izola îngrijitorii, împiedicându-i să acceseze resurse valoroase sau să-și împărtășească deschis problemele. În schimb, culturile care îmbrățișează îngrijirea în comun încurajează adesea sisteme de sprijin mai solide, făcând ca experiența îngrijirii să fie mai puțin izolantă (Reuben și Indran, 2021). Recunoașterea acestor distincții culturale este esențială atunci când se concep intervenții sau mecanisme de sprijin pentru îngrijitori.

Furnizorii de servicii medicale au, de asemenea, un rol în modelarea experienței de îngrijire. Dovezile anecdotice ale îngrijitorilor evidențiază adesea atât întâlnirile pozitive, cât și cele negative cu cadrele medicale (Wolff et al., 2020). Un tată care își îngrijește copilul autist ar putea povesti cum un medic plin de compasiune a făcut diferența, făcându-și timp să asculte și să ofere sfaturi personalizate. Dimpotrivă, atitudinile disprețuitoare sau critice din partea lucrătorilor din domeniul sănătății pot descuraja îngrijitorii să caute ajutor, agravând astfel dificultățile lor. Formarea care pune accentul pe empatie și pe înțelegerea diverselor contexte de îngrijire poate îmbunătăți aceste interacțiuni, promovând încrederea între îngrijitori și sistemul de

sănătate (Bas-Sarmiento et al., 2020).

În cele din urmă, povestirea, fie prin adunări locale, fie prin mass-media globală, servește ca un instrument puternic pentru a pune în lumină realitățile îngrijirii. Relatările care celebrează reziliența îngrijitorilor sau evidențiază dificultățile acestora pot inspira comunitățile să ofere mai mult sprijin (Capous-Desyllas et al., 2020). De exemplu, povestea unei comunități care se mobilizează în jurul unei familii afectate de o boală cronică ar putea motiva alte persoane să ia măsuri similare, consolidând ideea că îngrijirea este o responsabilitate comună.

Îngrijirea, modelată de familie, religie și comunitate, reflectă esența legăturii umane. Este un act care are o semnificație profundă, dar care necesită, de asemenea, atenție la provocările pe care le aduce. Prin înțelegere și efort colectiv, aceste structuri sociale pot continua să ofere fundamentul îngrijirii, adaptându-se în același timp la nevoile în continuă evoluție ale vieții moderne.

Politici guvernamentale și sisteme de sănătate publică

Rolul colectiv al familiei, religiei și comunității în îngrijirea persoanelor oferă un sprijin vital persoanelor care se confruntă cu probleme de sănătate. Cu toate acestea, aceste structuri informale nu pot funcționa izolat, în special în fața unor crize generalizate de sănătate sau a unor inegalități sistemice. Aici intervin politicile guvernamentale și sistemele de sănătate publică, care modelează cadrul mai larg în care se desfășoară îngrijirea și furnizarea asistenței medicale. În timp ce familiile pot oferi îngrijire practică, iar comunitățile coloana vertebrală morală, politicile și sistemele de guvernare sunt cele care determină accesul, calitatea și echitatea asistenței medicale.

Guvernele dețin o putere imensă de a influența rezultatele în materie de sănătate publică prin politicile și investițiile lor. Sistemele cuprinzătoare de sănătate publică, finanțate și reglementate de stat, joacă un rol esențial în

asigurarea faptului că asistența medicală este accesibilă tuturor, indiferent de statutul socio-economic. În țările cu o infrastructură de sănătate publică solidă, cum ar fi Serviciul Național de Sănătate (NHS) din Regatul Unit, cetățenii beneficiază de acces universal la asistență medicală, reducând disparitățile în ceea ce privește disponibilitatea tratamentului (NHS England, 2023). Dimpotrivă, în națiunile în care asistența medicală este în mare parte privatizată sau subfinanțată, cum ar fi Statele Unite, accesul depinde adesea de venit, de locul de muncă sau de asigurarea privată. Aceste discrepanțe evidențiază modul în care prioritățile guvernamentale modelează în mod direct peisajul sanitar al unei națiuni.

Să luăm în considerare cazul politicilor de vaccinare. Guvernele care pun în aplicare programe de vaccinare obligatorie, însoțite de campanii de educare a publicului, obțin adesea rate mai ridicate de imunizare și incidențe mai scăzute ale bolilor care pot fi prevenite (Sinumvayo et al., 2024). De exemplu, implementarea pe scară largă a campaniilor de vaccinare împotriva poliomielitei la mijlocul secolului al XX-lea a eradicat practic boala în multe părți ale lumii (Baicus, 2012). Cu toate acestea, în regiunile în care astfel de politici au fost fie slab aplicate, fie au întâmpinat rezistență din cauza dezinformării, focarele de poliomielită au persistat timp de mai multe decenii (Baicus, 2012). Acest exemplu subliniază importanța unor politici de sănătate publică coerente și bine puse în aplicare pentru atingerea obiectivelor societale în materie de sănătate.

Dincolo de furnizarea asistenței medicale, politicile guvernamentale influențează, de asemenea, determinanții sociali ai sănătății. Inițiativele care vizează reducerea sărăciei, educația, locuințele și ocuparea forței de muncă contribuie indirect la îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate. De exemplu, programele de subvenționare a locuințelor reduc expunerea la condiții de viață nesigure, în timp ce reformele în domeniul educației îmbunătățesc cunoștințele legate de sănătate, permițând persoanelor să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la bunăstarea lor (Ferti și Reingold, 2007; Zanobini et al., 2024). În aceste moduri, politicile care nu se

concentrează în mod direct asupra asistenței medicale joacă totuși un rol crucial în modelarea sănătății publice.

Cu toate acestea, sistemele de sănătate publică nu sunt lipsite de provocări. Ineficiențele birocratice, deficitul de fonduri și proasta gestionare pot submina eficacitatea acestora, lăsând populațiile vulnerabile fără servicii (Heinrich et al., 2021). Un studiu realizat de un lucrător medical rural din Africa Subsahariană ilustrează acest lucru. În ciuda unei politici guvernamentale de a oferi asistență medicală maternă gratuită, lucrătorul a raportat că, din cauza lipsei frecvente de stocuri de medicamente esențiale și a lipsei de personal calificat, femeile însărcinate au rămas adesea fără îngrijirea promisă (Rosser et al., 2022). Astfel de lacune nu numai că subminează încrederea în sistemele de sănătate publică, dar exacerbează, de asemenea, disparitățile în materie de sănătate, afectându-i în mod disproporționat pe cei deja dezavantajați.

Inegalitățile în materie de asistență medicală apar și în alocarea resurselor în cadrul sistemelor de sănătate publică. Zonele urbane primesc adesea o parte mai mare din finanțare și din facilitățile medicale, în timp ce regiunile rurale se confruntă cu clinici cu resurse insuficiente și cu o lipsă de profesioniști în domeniul sănătății. Guvernele care doresc să abordeze aceste disparități trebuie să investească în furnizarea descentralizată de asistență medicală, asigurându-se că zonele rurale și cele slab deservite primesc atenția de care au nevoie. Clinicile mobile, telemedicina și stimularea lucrătorilor din domeniul sănătății pentru a presta servicii în zonele îndepărtate sunt exemple de strategii care pot reduce aceste decalaje (Sunny et al., 2024).

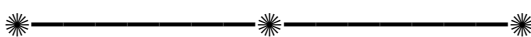
Deciziile politice legate de finanțarea asistenței medicale sunt adesea influențate de ideologii politice și de considerente economice.

În timpul celor mai multe recesiuni economice, bugetele de sănătate sunt frecvent printre primele care suferă reduceri, ceea ce duce la reducerea serviciilor și la creșterea cheltuielilor pe care cetățenii trebuie să le acopere singuri, din propriul buget (Sánchez-Recio et al., 2022). Aceste măsuri de austeritate pot avea efecte de lungă durată, în special pentru grupurile

marginalizate care se bazează în mare măsură pe sistemele de sănătate publică. În schimb, guvernele care acordă prioritate finanțării asistenței medicale, chiar și în perioade dificile, înregistrează adesea rezultate mai bune pe termen lung în materie de sănătate și productivitate economică.

Colaborarea dintre guverne și organizațiile internaționale joacă, de asemenea, un rol esențial în consolidarea sistemelor de sănătate publică. Parteneriatele cu organisme precum Organizația Mondială a Sănătății (OMS) sau organizațiile neguvernamentale pot oferi expertiză tehnică, finanțare și resurse pentru a aborda provocări complexe în domeniul sănătății (Ebulue et al., 2024). Campaniile globale de vaccinare, răspunsurile la pandemii și inițiativele de combatere a unor boli precum malaria și tuberculoza au beneficiat toate de astfel de colaborări, ilustrând natura interconectată a guvernantei în domeniul sănătății.

Eficacitatea politicilor guvernamentale și a sistemelor de sănătate publică depinde în mare măsură și de vocea comunităților pe care le deservește. Implicarea cetățenilor în procesul de elaborare a politicilor garantează că nevoile și prioritățile acestora sunt abordate, promovând un sentiment de proprietate și încredere în inițiativele de sănătate publică (Weger et al., 2022). Forumurile de sănătate comunitară, sondajele și consultările publice sunt instrumente valoroase pentru colectarea de informații și elaborarea de politici care reflectă realitățile diverselor populații.



Relația dintre politicile guvernamentale, sistemele de sănătate publică și bunăstarea individuală este dinamică și interdependentă. În timp ce familiile, grupurile religioase și comunitățile furnizează îngrijirea de bază, aceste eforturi sunt amplificate și susținute prin elaborarea și punerea în aplicare strategică a politicilor.

Abordând barierele sistemice, asigurând o distribuție echitabilă a resurselor și implicând comunitățile în mod semnificativ, guvernele au potențialul de a transforma asistența medicală într-un drept universal și nu într-un privilegiu.

Prin astfel de măsuri, sistemele de sănătate publică pot deveni nu doar furnizori de îngrijire, ci și faruri ale echității și justiției, protejând sănătatea tuturor cetățenilor.

Influența mass-mediei asupra sănătății

În timp ce politicile guvernamentale și sistemele de sănătate publică creează cadrul structural pentru furnizarea asistenței medicale, mass-media modelează percepția publicului și influențează comportamentele individuale și colective în materie de sănătate. Într-o epocă a schimbului rapid de informații, mass-media tradițională, platformele social media și serviciile de știri digitale joacă un rol esențial în educarea, informarea și, uneori, dezinformarea publicului cu privire la problemele legate de sănătate. Puterea mass-mediei în ceea ce privește sensibilizarea cu privire la sănătate nu poate fi supraestimată, deoarece aceasta ajunge la persoane din toate categoriile demografice și geografice, reducând adesea decalajul dintre cunoștințele experților și înțelegerea publicului.

Unul dintre principalele moduri în care mass-media influențează nivelul de conștientizare a sănătății este prin diseminarea campaniilor de educație pentru sănătate. Autoritățile din domeniul sănătății publice se bazează adesea pe mass-media pentru a răspândi informații esențiale privind măsurile preventive, simptomele bolilor și opțiunile de tratament (Collinson et al., 2015). De exemplu, campaniile care pledează pentru depistarea precoce a cancerului de sân au îmbunătățit semnificativ ratele de depistare a acestuia în stadii incipiente, în special în țările cu venituri ridicate (Manson și Achel, 2023). Raza de acțiune a mass-mediei asigură pătrunderea în comunități a informațiilor care pot salva vieți sau modifica calitatea vieții persoanelor,

modificând rezultatele în materie de sănătate la scară largă (Heldman et al., 2013). Cu toate acestea, eficacitatea acestor campanii depinde în mare măsură de acuratețea și relevanța culturală a conținutului transmis.

Platformele social media au amplificat amploarea conștientizării sănătății, oferind un spațiu pentru dialog, partajarea resurselor și povestiri personale. Pacienții și susținătorii sănătății folosesc adesea aceste platforme pentru a împărtăși experiențe, pentru a demistifica afecțiunile și pentru a promova un sentiment de solidaritate între persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate similare (Saha et al., 2019). De exemplu, cercetările indică faptul că comunitățile care discută deschis despre sănătatea mintală pe platforme precum Instagram sau Twitter au contribuit la reducerea stigmatizării, încurajând mai multe persoane să solicite ajutor profesional (Alonzo și Popescu, 2021; Owolabi et al., 2024). Această deschidere digitală are potențialul de a demonta barierele din calea îngrijirii, în special în societățile în care discutarea anumitor subiecte de sănătate rămâne tabu.

Mass-media are o serie de beneficii în modelarea conștientizării sănătății, dar acest rol nu este lipsit de capcane. Dezinformarea, adesea răspândită rapid pe rețelele de socializare, poate avea consecințe grave asupra sănătății publice. De exemplu, în primele etape ale pandemiei COVID-19, afirmațiile false privind tratamentele și metodele de prevenire au circulat pe scară largă, ducând la confuzie și, în unele cazuri, la comportamente dăunătoare (Ho et al., 2022). Acest lucru evidențiază nevoia critică de alfabetizare mediatică în rândul publicului și de reglementare strictă a conținutului legat de sănătate. În lipsa unei conservări atente și a verificării faptelor, mass-media poate submina încrederea în știință și în sistemele de sănătate, lăsând populațiile vulnerabile la daune care pot fi prevenite.

Să luăm exemplul reticenței față de vaccin într-o comunitate rurală în care zvonurile privind siguranța vaccinului au proliferat prin intermediul grupurilor locale de WhatsApp. În ciuda campaniilor guvernamentale într-o astfel de comunitate, dezinformarea încorporată în rețelele comunitare ar putea semăna teamă și rezistență. Cu toate acestea, o contra-campanie

condusă de o asistentă medicală locală, care și-a împărtășit povestea vaccinării propriilor copii prin intermediul aceleiași platforme, poate restabili treptat încrederea. Acest lucru ne arată potențialul mass-media, atunci când este utilizată în mod responsabil, nu numai pentru a corecta dezinformarea, ci și pentru a inspira schimbări comportamentale.

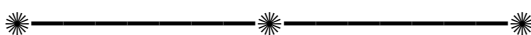
Mass-media tradițională, cum ar fi televiziunea și ziarele, rămâne un instrument puternic de sensibilizare cu privire la sănătate, în special în rândul populației în vârstă. Documentarele, talk-show-urile și segmentele de știri evidențiază adesea probleme de sănătate presante, oferind perspective de specialitate și povești din viața reală care rezonază cu publicul. De exemplu, programele care abordează criza opioidelor din Statele Unite au atras atenția la nivel național asupra problemei, determinând factorii de decizie să acționeze și determinând persoanele să caute ajutor (Roberts, 2024). Aceste povești ilustrează modul în care mass-media poate acționa ca un catalizator pentru schimbări sociale și politice.

Cu toate acestea, natura comercială a multor platforme media prezintă provocări. Reclamele legate de sănătate, care promovează adesea suplimentele, produsele pentru pierderea în greutate sau tratamentele de înfrumusețare, pot estompa granițele dintre orientările bazate pe dovezi și mesajele orientate spre profit (Fatima et al., 2022). Atunci când senzaționalismul primează în fața acurateței, publicul este lăsat să navigheze prin narațiuni contradictorii, putând compromite deciziile lor privind sănătatea. Prin urmare, organizațiile media trebuie să își echilibreze interesele comerciale cu responsabilitățile etice, asigurându-se că conținutul pe care îl produc sprijină obiectivele de sănătate publică.

În abordarea acestor provocări, colaborarea dintre instituțiile media și profesioniștii din domeniul sănătății este esențială. Jurnaliștii specializați în reportaje despre sănătate, îndrumați de experți în domeniu, se pot asigura că informațiile sunt corecte și atractive. În plus, parteneriatele dintre agențiile de sănătate publică și platformele media pot amplifica mesajele demne de încredere, în special în timpul crizelor. Campanii precum "Adevărul", care a

abordat problema fumatului în rândul adolescenților din Statele Unite, demonstrează eficiența unor astfel de colaborări, reducând semnificativ rata fumatului în rândul grupurilor țintă (Farrelly et al., 2005).

În cele din urmă, influența mass-mediei asupra conștientizării sănătății este determinată de capacitatea acesteia de a informa, inspira și implica publicul. Atunci când este utilizată în mod eficient, mass-media poate reduce decalajul dintre furnizorii de servicii medicale și public, promovând o societate bine informată care acordă prioritate sănătății și bunăstării. Cu toate acestea, acest potențial poate fi valorificat numai dacă practicienii mass-media, profesioniștii din domeniul sănătății și factorii de decizie colaborează pentru a susține acuratețea, sensibilitatea culturală și integritatea etică în toate comunicările legate de sănătate. Prin astfel de eforturi, mass-media poate servi ca un partener vital în promovarea obiectivelor de sănătate globală.



Rolul instituțiilor sociale în asistența medicală evidențiază legăturile complexe dintre forțele culturale, guvernamentale și informaționale în modelarea rezultatelor în materie de sănătate. Familiile, grupurile religioase și comunitățile oferă sprijin emoțional, spiritual și practic, servind adesea drept prima linie de îngrijire.

Politicile guvernamentale și sistemele de sănătate publică creează cadrul necesar pentru furnizarea echitabilă de asistență medicală, în timp ce mass-media acționează ca o punte între cunoștințele experților și înțelegerea publicului, influențând comportamentele și atitudinile la scară largă. Împreună, aceste instituții subliniază responsabilitatea comună în promovarea sănătății și abordarea disparităților. Pe măsură ce reflectăm asupra temelor discutate, devine clar că colaborarea între acești piloni societali este esențială.

Profesioniștii din domeniul sănătății, factorii de decizie politică, profesioniștii din mass-media și liderii comunității trebuie să lucreze împreună pentru a crea sisteme care să fie incluzive, sensibile din punct de vedere cultural și eficiente. Numai prin astfel de eforturi colective putem spera să construim o societate în care sănătatea și bunăstarea sunt accesibile tuturor.

CAPITOLUL 4 –

Vindecarea dincolo de culturi

Vindecarea este o experiență umană universală, însă modul în care este înțeleasă și practică variază foarte mult de la o cultură la alta. De la vechile tradiții indigene de vindecare până la abordările biomedicale moderne, societățile au dezvoltat diverse metode de abordare a bolilor și de promovare a bunăstării. Aceste practici sunt adesea adânc înrădăcinate în credințele culturale, oferind perspective asupra abordărilor holistice care iau în considerare mintea, corpul și spiritul. Explorarea relevanței vindecării pe baza practicilor dezvoltate de populațiile indigene, a integrării acestora în sistemele medicale moderne și a adaptărilor din lumea reală în domeniul asistenței medicale dezvăluie bogăția și adaptabilitatea acestor sisteme. Înțelegerea acestor intersecții ne invită să reimaginăm asistența medicală ca un efort mai incluziv și mai receptiv din punct de vedere cultural.

Practicile de vindecare ale populațiilor indigene (medicina populară) și relevanța lor în prezent

Practicile de vindecare folosite de populațiile indigene, autohtone, dintr-o anumită regiune, se constituie în unele dintre cele mai vechi sisteme de medicină din istoria omenirii, adânc înrădăcinate în tradiții culturale și credințe spirituale. Aceste practici, transmise din generație în generație, reflectă adesea o înțelegere holistică a sănătății care cuprinde nu doar corpul fizic, ci și mintea, spiritul și mediul. Deși biomedicina modernă domină sistemele de sănătate contemporane, metodele indigene de vindecare continuă să fie relevante și astăzi, oferind perspective valoroase asupra

sănătății și bunăstării care pun la încercare și completează abordările convenționale.

Un aspect fundamental al vindecării bazate pe medicina tradițională a populațiilor indigene este accentul pus pe interconectarea tuturor aspectelor vieții. În multe culturi indigene, boala nu este doar o afecțiune fizică, ci este adesea văzută ca o manifestare a lipsei de armonie în interiorul individului sau între individ și comunitate, mediu sau țărâm spiritual. De exemplu, poporul Navajo din America de Nord vede în mod tradițional sănătatea ca o stare de armonie cu sine, cu mediul înconjurător și cu forțele spirituale ale universului (Kahn-John și Koithan, 2015). Ceremoniile lor de vindecare, cum ar fi Night Chant, urmăresc să restabilească acest echilibru prin ritualuri care combină rugăciunea, cântecul și actele simbolice (Portman și Garrett, 2006).

În mod similar, practica Ayurveda, care a fost menționată anterior în această carte, încorporează principiul echilibrului. Ayurveda se bazează pe conceptul de trei doshas - Vata, Pitta și Kapha - care reprezintă diferite elemente ale corpului și ale mediului (Joshi et al., 2021). Boala, din acest punct de vedere, provine dintr-un dezechilibru între aceste doshas, iar tratamentele implică dieta, remediile pe bază de plante, meditația și terapiile fizice pentru a restabili echilibrul. Deși are o vechime de mii de ani, Ayurveda rămâne o tradiție vibrantă și a câștigat recunoaștere la nivel mondial, în special pentru accentul pus pe îngrijirea preventivă și pe starea de bine.

Relevanța practicilor de vindecare folosite în prezent de populațiile indigene constă parțial în capacitatea lor de a aborda lacunele din sistemele moderne de sănătate; în acest timp medicina modernă excelează în gestionarea afecțiunilor acute și în efectuarea de proceduri care salvează vieți, dar adesea nu reușește să abordeze bolile cronice, problemele de sănătate mintală și determinanții sociali ai sănătății (Kirkbride et al., 2024). Vindecarea din medicina indigenă, cu accentul său holistic, poate umple aceste lacune prin furnizarea de îngrijire care recunoaște relația dintre bunăstarea fizică, emoțională și socială (Marques et al., 2024). De exemplu, multe terapii indigene încorporează sprijin comunitar și ritualuri spirituale

care îi ajută pe pacienți să se simtă conectați și valorizați - elemente care lipsesc adesea în mediile de asistență medicală foarte clinice.

Un exemplu notabil al relevanței continue a vindecării indigene este renașterea la nivel mondial a medicinei naturiste. Plantele au fost esențiale pentru vindecarea practică în cadrul medicinei populare timp de secole, iar știința modernă le validează din ce în ce mai mult eficacitatea. De exemplu, utilizarea *Artemisia annua*, o plantă utilizată în mod tradițional în medicina chineză, a condus la dezvoltarea artemisininei, un tratament cheie pentru malarie (Wani et al., 2022). În mod similar, scoarța de salcie, utilizată de nativii americani pentru ameliorarea durerii, a inspirat sinteza aspirinei (Mahdi et al., 2006). Aceste exemple subliniază potențialul cunoștințelor populațiilor indigene și posibilitatea acestora de a contribui la farmacologia modernă, cu condiția ca aceste cunoștințe să fie obținute și creditate în mod etic.

Cu toate acestea, relația dintre vindecarea practică în medicina populară și cea din medicina modernă a fost adesea plină de provocări. Istoriile coloniale și rasismul sistemic au marginalizat practicile tradiționale, respingându-le ca fiind neștiințifice sau primitive (Tarlow, 2024). În multe cazuri, acest lucru a dus la erodarea sistemelor medicale bazate pe cunoștințe indigene și la lipsa de putere a comunităților care se bazează pe acestea. În ciuda acestor provocări, practicile de vindecare indigene persistă, adesea prosperând în regiuni în care accesul la asistență medicală modernă este limitat sau prohibitiv de scump. În astfel de contexte, vindecătorii tradiționali, cum ar fi curanderos în America Latină sau sangomas în Africa de Sud, servesc drept furnizori de asistență medicală primară, oferind tratamente care sunt accesibile și adecvate din punct de vedere cultural (Cook, 2009; Tafur et al., 2009).

Încorporarea vindecării bazată pe medicina populară în sistemele de sănătate contemporane necesită o abordare respectuoasă și colaborativă. Nu este suficient să extragem elemente din medicina tradițională pentru validare științifică, ignorând în același timp contextul cultural și spiritual în care acestea se manifestă. În schimb, eforturile ar trebui să vizeze păstrarea integrității acestor practici, integrând în același timp cunoștințele lor în

strategii mai ample de asistență medicală. De exemplu, în Noua Zeelandă, furnizorii de servicii medicale Māori integrează metodele tradiționale de vindecare, cum ar fi rongoā Māori, care utilizează plante native și practici spirituale, alături de tratamentele medicale convenționale (Mark et al., 2022). Această abordare integrativă respectă valorile culturale Māori, asigurând în același timp accesul pacienților la o îngrijire completă.

Creșterea importanței medicinei integrative reflectă, de asemenea, recunoașterea tot mai mare a valorii acesteia. Medicina integrativă încearcă să combine cele mai bune practici tradiționale și moderne, acordând prioritate îngrijirii centrate pe pacient. De exemplu, în Statele Unite, unele centre de tratare a cancerului oferă acum terapii complementare precum acupunctura și meditația ghidată, care se bazează pe practici tradiționale din Asia și din alte regiuni (Kleebayoon și Wiwanitkit, 2024). Aceste terapii, deși nu sunt curative, pot îmbunătăți calitatea vieții pacienților prin atenuarea durerii, reducerea stresului și îmbunătățirea bunăstării generale.

Criticii vindecării indigene susțin adesea că practicile sale nu sunt validate științific (Robbins și Dewar, 2011). Deși este adevărat că nu toate remediile tradiționale au fost testate în mod riguros, respingerea lor absolută ignoră contextul în care acestea sunt eficiente. Multe practici indigene se bazează pe cunoștințe empirice acumulate de-a lungul generațiilor, iar eficacitatea lor este adesea legată de credințe culturale și spirituale care nu pot fi măsurate cu ușurință prin standarde științifice occidentale (Manjula și Kumar, 2024). În plus, volumul tot mai mare de cercetări privind medicina tradițională sugerează că multe dintre aceste practici sunt atât sigure, cât și benefice, cu condiția să fie utilizate corespunzător.

Relevanța folosirii vindecării indigene în prezent este evidentă, de asemenea, în mișcarea mai largă către durabilitate și administrarea mediului. Multe sisteme tradiționale de vindecare pun accentul pe viața în armonie cu natura și pe utilizarea responsabilă a resurselor. De exemplu, aborigenii australieni au practicat mult timp recoltarea durabilă a plantelor medicinale, asigurând disponibilitatea acestora pentru generațiile viitoare

(Simpson et al., 2013). Această etică rezonază cu apelurile contemporane pentru o asistență medicală durabilă din punct de vedere ecologic, în special în condițiile în care sectorul sănătății la nivel mondial se confruntă cu impactul schimbărilor climatice.

Deși are un potențial important de includere în practica medicală curentă, integrarea vindecării indigene în asistența medicală modernă nu este lipsită de dileme etice. Problemele legate de drepturile de proprietate intelectuală, însușirea culturală și inechitățile în partajarea beneficiilor trebuie abordate pentru a ne asigura de faptul că comunitățile indigene sunt respectate și compensate în mod echitabil pentru contribuțiile lor. Parteneriatele de cercetare în colaborare, practicile transparente și politicile incluzive pot contribui la construirea încrederii și la promovarea unei integrări echitabile.

Relevanța practicilor indigene de vindecare este subliniată și de adaptabilitatea acestora la provocările moderne. În abordarea sănătății mintale, de exemplu, aceste sisteme încorporează adesea abordări comunitare care pun accentul pe sprijinul social și pe bunăstarea colectivă (Morgan et al., 2023), contrastând cu natura adesea individualizată a îngrijirii moderne a sănătății mintale, oferind lecții valoroase privind importanța conexiunilor sociale în promovarea rezilienței. În mod similar, accentul pus pe durabilitate și armonie cu natura (Simpson et al., 2013) în multe practici indigene se aliniază cu eforturile globale de a aborda provocările legate de sănătatea mediului, subliniind interconectarea dintre bunăstarea umană și cea ecologică.

Practicile indigene de vindecare continuă să evolueze, adaptându-se la nevoile societăților contemporane, păstrându-și în același timp rădăcinile culturale. Această adaptabilitate asigură relevanța lor continuă, oferind informații care îmbogățesc sistemele de sănătate și promovează o înțelegere mai cuprinzătoare a sănătății. Pe măsură ce aceste practici câștigă recunoaștere, provocarea constă în asigurarea faptului că integrarea lor în sistemele de sănătate moderne respectă semnificația lor culturală și sprijină comunitățile care le susțin.

Integrarea medicinei tradiționale și moderne

Bazându-se pe relevanța durabilă a practicilor de vindecare indigene, integrarea medicinei tradiționale cu cea modernă a devenit un subiect de interes crescând în sistemele de sănătate din întreaga lume. Această integrare reflectă o recunoaștere a punctelor forte inerente ambelor sisteme și a potențialului de a crea o abordare a sănătății mai cuprinzătoare și mai sensibilă din punct de vedere cultural. Cu toate acestea, realizarea unei colaborări semnificative între aceste două paradigme necesită abordarea provocărilor legate de validarea cunoștințelor, conservarea culturală și parteneriatele echitabile.

Unul dintre cele mai importante avantaje ale integrării medicinei tradiționale cu cea modernă constă în punctele forte complementare ale acestora. Medicina modernă excelează în domenii precum diagnosticarea avansată, intervențiile chirurgicale și tratamentul afecțiunilor acute (Nasio, 2024). În schimb, medicina tradițională se concentrează adesea pe îngrijirea holistică, strategiile preventive și dimensiunile emoționale și spirituale ale sănătății (Redemptus et al., 2023). Atunci când sunt combinate cu abordări moderne bazate pe dovezi, aceste metode tradiționale pot spori rezultatele pentru pacienți și pot îmbunătăți furnizarea generală de asistență medicală (Kustiyati et al., 2024).

În ciuda acestor beneficii potențiale, eforturile de integrare se confruntă adesea cu o rezistență, înrădăcinată în prejudecăți istorice și neîncredere. Marginalizarea medicinei tradiționale în timpul epocii coloniale a dus la respingerea acesteia ca fiind neștiințifică sau depășită, o percepție care încă persistă în multe sisteme de sănătate (Abdullahi, 2011). Reducerea acestui decalaj necesită o reevaluare a modului în care cunoștințele tradiționale sunt percepute și încorporate. Inițiativele de cercetare colaborativă pot juca un rol esențial în acest proces, oferind validare științifică pentru practicile tradiționale, respectând în același timp originile lor culturale (Economides, 2008). Astfel de studii au demonstrat deja eficacitatea multor remedii pe bază

de plante, deschizând calea pentru includerea lor în cadrele moderne de asistență medicală (Pathak et al., 2024; Wang et al., 2018).

Un exemplu ilustrativ de integrare poate fi văzut în tratamentul malariei. Artemisinină, derivată din planta de pelin dulce utilizată în medicina tradițională chineză, a devenit o piatră de temelie a terapiilor antimalarie moderne după ce compusul său activ a fost izolat și dezvoltat într-un medicament farmaceutic (Wang et al., 2018). Acest succes explică potențialul medicinei tradiționale de a contribui la provocările de sănătate globală atunci când practicile sale sunt supuse unui control științific riguros. Cu toate acestea, astfel de exemple subliniază, de asemenea, importanța considerentelor etice, în special în ceea ce privește drepturile de proprietate intelectuală și compensarea echitabilă a comunităților care furnizează aceste resurse valoroase.

Integrarea eficientă depinde, de asemenea, de încurajarea respectului reciproc și a înțelegerii între practicienii medicinei tradiționale și cei ai medicinei moderne. Programele de formare care prezintă profesioniștilor din domeniul sănătății principiile și practicile medicinei tradiționale pot contribui la reducerea diferențelor culturale și a prejudecăților (Agbor și Naidoo, 2016). În schimb, încorporarea conceptelor medicale moderne în educația vindecătorilor tradiționali poate spori capacitatea acestora de a aborda probleme complexe de sănătate. Acest schimb bidirecțional asigură faptul că ambele sisteme beneficiază de expertiza celuilalt, creând un mediu de asistență medicală mai incluziv.

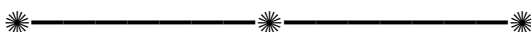
În unele țări, integrarea a fost instituționalizată prin politici naționale de sănătate. De exemplu, India și China au stabilit cadre care promovează coexistența medicinei tradiționale și a celei moderne în cadrul sistemelor lor de sănătate (Dalamagka, 2024; Singh, 2023). Aceste modele demonstrează fezabilitatea colaborării, oferind lecții valoroase pentru alte națiuni care doresc să pună în aplicare strategii similare. Cu toate acestea, succesul necesită nu numai sprijin politic, ci și mecanisme solide de control al calității, care să garanteze că practicile integrate îndeplinesc standardele de siguranță și eficacitate.

Dovezile evidențiază, de asemenea, dimensiunea umană a integrării. În zonele rurale din Africa de Sud, de exemplu, vindecătorii tradiționali lucrează adesea alături de medicii biomedicali pentru a aborda provocările duble ale HIV/SIDA și tuberculozei (Flint, 2015). Vindecătorii tradiționali oferă îngrijire la nivelul comunității, oferind consiliere și sprijin care completează intervențiile clinice ale furnizorilor moderni de asistență medicală. Această colaborare a contribuit la reducerea decalajului dintre pacienți și sistemele oficiale de sănătate, promovând încrederea și îmbunătățind respectarea planurilor de tratament. Astfel de parteneriate ilustrează modul în care integrarea poate răspunde atât nevoilor culturale, cât și celor medicale, sporind eficiența generală a furnizării asistenței medicale.

Provocările la adresa integrării persistă, în special în zonele în care medicina tradițională nu beneficiază de recunoaștere sau reglementare oficială (Innocent, 2016). Absența practicilor standardizate și a asigurării calității poate împiedica colaborarea, creând riscuri pentru pacienți și subminând încrederea în sistem. Guvernele și organizațiile din domeniul sănătății trebuie să investească în dezvoltarea unor cadre de reglementare care să susțină medicina tradițională, asigurând în același timp compatibilitatea acestora cu standardele moderne. Acest lucru include stabilirea de orientări pentru utilizarea în siguranță a remediilor tradiționale și protejarea drepturilor de proprietate intelectuală ale comunităților indigene.

Integrarea medicinei tradiționale și moderne ridică, de asemenea, considerații etice. Exploatarea cunoștințelor tradiționale fără recunoașterea sau compensarea adecvată a surselor acestora perpetuează nedreptățile istorice și erodează încrederea (Aigbokhan, 2024). Parteneriatele echitabile sunt esențiale, asigurându-se că beneficiile integrării sunt împărțite echitabil între toate părțile interesate. Aceasta presupune implicarea vindecătorilor tradiționali și a comunităților acestora în procesele decizionale, respectarea autonomiei acestora și valorizarea contribuțiilor lor la asistența medicală.

În cele din urmă, integrarea medicinei tradiționale și moderne transcende fuzionarea a două sisteme și presupune crearea unei abordări holistice care respectă diversitatea culturală și acordă prioritate bunăstării pacienților. Aceasta necesită o schimbare de paradigmă, trecerea de la un model ierarhic de asistență medicală la unul care valorizează colaborarea și incluziunea. Deși călătoria către integrare este complexă, potențialul acesteia de a transforma sistemele de asistență medicală și de a îmbunătăți rezultatele în materie de sănătate o face un efort care merită urmărit.



O cercetare a diferitelor moduri în care are loc vindecarea dezvăluie bogăția și varietatea practicii de vindecare atât în medicina tradițională, cât și în cea modernă. Contextul cultural a servit la furnizarea de îngrijire holistică, așa cum se practică în comunitățile indigene, iar utilizarea materialelor pe bază de plante ca supliment la medicina modernă oferă un exemplu viu al unei abordări holistice a sănătății. Studiile de caz ilustrează potențialul de a satisface nevoile locale de sănătate prin intermediul adaptărilor culturale care contribuie la construirea încrederii și colaborării între diverse sisteme. De asemenea, acestea consolidează importanța respectului, eticii și echității în integrarea celor două tipuri de abordări terapeutice. Sistemele de sănătate care adoptă această viziune integratoare nu numai că au șansa de a îmbunătăți rezultatele pentru pacienți, dar și de a susține identitățile culturale care au definit sănătatea și vindecarea în întreaga lume.

CAPITOLUL 5 –

Impactul sociologic al epidemiilor și pandemiilor

Epidemiile și pandemiile au lăsat întotdeauna o amprentă profundă asupra societăților umane, modelând nu numai rezultatele în materie de sănătate, ci și normele sociale, practicile culturale și structurile de guvernare. Aceste crize scot adesea la iveală atât punctele forte cât și punctele slabe ale comunităților, evidențiind inegalitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală și provocând în același timp momente de unitate și rezistență colectivă. Răspunsurile istorice la epidemii precum Moartea Neagră sau holera dezvăluie modul în care societățile s-au adaptat la amenințări, lecțiile fiind relevante și astăzi. Pandemiile mai recente, precum COVID-19, au clarificat și mai mult modul în care urgențele de sănătate publică afectează comportamentul social, perturbă economiile și remodelează viața de zi cu zi. Acest capitol analizează dimensiunile istorice și sociologice ale epidemiilor, examinând modelele de reacție umană și descoperind informații care pot sta la baza abordărilor viitoare ale crizelor sanitare.

Răspunsuri istorice la epidemii

De-a lungul istoriei, epidemiile au fost momente definitorii, forțând societățile să se confrunte cu fragilitatea sistemelor de sănătate și cu rezistența comunităților lor. Răspunsurile la aceste crize dezvăluie multe despre cadrele culturale, politice și științifice ale epocii lor. Înțelegerea reacțiilor istorice la epidemii este esențială pentru a trage învățăminte care continuă să modeleze strategiile de sănătate publică de astăzi. Această secțiune explorează exemple istorice cheie, ilustrând modul în care societățile

au răspuns la provocările ridicate de răspândirea bolilor.

Moartea Neagră din secolul al XIV-lea este adesea considerată drept una dintre cele mai devastatoare pandemii din istorie (Cohn, 2008). Având originea în Asia și răspândindu-se în Europa prin intermediul rutelor comerciale, ea a făcut milioane de victime. Reacția imediată la această catastrofă a fost marcată de teamă și confuzie, deoarece înțelegerea științifică a transmiterii bolilor era rudimentară. Mulți au crezut că ciuma este o pedeapsă de la Dumnezeu, ceea ce a dus la acte de penitență și procesiuni religioase pe scară largă. Alții au dat vina pe grupurile minoritare, în special pe comunitățile evreiești, ceea ce a dus la acte de violență și persecuție (Cohn, 2008). Acest model de căutare a „țapilor ispășitori” în timpul crizelor medicale demonstrează modul în care temerile sociale pot exacerba prejudecățile existente. În ciuda tragediei, Moartea Neagră a declanșat, de asemenea, schimbări în structurile societale, inclusiv schimbări în sistemele de muncă din cauza pierderii semnificative a forței de muncă.

În cursul secolului al XIX-lea, epidemiile de holeră au cuprins orașele în curs de industrializare, evidențiind și mai mult relația dintre sănătatea publică și dezvoltarea urbană (Hamlin, 2009). Se credea că holera, neînțeleasă în primii săi ani, se răspândește prin „miasme” sau aer rău (Paneth și Fine, 2013). Legătura dintre agenții patogeni care se transmit prin apă și holeră a fost stabilită cu certitudine abia după munca revoluționară a lui John Snow, care a stabilit că un focar de holeră în Londra a fost provocat de o pompă de apă contaminată (Paneth și Fine, 2013). Eforturile lui Snow au marcat începutul epidemiologiei moderne și au subliniat importanța intervențiilor bazate pe dovezi. Acest moment istoric relevă modul în care progresele științifice apar adesea în urma crizelor de sănătate publică, determinând schimbări în ceea ce privește salubritatea și infrastructura urbană de care beneficiază populații întregi.

Pandemia de gripă din 1918, denumită adesea gripa spaniolă, a fost un alt moment definitoriu. Lovind în urma Primului Război Mondial, aceasta a infectat o treime din populația globală și a provocat zeci de milioane de decese (Taubenberger și Morens, 2005). Răspunsurile au variat de la o țară la

alta, măsuri precum carantina, purtarea de măști și închiderea spațiilor publice devenind generalizate (Parmet și Rothstein, 2018). Campaniile de sănătate publică au încercat să educe populația cu privire la igienă și prevenirea bolilor, deși dezinformarea și lipsa de coordonare au împiedicat eforturile în multe regiuni (Morens și Fauci, 2007). Pandemia de gripă a evidențiat, de asemenea, limitele științei medicale la momentul respectiv, deoarece nu erau disponibile tratamente sau vaccinuri eficiente. Ea a evidențiat necesitatea colaborării internaționale în combaterea amenințărilor la adresa sănătății mondiale, un principiu care stă la baza sistemelor moderne de sănătate publică.

La mijlocul secolului al XX-lea, epidemiile de poliomielită din Statele Unite și din alte țări au reprezentat o altă provocare majoră pentru sănătatea publică (Wassilak și Orenstein, 2010). Poliomielita a afectat în principal copiii, ducând la paralizie și, în cazuri grave, la deces. Teama de poliomielită a influențat viața de zi cu zi, piscinele și adunările publice fiind evitate în timpul epidemiilor. Cu toate acestea, dezvoltarea vaccinurilor de către Jonas Salk și, ulterior, Albert Sabin a revoluționat lupta împotriva bolii (Tan și Ponstein, 2019). Campaniile de sănătate publică care au promovat vaccinarea au avut un rol esențial în reducerea numărului de cazuri, demonstrând modul în care inovarea științifică combinată cu implicarea comunității pot depăși chiar și cele mai descurajatoare provocări în materie de sănătate. Eforturile de eradicare a poliomielitei continuă la nivel mondial, demonstrând angajamentul pe termen lung necesar pentru combaterea bolilor infecțioase.

Epidemia de HIV/SIDA care a apărut la sfârșitul secolului al XX-lea servește drept un alt studiu de caz critic. Întâmpinată inițial cu stigmatizare și negare, în special la începutul anilor 1980, epidemia a afectat în mod disproporționat grupurile marginalizate (Florom-Smith, 2012). Activismul comunităților afectate a jucat un rol-cheie în obținerea de fonduri mai mari pentru cercetare, educație publică și acces la tratament. Răspunsul la HIV/SIDA a evidențiat importanța abordării determinantilor sociali ai sănătății, deoarece stigmatizarea și inegalitatea au exacerbat impactul bolii.

Acesta a subliniat, de asemenea, puterea de advocacy la nivel local în modelarea politicilor de sănătate și avansarea cercetării științifice, ceea ce a condus la progrese semnificative în materie de tratament și prevenire.

Un punct comun al acestor răspunsuri istorice este rolul atitudinilor culturale și al valorilor sociale în modelarea acțiunilor de sănătate publică. În unele cazuri, credințele culturale au împiedicat reacțiile, cum ar fi atunci când superstiția sau dezinformarea au împiedicat oamenii să adopte măsuri eficiente de prevenire. În alte cazuri, comunitățile au dat dovadă de o solidaritate remarcabilă, organizând îngrijiri pentru bolnavi și sprijinind campaniile de sănătate publică. Guvernele au jucat, de asemenea, un rol esențial, cu diferite grade de succes, în coordonarea răspunsurilor, furnizarea de resurse și punerea în aplicare a politicilor de reducere a răspândirii bolilor.

Evoluția istorică a răspunsurilor la epidemii evidențiază, de asemenea, importanța unei comunicări clare. Greșelile în transmiterea gravității unei boli sau în contracararea dezinformării au condus adesea la neîncredere și la nerespectarea obligațiilor de către public. În schimb, comunicarea eficientă, bazată pe transparență și sensibilitate culturală, s-a dovedit esențială pentru a obține cooperarea publicului. Liderii din domeniul sănătății publice și factorii de decizie politică au recunoscut din ce în ce mai mult acest lucru, acordând prioritate strategiilor de comunicare în răspunsurile moderne la crizele sanitare.

Progresele tehnologice au modelat și mai mult răspunsurile de-a lungul timpului. Dezvoltarea de vaccinuri, antibiotice și instrumente de diagnosticare a transformat lupta împotriva epidemiilor, oferind speranță și reducând semnificativ ratele mortalității. Cu toate acestea, accesul la aceste inovații a fost adesea inegal, reflectând disparități mai largi în sistemele globale de sănătate. Eforturile de a aborda aceste inegalități rămân esențiale pentru inițiativele de sănătate publică, deoarece niciun răspuns nu poate fi cu adevărat eficient dacă lasă în urmă populațiile cele mai vulnerabile.

Studiul răspunsurilor istorice la epidemii oferă informații valoroase cu privire la interacțiunea dintre sănătate, societate și cultură. Aceste exemple

ilustrează modul în care societățile s-au adaptat la crize, învățând din succese și eșecuri deopotrivă. Ele ne reamintesc, de asemenea, de nevoia permanentă de vigilență, colaborare și inovare în abordarea provocărilor din domeniul sănătății publice. În timp ce natura epidemiilor poate evolua, lecțiile istoriei rămân un ghid vital pentru navigarea prin viitoarele crize sanitare.

Comportamentul social în timpul crizelor de sănătate

Răspunsurile societăților la epidemii și pandemii sunt strâns legate de comportamentele sociale, care dictează adesea traiectoria crizelor sanitare. În timp ce răspunsurile istorice dezvăluie strategii și inovații structurale, modul în care indivizii și comunitățile se comportă în aceste perioade oferă o perspectivă esențială asupra dinamicii sociale care influențează răspândirea și izolarea bolilor. Înțelegerea acestor comportamente nu numai că aruncă lumină asupra experiențelor trecute, ci și orientează eforturile actuale și viitoare de gestionare eficientă a urgențelor de sănătate publică.

Frica și incertitudinea domină adesea comportamentul social în timpul crizelor de sănătate, modelând acțiunile individuale și colective. În multe cazuri, aceste emoții conduc la cumpărarea în panică, la teaurizare și la răspândirea de informații eronate. De exemplu, în timpul pandemiei de gripă din 1918, rapoartele despre leacuri miraculoase și tratamente netestate au proliferat, deoarece oamenii căutau soluții imediate la o amenințare copleșitoare (Morens și Fauci, 2007). Această tendință reflectă un răspuns uman universal la incertitudine: instinctul de a recâștiga controlul în situații haotice. Astfel de comportamente, deși ușor de înțeles, exacerbează adesea provocările existente prin epuizarea resurselor și răspândirea de informații eronate dăunătoare, ceea ce face ca rolul unei comunicări clare și precise să fie și mai important.

Stigmatizarea persoanelor infectate este un alt răspuns social recurent în timpul crizelor sanitare. Cei diagnosticați cu boli infecțioase se confruntă adesea cu izolarea, discriminarea și blamarea, reflectând temerile și prejudecățile societății. Cazuri istorice, cum ar fi tratamentul pacienților cu tuberculoză în secolul al XIX-lea, arată cum stigmatizarea poate duce la excludere socială și la reticența de a solicita ajutor medical (Courtwright și Turner, 2010). În mod similar, în timpul epidemiei de Ebola din Africa de Vest, supraviețuitorii și familiile acestora s-au confruntat adesea cu ostracizarea, chiar și după ce au fost declarați liberi de virus (Yadav și Rawal, 2015). Această stigmatizare nu afectează doar persoanele, ci și eforturile de sănătate publică, descurajând testarea și tratamentul precoce.

Comportamentele altruiste apar, de asemenea, în mod proeminent în timpul crizelor de sănătate, evidențiind capacitatea comunităților de a se sprijini reciproc în momente de nevoie. Voluntariatul pentru îngrijirea bolnavilor, donarea de resurse și participarea la campanii comunitare de sănătate reflectă o recunoaștere colectivă a vulnerabilității comune. În timpul epidemiei de HIV/SIDA, s-au format organizații de bază pentru a oferi îngrijire, educație și apărare, intervenind adesea acolo unde sistemele oficiale nu au fost suficiente (Moseley et al., 2018). În mod similar, în urma dezastrelor naturale însoțite de focare de boală, comunitățile locale se organizează adesea pentru a asigura distribuirea resurselor și pentru a oferi sprijin emoțional, demonstrând reziliența și solidaritatea care pot contrabalansa frica și stigmatizarea (Ma et al., 2023).

Aderarea la măsurile de sănătate publică este un alt aspect critic al comportamentului social în timpul epidemiilor și pandemiilor. Respectarea unor orientări precum purtarea măștii, vaccinarea și distanțarea socială depinde adesea de încrederea în autorități și de legitimitatea percepută a măsurilor. Epidemia de SARS din 2003 din Asia a evidențiat acest lucru, deoarece țările cu un nivel mai ridicat de încredere în guvern și în instituțiile publice au respectat mai mult directivele sanitare, ceea ce a dus la o mai bună izolare (James et al., 2006). În schimb, în primele etape ale pandemiei COVID-19, nivelurile diferite

de încredere și politizarea măsurilor de sănătate au condus la diferențe puternice în ceea ce privește respectarea, afectând rezultatele la nivel global (Carpenter și Wimpy, 2025). Acest lucru subliniază importanța cultivării încrederii și transparenței cu mult înainte de apariția crizelor sanitare.

Rolul normelor și valorilor culturale nu poate fi trecut cu vederea atunci când se analizează comportamentul social în timpul crizelor de sănătate. În culturile colectiviste, accentul pus pe bunăstarea comunității duce adesea la o aderență mai puternică la directivele de sănătate publică, deoarece indivizii acordă prioritate siguranței colective față de confortul personal (Leong et al., 2022). În schimb, societățile individualiste pot întâmpina mai multă rezistență la măsurile percepute ca fiind o încălcare a libertăților personale (Grossmann și Santos, 2016). Aceste diferențe evidențiază necesitatea adaptării mesajelor de sănătate publică pentru a rezona cu valorile culturale ale populațiilor specifice, asigurându-se că acestea sunt atât eficiente, cât și respectuoase.

Social media a adăugat o nouă dimensiune comportamentului social în timpul crizelor sanitare, amplificând atât reacțiile pozitive, cât și pe cele negative. Deși platformele digitale au facilitat diseminarea rapidă a informațiilor privind sănătatea, acestea au devenit, de asemenea, terenuri propice pentru dezinformare și teorii ale conspirației. Rolul social media în modelarea comportamentelor a fost deosebit de evident în timpul pandemiei COVID-19, unde platformele au fost utilizate pentru a organiza inițiative de sprijin comunitar și pentru a răspândi informații vitale privind sănătatea (Erdem, 2021). În același timp, răspândirea virală a afirmațiilor neverificate cu privire la leacuri, strategii de prevenire și originile virusului a evidențiat natura cu două tăișuri a conectivității digitale. Abordarea acestor provocări necesită un efort concertat de promovare a alfabetizării digitale și de asigurare a faptului că informațiile fiabile ajung la un public mai larg.

Presiunile economice influențează adesea comportamentele sociale în timpul crizelor de sănătate, în special pentru populațiile vulnerabile. În multe comunități cu venituri reduse, indivizii se confruntă cu alegerea imposibilă de a respecta măsurile de sănătate publică sau de a urmări supraviețuirea zilnică.

De exemplu, în timpul epidemiilor care necesită măsuri de carantină sau închidere, persoanele care au o situație socio-economică precară sunt afectate mai mult decât cele care au „plase de siguranță socială”, ceea ce duce la comportamente care pot intra în conflict cu recomandările de sănătate publică (Jesus et al., 2021). Aceste realități explică necesitatea integrării sprijinului economic în răspunsurile la crizele de sănătate, pentru ca instituțiile de decizie să se asigure că măsurile de sănătate publică sunt atât echitabile, cât și eficiente.

Comportamentele sociale în timpul crizelor sanitare se extind, de asemenea, la modelele de migrație și mobilitate. Teama de infecție sau percepția unui acces mai bun la asistență medicală în altă parte poate duce la mișcări în masă, care uneori exacerbează răspândirea bolii. În timpul epidemiei de Ebola din 2014, s-a observat o migrație de la mediul rural la cel urban, pe măsură ce oamenii căutau asistență medicală în orașe, crescând involuntar ratele de transmitere în mediul urban (Meyers et al., 2014). Înțelegerea acestor modele este esențială pentru conceperea unor intervenții care să abordeze nu numai aspectele medicale ale bolii, ci și provocările sociale și logistice care însoțesc migrația în timpul epidemiilor.

În ciuda diversității comportamentelor sociale observate în timpul crizelor de sănătate, o constantă este influența conducerii și a comunicării publice. Liderii care adoptă abordări transparente, empatică și bazate pe dovezi tind să încurajeze comportamente care se aliniază obiectivelor de sănătate publică (Skinner și Spurgeon, 2005). Dimpotrivă, mesajele inconsecvente sau politizarea măsurilor de sănătate pot duce la confuzie și la reducerea conformității (Hung și Lin, 2021). Încrederea publică, construită în timp printr-o guvernare consecventă și echitabilă, devine un atu vital în perioadele crizelor din sănătate, consolidând necesitatea investițiilor în strategii de comunicare și în implicarea comunității în perioadele care nu sunt de criză.

Examinând comportamentul social în timpul crizelor sanitare, devine evident faptul că răspunsurile sunt modelate de o interacțiune complexă între frică, încredere, cultură și accesul la resurse. Aceste comportamente pot

atenua sau exacerba impactul unei epidemii sau pandemii, în funcție de modul în care sunt gestionate și înțelese. Prin studierea acestor modele, funcționarii din domeniul sănătății publice, factorii de decizie politică și comunitățile se pot pregăti mai bine pentru viitoarele crize sanitare, asigurându-se că răspunsurile nu sunt doar solide din punct de vedere științific, ci și adaptate din punct de vedere social.

Lecții de la pandemiile recente

Bazându-se pe examinarea comportamentelor sociale în timpul crizelor sanitare, lecțiile derivate din pandemiile recente evidențiază domeniile în care pregătirea, comunicarea și echitatea pot fi îmbunătățite. Aceste lecții nu sunt doar povești de precauție, ci și repere pentru îmbunătățirea răspunsurilor la viitoarele urgențe sanitare. Analiza se bazează pe experiențele unor pandemii precum COVID-19, SARS și H1N1, care relevă în mod colectiv lacune și oportunități în sistemele de sănătate mondiale.

1. Importanța detectării timpurii și a răspunsului rapid

Una dintre cele mai importante lecții este valoarea detectării timpurii și a răspunsului prompt. Întârzierile în identificarea focarelor inițiale de boli duc adesea la creșterea ratelor de infecție și a presiunii asupra sistemelor de sănătate. În timpul primelor etape ale pandemiei COVID-19, unele națiuni au recunoscut cu întârziere gravitatea situației, permițând virusului să se răspândească nedetectat timp de săptămâni. Acest lucru explică importanța unor sisteme de supraveghere solide și nevoia de colaborare internațională în ceea ce privește schimbul de date și resurse. Investițiile în tehnologiile de diagnosticare și formarea lucrătorilor din domeniul sănătății pentru a identifica potențialele focare sunt măsuri esențiale pentru atenuarea impactului pandemiilor viitoare.

2. Comunicarea eficientă ca instrument de sănătate publică

Comunicarea clară, coerentă și bazată pe știință a apărut ca o piatră de temelie a gestionării eficiente a pandemiei. Dezinformarea și mesajele contradictorii, așa cum s-a întâmplat în timpul pandemiei COVID-19, au creat confuzie și au subminat încrederea publicului în intervențiile de sănătate precum vaccinarea și mascarea. Țările care au furnizat actualizări transparente și au angajat lideri comunitari de încredere pentru diseminarea informațiilor au înregistrat adesea o mai bună respectare a măsurilor de sănătate publică. Stabilirea unor cadre de comunicare înainte de criză, formarea purtătorilor de cuvânt și valorificarea diverselor canale media sunt esențiale pentru a se asigura că informațiile exacte ajung la public în timpul situațiilor de urgență.

3. Abordarea inegalităților globale în materie de sănătate

Distribuția inegală a resurselor, de la kituri de testare la vaccinuri, a evidențiat inegalitățile persistente din domeniul sănătății la nivel mondial. În timpul pandemiei COVID-19, țările mai bogate au reușit să obțină vaccinuri și materiale medicale mai repede decât țările cu venituri mici, ceea ce a condus la disparități evidente în ceea ce privește rezultatele medicale. Această inechitate a scos în evidență necesitatea unor mecanisme precum inițiativa COVAX, care urmărește să asigure accesul echitabil la vaccinuri. Eforturile viitoare trebuie să acorde prioritate echității în alocarea resurselor, deoarece pandemiile nu respectă frontierele naționale, iar sănătatea unei națiuni este interconectată cu sănătatea altora.

4. Consolidarea sistemelor de sănătate

Capacitatea sistemelor de sănătate de a face față creșterilor masive ale numărului de pacienți a fost testată la limită în timpul pandemiilor recente.

Multe spitale s-au confruntat cu lipsa paturilor, a ventilatoarelor și a echipamentelor de protecție individuală, expunând vulnerabilitățile infrastructurii și ale lanțurilor de aprovizionare. Consolidarea sistemelor de sănătate implică nu numai creșterea capacității fizice, ci și asigurarea bunăstării mentale și fizice a personalului medical, care se confruntă adesea cu epuizarea în timpul crizelor prelungite. Țările care au investit în sisteme universale de asistență medicală au fost mai bine poziționate pentru a face față cerințelor pandemiilor, ceea ce sugerează importanța unei asistențe medicale accesibile tuturor ca bază pentru reziliență.

5. Rolul inovării tehnologice

Progresele tehnologice au jucat un rol transformator în gestionarea pandemiilor recente. De la dezvoltarea rapidă a vaccinurilor ARNm la utilizarea inteligenței artificiale în urmărirea răspândirii bolii, inovarea s-a dovedit a fi un aliat puternic. Telemedicina a apărut ca un instrument esențial în furnizarea de asistență medicală, minimizând în același timp contactul fizic, în special pentru populațiile vulnerabile. Cu toate acestea, dependența de tehnologie a evidențiat, de asemenea, decalajele digitale, deoarece multe comunități nu aveau acces la internet de încredere sau la dispozitivele necesare. Reducerea acestui decalaj necesită investiții în infrastructura digitală și în educație pentru a asigura un acces echitabil la soluțiile tehnologice.

6. Semnificația implicării comunitare

Angajamentul comunității a fost o temă recurentă în succesele și eșecurile răspunsurilor la pandemie. Inițiativele la nivel local, cum ar fi rețelele de voluntari și grupurile de ajutor reciproc, au oferit sprijin esențial celor care aveau nevoie, în special în zonele slab deservite. Aceste eforturi demonstrează potențialul de responsabilizare a comunităților pentru a juca

un rol activ în crizele sanitare. Strategiile de sănătate publică ar trebui să includă mecanisme de implicare a organizațiilor și liderilor locali în planificare și punere în aplicare, promovând un sentiment de proprietate și încredere în cadrul comunităților.

7. Pregătirea pentru provocările legate de sănătatea mintală

Bilanțul psihologic al pandemiilor este o lecție care nu poate fi ignorată. Izolarea, frica și pierderea celor dragi au condus la probleme de sănătate mintală generalizate, care adesea rămân neabordate în răspunsul mai larg în materie de sănătate publică. Pandemia COVID-19 a atras atenția asupra importanței sprijinului pentru sănătatea mintală, multe țări înființând linii telefonice directe și servicii virtuale de consiliere. Cu toate acestea, aceste eforturi rămân insuficiente pentru a aborda amploarea problemei. Integrarea serviciilor de sănătate mintală în planurile de pregătire în caz de pandemie și destigmatizarea căutării de ajutor sunt pași esențiali în acest sens.

8. Consolidarea cooperării globale

Pandemiile recente au demonstrat că nicio națiune nu poate combate singură în mod eficient o criză de sănătate globală. Cooperarea internațională, fie prin schimbul de date științifice, coordonarea restricțiilor de călătorie sau punerea în comun a resurselor, este esențială. Cu toate acestea, tensiunile politice și abordările naționaliste au împiedicat adesea colaborarea, așa cum s-a văzut în disputele privind distribuirea vaccinurilor în timpul COVID-19. Consolidarea instituțiilor de sănătate globală, precum Organizația Mondială a Sănătății, și promovarea unei culturi a sprijinului reciproc între națiuni sunt necesare pentru a depăși aceste bariere și a asigura un răspuns unitar la crizele viitoare.

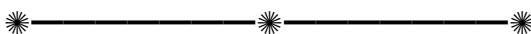
9. Recunoașterea interconexiunii dintre sănătatea umană, animală și de mediu

Conceptul "o singură sănătate", care pune accentul pe interconectarea sănătății umane, animale și de mediu, a devenit proeminent în timpul pandemiilor recente. Multe boli infecțioase, inclusiv COVID-19, SARS și gripa aviară, au origini zoonotice, subliniind necesitatea unor abordări integrate ale sănătății. Combaterea despăduririlor, a traficului de animale sălbatice și a practicilor agricole nesustenabile este esențială pentru reducerea riscului de răspândire a zoonozelor. Consolidarea colaborării între sectoarele sănătății publice, veterinar și de mediu va fi esențială pentru atenuarea amenințărilor viitoare.

10. Promovarea pregătirii pentru viitor

Poate că cea mai importantă lecție a pandemiilor recente este importanța pregătirii. Țările cu planuri de pregătire pentru pandemii bine elaborate au fost capabile să răspundă mai eficient și să minimizeze perturbările. Investiția în stocuri de materiale medicale esențiale, desfășurarea de exerciții regulate de simulare și menținerea unor fonduri de urgență sunt toate măsuri practice care pot spori gradul de pregătire. În plus, încurajarea unei culturi a pregătirii în rândul cetățenilor prin educație și exerciții comunitare asigură faptul că societățile sunt mai bine echipate pentru a răspunde colectiv.

Lecțiile învățate din pandemiile recente sunt la fel de diverse ca și crizele în sine, reflectând natura multifacțată a urgențelor sanitare globale. Aceste informații servesc drept bază pentru construirea unor sisteme mai rezistente, mai echitabile și mai eficiente de combatere a viitoarelor amenințări la adresa sănătății, subliniind necesitatea unui angajament colectiv pentru învățare și adaptare.



Epidemiile și pandemiile au demonstrat în mod constant influența lor profundă asupra societăților, modelând practicile culturale, politicile de sănătate publică și interacțiunile globale. Răspunsurile istorice au ilustrat modul în care frica și ingeniozitatea s-au intersectat adesea, punând bazele înțelegerii reacțiilor societale. Examinarea comportamentelor sociale în timpul crizelor sanitare a dezvăluit rolul puternic al acțiunilor colective în modelarea rezultatelor, fie prin cooperare, fie prin rezistență. Lecțiile desprinse din pandemiile recente au subliniat importanța pregătirii, a distribuției echitabile a resurselor și nevoia critică de a promova încrederea între instituții și public. Aceste reflecții amintesc de interconectarea dintre sănătate și societate, îndemnând persoanele, comunitățile și guvernele să adopte abordări proactive și empaticе față de viitoarele provocări în materie de sănătate publică.

CAPITOLUL 6 –

Etică, cultură și luarea deciziilor medicale

Asistența medicală este un spațiu în care problemele etice se ciocnesc adesea cu valorile culturale, creând situații care necesită o navigare atentă și sensibilitate. Contextele multiculturale amplifică aceste provocări, deoarece pacienții și furnizorii au perspective diferite asupra vieții, morții și limitelor intervenției medicale. Fie că trebuie să se confrunte cu decizii dificile privind sfârșitul vieții sau să se asigure că consimțământul informat respectă nuanțele culturale, aceste scenarii necesită mai mult decât expertiză clinică - necesită empatie și conștiință culturală. Acest capitol examinează dilemele etice care apar în asistența medicală multiculturală, explorând modul în care cultura influențează procesul decizional, comunicarea și furnizarea de îngrijire în moduri care sunt atât profunde, cât și profund umane.

Dileme etice în cadrele medicale multiculturale

Dilemele etice în mediile multiculturale de asistență medicală apar atunci când diversele convingeri și valori culturale se intersectează cu deciziile medicale, creând situații în care soluțiile universal acceptate sunt dificil de identificat. Furnizorii de asistență medicală se confruntă adesea cu aceste dileme, echilibrând nevoia de a respecta diversitatea culturală cu obligațiile lor profesionale de a oferi asistență medicală bazată pe dovezi și centrată pe pacient. Înțelegerea originilor acestor provocări și abordarea lor necesită o abordare nuanțată care acordă prioritate comunicării, empatiei și respectului pentru diferențele culturale.

Un domeniu comun de dileme etice implică convingerile culturale diferite cu privire la cauzele bolii și la tratamentul adecvat. Perspectiva că boala este mai mult decât o condiție biologică poate duce la rezistență față de intervențiile medicale convenționale și la o preferință pentru practicile de vindecare tradiționale sau bazate pe credință. De exemplu, o familie ar putea refuza o intervenție chirurgicală salvatoare pentru un copil deoarece convingerile lor culturale pun accentul pe intervenția spirituală în detrimentul tratamentului medical. În astfel de cazuri, furnizorii de asistență medicală se confruntă cu sarcina dificilă de a pleda pentru cel mai bun rezultat medical, respectând în același timp cadrul cultural al familiei. Aceste scenarii necesită adesea un dialog aprofundat și implicarea mediatorilor culturali pentru a reduce decalajul dintre recomandările medicale și convingerile culturale.

Barierile lingvistice contribuie, de asemenea, în mod semnificativ la dilemele etice în asistența medicală multiculturală. Comunicarea greșită poate duce la neînțelegeri cu privire la diagnostice, opțiuni de tratament sau procese de consimțământ, ceea ce duce la încălcări etice și la compromiterea îngrijirii (Ellahham, 2021). Consimțământul informat, o piatră de temelie a practicii medicale etice, devine deosebit de dificil atunci când pacienții sau familiile acestora nu pot înțelege pe deplin informațiile transmise (Kadam, 2017). De exemplu, un pacient cu competențe limitate în de înțelegere a limbii în care se desfășoară conversația ar putea fi de acord cu o procedură fără să înțeleagă pe deplin riscurile implicate. Acest lucru ridică întrebări cu privire la validitatea consimțământului său și la conformitatea acestuia cu standardele etice. Abordarea unor astfel de probleme implică adesea utilizarea de interpreți profesioniști, dar chiar și așa, nuanțele culturale pot fi pierdute, lăsând loc la interpretări eronate.

Conflictele privind autonomia și luarea deciziilor colective ilustrează în continuare tensiunile etice din asistența medicală multiculturală. Etica medicală occidentală pune adesea accentul pe autonomia individuală, acordând prioritate dreptului pacientului de a lua decizii cu privire la propria îngrijire (Simon, 2020). Cu toate acestea, în multe culturi, deciziile privind asistența medicală sunt luate în mod colectiv de către familii sau comunități, mai

degrabă decât de către individ. Această diferență poate duce la fricțiuni atunci când preferința unui pacient intră în conflict cu dorințele familiei sale sau când cadrele medicale se simt obligate să respecte autonomia individuală în detrimentul procesului decizional colectiv. De exemplu, un pacient bolnav în fază terminală ar putea dori să refuze continuarea tratamentului, dar familia acestuia ar putea insista asupra continuării intervențiilor agresive din cauza convingerilor culturale privind păstrarea vieții cu orice preț. În aceste situații, furnizorii de asistență medicală trebuie să navigheze printre valori conflictuale, asigurându-se în același timp că drepturile pacientului sunt respectate.

Un alt domeniu de preocupare etică implică alocarea resurselor și accesul la îngrijire. În contexte multiculturale, prejudecățile sistemice și neînțelegerile culturale pot duce la un tratament inegal pentru anumite grupuri (Água et al., 2023). Populațiile marginalizate, cum ar fi imigranții și refugiații, se confruntă adesea cu bariere în accesul la asistență medicală din cauza dezavantajelor socioeconomice, a diferențelor lingvistice sau a stigmatizărilor culturale (Hiam et al., 2019). Dilemele etice apar atunci când furnizorii de asistență medicală trebuie să decidă cum să aloce resursele limitate, asigurând în același timp corectitudinea și echitatea (Ilori et al., 2024; Rogozea et al., 2021). De exemplu, prioritizarea îngrijirii pacienților care au mai multe șanse să înțeleagă și să respecte planurile de tratament ar putea părea practică, dar riscă să-i marginalizeze și mai mult pe cei din medii culturale diferite. Abordarea acestor probleme necesită politici instituționale care să promoveze competența culturală și echitatea în furnizarea asistenței medicale.

Diferențele culturale în îngrijirea la sfârșitul vieții prezintă adesea provocări etice semnificative. Unele culturi preferă să nu discute direct despre moarte, considerând că astfel de conversații pot grăbi sosirea acesteia sau pot aduce ghinion (Cheng et al., 2019). Acest lucru poate intra în conflict cu practicile medicale care pun accentul pe comunicarea clară și deschisă cu privire la opțiunile de sfârșit de viață. De exemplu, un furnizor de asistență medicală ar putea considera că este esențial să discute despre îngrijirea paliativă cu un pacient bolnav în fază terminală, dar familia pacientului poate insista să rețină aceste informații din cauza tabuurilor culturale. Navigarea în

astfel de scenarii necesită sensibilitate și dorința de a adapta strategiile de comunicare, asigurându-se în același timp că nevoile și drepturile pacientului rămân în centrul discuției.

Nici furnizorii de asistență medicală nu sunt imuni la influența propriilor prejudecăți culturale, care pot afecta în mod involuntar interacțiunile lor cu pacienții din medii diferite. Prejudecățile implicite pot conduce la presupuneri cu privire la preferințele unui pacient, la respectarea tratamentului sau la înțelegerea informațiilor medicale, rezultând în neglijențe etice (Gonzalez et al., 2021). De exemplu, un furnizor ar putea presupune că un pacient dintr-o anumită cultură va respinge anumite intervenții medicale fără a explora pe deplin perspectiva acestuia. Aceste prejudecăți evidențiază importanța formării în domeniul competenței culturale pentru profesioniștii din domeniul asistenței medicale, care îi înzestreză cu abilitățile necesare pentru a-și recunoaște și atenua propriile prejudecăți.

Abordarea dilemelor etice în mediile de asistență medicală multiculturală necesită o abordare colaborativă și flexibilă. Angajarea mediatorilor culturali, cum ar fi interpreții sau liderii comunitari, poate contribui la reducerea decalajelor culturale și la facilitarea înțelegerii reciproce (Souza, 2017). Instituțiile ar trebui, de asemenea, să investească în formarea continuă a furnizorilor de asistență medicală pentru a le îmbunătăți conștiința culturală și abilitățile de luare a deciziilor etice. Implicarea pacienților și a familiilor acestora în procesele decizionale comune asigură respectarea valorilor culturale, menținând în același timp integritatea asistenței medicale.

În cele din urmă, rezolvarea dilemelor etice în medii multiculturală nu constă în a alege între respectul cultural și standardele medicale, ci în a găsi un echilibru care să le onoreze pe ambele. Acest lucru implică promovarea unei comunicări deschise, demonstrarea empatiei și angajamentul de a acorda îngrijire echitabilă tuturor pacienților. Pe măsură ce asistența medicală devine din ce în ce mai globalizată, capacitatea de a naviga prin aceste dileme cu sensibilitate și pricepere va rămâne o piatră de temelie a practicii medicale etice.

Îngrijirea la sfârșitul vieții și considerentele culturale

Dilemele etice analizate în secțiunea anterioară se intersectează în special cu domeniul sensibil al îngrijirii la sfârșitul vieții, în care considerentele culturale joacă adesea un rol semnificativ în luarea deciziilor. Abordarea îngrijirii la sfârșitul vieții într-un context multicultural necesită o înțelegere a modului în care diferitele valori culturale modelează percepțiile asupra morții și a îngrijirii adecvate care trebuie acordată în aceste etape finale. Aceste perspective culturale influențează semnificativ nu numai preferințele pacienților, ci și așteptările și deciziile luate de familiile acestora.

În multe culturi, moartea nu este doar un eveniment biologic, ci o experiență profund spirituală sau comunitară. De exemplu, în unele culturi asiatice, familia joacă un rol central în deciziile legate de îngrijirea la sfârșitul vieții, acordând adesea prioritate procesului decizional colectiv asupra autonomiei individuale (Alden et al., 2017). Acest lucru poate intra în conflict cu abordările occidentale, care de obicei pun accentul pe dreptul individului de a lua decizii cu privire la propria asistență medicală. Noțiunea de „consimțământ familial” este primordială în unele culturi, în care deciziile privind tratamentele de menținere a vieții sunt luate de membrii apropiați ai familiei, adesea în consultare cu liderii religioși sau spirituali (Chandler et al., 2017). În schimb, autonomia individuală în domeniul asistenței medicale este un principiu director în multe sisteme medicale occidentale, creând potențiale conflicte etice atunci când dorințele unui pacient sunt în contradicție cu cele ale familiei sale (Gilbar, 2011). Acest lucru îi pune pe furnizorii de asistență medicală în fața provocării de a echilibra respectul pentru autonomia pacientului cu dorința familiei de a fi implicată în luarea deciziilor.

De exemplu, în unele culturi africane, abordarea comunitară a asistenței medicale și a deciziilor privind sfârșitul vieții este înrădăcinată în tradiții care pun accentul pe bunăstarea colectivă a familiei și a comunității (Agulanna, 2010). Acest lucru ar putea însemna că dorințele unui pacient pe moarte pot

fi anulate de familie, care poate opta pentru un tratament agresiv pentru a păstra viața, indiferent de prognostic. Pe de altă parte, unele culturi, în special cele cu credințe religioase puternice, pot vedea moartea ca pe o trecere către viața de apoi și pot respinge intervențiile considerate nenaturale sau care sfidează voința divină, precum donarea de organe sau utilizarea tehnologiilor de menținere a vieții (Puchalski și O'Donnell, 2005). Acest lucru poate crea o tensiune etică delicată pentru furnizorii de asistență medicală, care trebuie să navigheze printre aceste perspective divergente, asigurându-se în același timp că îngrijirea rămâne compasivă, etică și respectuoasă.

În plus, abordarea comunicării cu privire la îngrijirea la sfârșitul vieții diferă de la o cultură la alta. În unele culturi, discuția deschisă despre moarte este evitată, familiile preferând să protejeze pacientul de realitatea stării sale (Cain et al., 2018). Acest lucru poate reprezenta o provocare pentru furnizorii de asistență medicală care sunt obișnuiți să discute deschis cu pacienții despre diagnostic, prognostic și opțiuni de tratament. Așteptarea ca pacienții să fie informați cu privire la starea lor terminală nu este universală, iar în unele culturi, neinformarea pacientului este considerată un act de compasiune. Acest lucru ridică probleme etice cu privire la modul cum trebuie abordată ascunderea informațiilor: este respectă autonomia pacientului sau îi este refuzat dreptul de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la îngrijirea sa.

Rolul credințelor religioase intervine, de asemenea, atunci când se ia în considerare îngrijirea la sfârșitul vieții. De exemplu, în multe tradiții creștine, se pune accentul pe sfințenia vieții, ceea ce poate duce la o preferință puternică pentru continuarea tratamentelor de menținere a vieții chiar și în fața unei boli terminale (Wildes, 2015). În schimb, unele credințe budiste sau hinduse consideră moartea drept o parte naturală a ciclului vieții, iar pacienții pot căuta alinare în practici spirituale, cum ar fi rugăciunea sau meditația, mai degrabă decât în intervenția medicală (Raniga et al., 2024). Aceste diferențe de credință pot crea uneori dileme etice pentru furnizorii de servicii medicale, care trebuie să se asigure că oferă îngrijiri care corespund atât valorilor pacientului, cât și opțiunilor medicale disponibile.

În unele culturi, abordarea doliului și a ritualurilor funerare este o parte integrantă a experienței de sfârșit de viață. Ritualurile din jurul morții se extind adesea dincolo de familia apropiată, implicând participarea unei comunități mai largi (Hoy, 2021). Rolul furnizorului de asistență medicală se poate extinde pentru a se adapta acestor ritualuri culturale, în special atunci când este vorba de a permite ca trupul pacientului să fie returnat familiei pentru ritualurile finale sau de a facilita practicile spirituale. Cu toate acestea, pot apărea conflicte dacă procedurile sistemului medical, cum ar fi autopsiile sau protocoalele de donare de organe, intră în conflict cu normele culturale. Furnizorii de servicii medicale trebuie să navigheze cu sensibilitate prin aceste practici culturale, asigurându-se că susțin demnitatea pacientului, respectând în același timp tradițiile culturale.

Spitalele și sistemele de asistență medicală recunosc din ce în ce mai mult nevoia de competență culturală în acordarea îngrijirilor la sfârșitul vieții. Politicile și programele de formare care se concentrează pe sensibilitatea și înțelegerea culturală pot ajuta furnizorii de asistență medicală să răspundă mai bine nevoilor diverse ale pacienților aflați la sfârșitul vieții. În plus, integrarea îngrijirii competente din punct de vedere cultural în sistemele de sănătate înseamnă asigurarea accesului pacienților la preoți consilieri spirituali sau lideri comunitari care pot ajuta la alinierea îngrijirilor medicale la practicile culturale și religioase.

Există, de asemenea, o recunoaștere tot mai mare a importanței planificării prealabile a îngrijirii în rândul populațiilor diverse din punct de vedere cultural. În unele culturi, conceptul de directive prealabile - în care pacienții își prezintă dorințele cu privire la îngrijirea la sfârșitul vieții - nu este practicat pe scară largă, deoarece deciziile sunt adesea luate de familii sau de personalități religioase în momentul decesului (Blank, 2011). Educarea pacienților și a familiilor cu privire la planificarea anticipată a îngrijirii în moduri sensibile din punct de vedere cultural poate contribui la asigurarea respectării dorințelor pacienților și a faptului că aceștia primesc îngrijiri care se aliniază valorilor lor.

În același timp, furnizorii de asistență medicală trebuie să fie conștienți de propriile prejudecăți și presupuneri atunci când oferă îngrijire la sfârșitul vieții. Prejudecățile inconștiente legate de etnie, religie sau mediul cultural pot influența deciziile privind opțiunile de tratament și alocarea resurselor (Haider et al., 2015). Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să se angajeze în auto-reflecție și educație continuă pentru a atenua aceste prejudecăți și a se asigura că oferă cea mai bună îngrijire posibilă pacienților din toate mediile culturale.

Pe măsură ce sistemele de sănătate devin mai diverse, integrarea sensibilității culturale în îngrijirea la sfârșitul vieții este esențială pentru promovarea unui tratament etic și plin de compasiune. Respectarea diferențelor culturale în ceea ce privește atitudinile față de moarte, față de moarte și luarea deciziilor nu numai că asigură cadrul ca pacienții să primească îngrijiri care se aliniază la valorile lor, ci și promovează încrederea și colaborarea între furnizorii de servicii medicale și familii. Ca atare, practica luării deciziilor etice în îngrijirea la sfârșitul vieții este un proces continuu care necesită învățare continuă, comunicare deschisă și umilință culturală

Consimțământul și comunicarea în medicina transculturală

În secțiunea anterioară, am explorat dilemele etice care apar în cadrul asistenței medicale multiculturale, unde diversitatea culturală poate complica procesul decizional. Pe măsură ce ne îndreptăm atenția către consimțământ și comunicare în medicina transculturală, este esențial să examinăm modul în care aceste procese sunt influențate de normele, valorile și așteptările culturale. Consimțământul informat, nu este doar o formalitate procedurală, ci un dialog continuu între furnizorii de asistență medicală și pacienți, care asigură respectarea autonomiei pacientului (Shreekrishna și Rao, 2021). Cu toate acestea, în contexte multiculturale, modul în care consimțământul este solicitat și înțeles poate diferi semnificativ, ceea ce impune profesioniștilor din domeniul sănătății să își adapteze abordările

pentru a răspunde nevoilor diverse ale pacienților lor, respectând în același timp standardele etice.

Una dintre cele mai profunde provocări în medicina interculturală este înțelegerea faptului că conceptul de consimțământ nu se aliniază întotdeauna la modelul medical occidental, care pune accentul pe autonomia individuală. În multe culturi, deciziile privind tratamentul medical sunt adesea luate în mod colectiv de către familie sau comunitate, mai degrabă decât de către individ singur (Rathor et al., 2011). În aceste contexte, consimțământul individului poate fi secundar față de consensul familiei. De exemplu, în culturile în care familia joacă un rol central în luarea deciziilor, pacienții se pot baza pe rude, în special în cazurile care implică afecțiuni grave sau care le pun viața în pericol. Furnizorii de servicii medicale trebuie să navigheze în acest echilibru delicat, respectând drepturile individuale ale pacientului și înțelegând în același timp importanța implicării familiei. Acest lucru este deosebit de dificil atunci când deciziile medicale implică proceduri sau intervenții care pun viața în pericol, în cazul cărora familiile se pot simți mai confortabil să ia decizii în numele pacientului, în special în situațiile în care consideră că pacientul poate să nu înțeleagă pe deplin implicațiile tratamentului.

În unele cazuri, pacienții pot chiar refuza tratamentul sau pot lua decizii care par să contrazică sfaturile medicale, ceea ce poate fi considerat o formă de autonomie (Minei și Kaipu, 2020). Cu toate acestea, responsabilitatea etică a furnizorului de servicii medicale este de a se asigura că pacientul ia decizii în cunoștință de cauză, chiar dacă aceste decizii sunt influențate de membrii familiei sau de practicile culturale. Furnizorul de asistență medicală trebuie nu numai să respecte autonomia pacientului, ci și să se asigure că implicarea familiei nu diminuează dreptul pacientului de a face alegeri independente, în special atunci când vine vorba de decizii legate de proceduri medicale sau de îngrijirea la sfârșitul vieții.

Un alt aspect important al consimțământului în contexte interculturale este rolul încrederii și al respectului în relația dintre furnizorul de asistență medicală și pacient. Încrederea este o piatră de temelie a unei îngrijiri medicale eficiente și devine deosebit de vitală atunci când se navighează prin

dileme etice între culturi. În multe culturi, furnizorii de asistență medicală sunt priviți cu un anumit nivel de autoritate și respect, ceea ce poate face ca pacienții să fie mai puțin dispuși să pună întrebări sau să-și exprime îngrijorarea cu privire la opțiunile lor de tratament (Vidaeff et al., 2015). În astfel de cazuri, furnizorii de asistență medicală trebuie să fie proactivi în crearea unui mediu deschis și sigur pentru ca pacienții să își exprime îngrijorările și să pună întrebări. Acest lucru necesită o înțelegere a mediului cultural al pacientului și capacitatea de a adapta stilurile de comunicare în consecință. De exemplu, în unele culturi, punerea sub semnul întrebării a sfatului unui medic poate fi considerată nepotrivită sau lipsită de respect, astfel încât furnizorii de servicii medicale trebuie să se asigure că pacienții lor se simt confortabil să își exprime îndoielile sau preocupările cu privire la opțiunile lor de tratament (Leape et al., 2012). Acest nivel de implicare proactivă este esențial pentru a se asigura că consimțământul obținut este informat, ceea ce înseamnă că pacientul are o înțelegere clară a tratamentului și a rezultatelor sale potențiale.

În plus, conceptul de consimțământ informat în contexte multiculturale se extinde dincolo de simpla obținere a aprobării unui plan de tratament. Acesta implică un proces continuu în care furnizorii de asistență medicală se angajează într-un dialog continuu cu pacienții și familiile acestora, abordând orice preocupări care pot apărea pe măsură ce tratamentul progresează (Eben, 2023). Acest lucru necesită explicații clare și, de asemenea, o abordare sensibilă din punct de vedere cultural a procesului decizional medical. Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie atenți la așteptările, convingerile și preferințele pacientului și ale familiei, asigurându-se în același timp că procedurile medicale propuse sunt în interesul superior al pacientului.

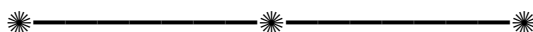
Credințele culturale influențează, de asemenea, modul în care pacienții percep boala și rolul medicinei. În unele culturi, practicile tradiționale de vindecare pot avea prioritate față de tratamentele medicale moderne, ceea ce duce la conflicte atunci când furnizorii de asistență medicală insistă asupra tratamentelor medicale convenționale (Meier zu Biesen et al., 2012). În aceste situații, furnizorii trebuie să respecte sistemul de credințe al pacientului și să

găsească modalități de a integra sau de a completa practicile tradiționale cu îngrijirea medicală modernă. De exemplu, unii pacienți pot prefera să utilizeze remedii pe bază de plante sau vindecare spirituală alături de medicamentele prescrise. În aceste cazuri, furnizorii de asistență medicală trebuie să colaboreze cu pacienții și familiile acestora, recunoscând semnificația culturală a vindecării tradiționale și asigurându-se în același timp că tratamentele propuse nu interferează cu rezultatele medicale ale pacientului.

În plus față de aceste provocări, furnizorii de asistență medicală trebuie, de asemenea, să facă față implicațiilor etice ale paternalismului, un termen utilizat pentru a descrie situațiile în care un furnizor de asistență medicală ia decizii în numele unui pacient, considerând că este în interesul acestuia (George et al., 2022). În mediile de asistență medicală multiculturale, granița dintre paternalism și respect cultural poate fi neclară. Furnizorii pot simți că este de datoria lor să intervină atunci când pacienții iau decizii pe care le percep ca fiind dăunătoare, dar astfel de acțiuni pot intra în conflict cu valorile culturale sau convingerile personale ale pacientului. Aceasta creează o dilemă în care furnizorii de asistență medicală trebuie să găsească un echilibru între obligația lor profesională de a apăra interesele pacientului și datoria lor de a respecta diferențele culturale și autonomia. Acest act de echilibrare este deosebit de dificil atunci când pacienții sau familiile refuză tratamente bazate pe convingeri culturale, care ar putea fi percepute de furnizor ca fiind iraționale sau dăunătoare.

Consimțământul informat în contexte interculturale este, prin urmare, un proces dinamic care merge dincolo de simpla semnătură pe un formular. Acesta necesită un dialog continuu, respect reciproc și o înțelegere a diferențelor culturale. Furnizorii de servicii medicale trebuie să abordeze aceste situații cu umilință, recunoscând că propriul lor mediu cultural poate influența modul în care percep ceea ce este mai bine pentru pacient. În egală măsură, aceștia trebuie să fie pregătiți să informeze pacienții și familiile cu privire la beneficiile și riscurile tratamentelor medicale, fără a-și impune propriile valori sau judecăți.

În cele din urmă, problemele etice legate de consimțământ și comunicare în mediile de asistență medicală multiculturală sunt complexe și cu multiple fațete. Acestea impun furnizorilor de asistență medicală să navigheze printre diferențele culturale, să susțină principiile autonomiei pacientului și să se asigure că îngrijirea acordată este în interesul superior al pacientului. În acest sens, furnizorii de servicii medicale trebuie să se implice în relația cu pacienții și familiile acestora într-un mod respectuos și sensibil din punct de vedere cultural, respectând în același timp standardele medicale de îngrijire. Acest echilibru poate fi dificil de atins, dar este esențial pentru a se asigura că procesul decizional medical este deopotrivă etic și adecvat din punct de vedere cultural.



Relația complexă dintre etică, cultură și luarea deciziilor medicale în medii multiculturale de asistență medicală este nu doar un subiect sensibil, dar și unul relevant.

Dilemele etice apar adesea atunci când diferențele culturale influențează autonomia pacienților, îngrijirea în perioada de sfârșit a vieții și procesele de obținere a consimțământului. O preocupare importantă este legată de provocările cu care se confruntă furnizorii de asistență medicală în navigarea prin norme culturale diverse, respectând în același timp standardele etice. Întrucât cadrele medicale lucrează din ce în ce mai mult cu pacienți din medii culturale variate, devine esențial să se promoveze un mediu de respect reciproc și comunicare deschisă. O abordare atentă a sensibilității culturale, a consimțământului informat și a îngrijirii la sfârșitul vieții poate duce la rezultate mai bune pentru pacienți și la o îngrijire mai etică și mai competentă din punct de vedere cultural. În cele din urmă, găsirea unui echilibru între înțelegerea culturală și responsabilitatea profesională este esențială pentru menținerea standardelor etice într-un sistem de asistență medicală tot mai globalizat.

CAPITOLUL 7 –

Inegalități în materie de asistență medicală și disparități de acces

Inegalitățile în materie de asistență medicală și disparitățile de acces nu sunt doar concepte abstracte; acestea sunt probleme profund înrădăcinate care afectează rezultatele în materie de sănătate ale persoanelor și accesul acestora la resursele de care au nevoie pentru a prospera. Aceste disparități sunt determinate de o serie de factori, inclusiv statutul socioeconomic, rasa, etnia și sexul, care pot influența în mod semnificativ calitatea îngrijirii pe care o primește o persoană. Acești factori creează adesea un ciclu de dezavantaj, în care populațiile vulnerabile se confruntă cu bariere atât în ceea ce privește prevenirea, cât și tratamentul, perpetuând modelele de boală și inegalitate. În acest capitol, vom examina rădăcinile și realitățile acestor disparități, explorând modul în care diferite grupuri sunt afectate în mod disproporționat de problemele legate de accesul la asistență medicală. De asemenea, este necesară extinderea domeniului de aplicare pentru a include o perspectivă globală asupra echității în materie de sănătate, analizând modul în care diferite societăți abordează sau nu abordează aceste provocări. Scopul nu este doar de a sensibiliza, ci și de a inspira gândirea cu privire la modul în care sistemele de îngrijire pot evolua pentru a asigura un tratament corect și echitabil pentru toți, indiferent de trecut sau circumstanțe. Înțelegerea acestor inegalități este primul pas către eliminarea lor și construirea unui sistem de sănătate care să servească cu adevărat tuturor.

Statutul socioeconomic și disparitățile în materie de sănătate

Statutul socioeconomic este foarte important în modelarea rezultatelor în materie de sănătate ale persoanelor și a accesului la îngrijire. Persoanele cu un statut social inferior se confruntă adesea cu rezultate de sănătate mai proaste, acces limitat la asistență medicală de calitate și rate mai ridicate de boli cronice (Smith, 2007). Această legătură între statutul socioeconomic și disparitățile în materie de sănătate este bine stabilită, dezvăluind modul în care factorii financiari, educaționali și ocupaționali se intersectează pentru a influența experiența și rezultatele asistenței medicale (Sharmake, 2024). Persoanele cu venituri reduse se confruntă cu multiple bariere în calea asistenței medicale, inclusiv incapacitatea de a-și permite un tratament, lipsa unei acoperiri de asigurare și absența resurselor de promovare a sănătății în comunitățile lor (Lazar și Davenport, 2018). Aceste disparități nu numai că duc la probleme de sănătate mai frecvente și mai grave, dar contribuie și la consecințele economice și sociale pe termen lung pentru aceste populații.

Persoanele care provin din medii cu un nivel de trai social scăzut sunt mai susceptibile de a trăi în medii care le expun la niveluri mai ridicate de poluare, locuințe de calitate inferioară și acces limitat la alimente sănătoase și spații de recreere sigure (Lazar și Davenport, 2018). În plus față de provocările mediului fizic, aceste populații sunt adesea supuse unui stres psihologic mai mare, cauzat de nesiguranța financiară, discriminare și acces limitat la sprijin social (Sturgeon et al., 2015). Acest stres se poate manifesta prin rezultate slabe în ceea ce privește sănătatea mintală și poate contribui la afecțiuni fizice precum bolile de inimă, diabetul și hipertensiunea. În plus, lipsa accesului la îngrijire preventivă sau la tratament precoce pentru aceste afecțiuni înseamnă că acestea sunt adesea depistate prea târziu, ceea ce duce la prognosticuri mai proaste și rate de mortalitate mai ridicate.

Unul dintre cele mai semnificative moduri în care statutul socioeconomic influențează accesul la asistență medicală este prin acoperirea de asigurare. Este mai puțin probabil ca persoanele cu un statut social inferior să aibă

asigurare de sănătate, fie prin intermediul angajatorului, fie prin programe guvernamentale (El-Osta, 2015). Chiar și atunci când au asigurare, tipul de acoperire este adesea inadecvat, cu deductibilități ridicate sau rețele limitate de furnizori. Acest lucru duce la întârzieri în obținerea de asistență medicală, deoarece persoanele cu un nivel de trai social scăzut pot ezita să utilizeze serviciile de asistență medicală din cauza costurilor suportate din buzunar. De asemenea, este mai puțin probabil ca aceste persoane să aibă un furnizor regulat de servicii medicale primare, ceea ce le determină să apeleze la camerele de urgență pentru îngrijiri urgente sau neurgente, care pot fi atât costisitoare, cât și ineficiente.

În plus față de barierele financiare, persoanele cu statut socio-economic scăzut se pot confrunta, de asemenea, cu obstacole culturale și lingvistice în navigarea în sistemul de sănătate. Profesioniștii din domeniul sănătății pot avea o înțelegere limitată a provocărilor sociale cu care se confruntă aceste populații sau nu au pregătirea necesară pentru a răspunde în mod adecvat nevoilor lor (Ellahham, 2021). Acest lucru poate duce la o comunicare greșită, un diagnostic greșit sau o lipsă de încredere între pacienți și furnizori. În plus, instituțiile de asistență medicală din zonele defavorizate din punct de vedere economic pot fi subfinanțate și cu personal insuficient, exacerband și mai mult disparitățile în ceea ce privește calitatea îngrijirii.

Un aspect important al disparității SES-sănătate este impactul educației. Persoanele cu un nivel scăzut de educație sunt mai susceptibile de a avea rezultate slabe în materie de sănătate, parțial din cauza alfabetizării limitate în domeniul sănătății (Jansen-van et al., 2018). Alfabetizarea în domeniul sănătății se referă la capacitatea de a înțelege informațiile medicale și de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la propria sănătate (Liu et al., 2020). Persoanele cu un nivel scăzut de educație se luptă adesea să înțeleagă sfaturile medicale, opțiunile de tratament și instrucțiunile de îngrijire preventivă, ceea ce poate duce la nerespectarea planurilor de tratament prescrise și la un risc mai mare de complicații. În plus, este posibil ca persoanele cu un nivel scăzut de educație să nu cunoască serviciile de sănătate disponibile sau modalitățile de accesare a

acestora, ceea ce le limitează și mai mult capacitatea de a gestiona în mod eficient condițiile de sănătate.

Statutul profesional și condițiile de muncă joacă, de asemenea, un rol-cheie în disparitățile de sănătate legate de SES. Persoanele cu salarii mici sunt adesea angajate în profesii care le expun la riscuri mai mari pentru sănătate, cum ar fi munca manuală, munca în fabrică sau rolurile din industria serviciilor. Aceste locuri de muncă sunt caracterizate de obicei de ore neregulate, stres fizic și lipsa beneficiilor de sănătate, toate acestea contribuind la rezultate slabe pentru sănătate. În plus, stresul asociat nesiguranței locului de muncă și condițiilor de muncă precare poate crește probabilitatea de a dezvolta probleme de sănătate mintală sau afecțiuni fizice cronice (Green, 2020). În schimb, persoanele cu SES mai ridicat sunt mai susceptibile de a lucra în posturi profesionale sau administrative, care oferă beneficii mai bune, medii de lucru stabile și niveluri mai scăzute de riscuri profesionale.

Conceptul de determinanți sociali ai sănătății, care include factori precum educația, veniturile și ocuparea forței de muncă, este esențial pentru înțelegerea modului în care statutul socioeconomic influențează disparitățile în materie de sănătate. Acești determinanți nu funcționează izolat, ci sunt interconectați în modelarea rezultatelor în materie de sănătate. Persoanele cu un statut social inferior nu dispun adesea de resursele și oportunitățile necesare pentru a-și îmbunătăți sănătatea, creând un ciclu de dezavantaj care persistă de-a lungul generațiilor. De exemplu, copiii proveniți din familii cu un nivel de trai scăzut se pot confrunta cu dificultăți în accesarea unei educații de calitate, ceea ce le limitează potențialul de câștig viitor și perpetuează în continuare ciclul sărăciei și al sănătății precare.

Relația dintre statutul socioeconomic și disparitățile în materie de sănătate este, de asemenea, influențată de factori societali mai largi, cum ar fi politicile publice și inegalitățile instituționalizate. În multe țări, sistemele de sănătate sunt concepute astfel încât afectează în mod disproporționat populațiile cu venituri mici. Costul îngrijirii medicale, acoperirea inadecvată a asigurărilor și disponibilitatea serviciilor în cartierele cu venituri reduse

contribuie la adâncirea disparităților în materie de sănătate. De exemplu, în Statele Unite, Affordable Care Act a fost un pas spre reducerea disparităților legate de SES în ceea ce privește accesul la asistență medicală prin extinderea acoperirii de asigurare, dar rămân lacune semnificative, în special pentru imigranții fără documente sau cei din statele care nu au extins Medicaid (Kominski et al., 2017).

În plus, stigmatizarea socială asociată sărăciei poate exacerba efectele negative asupra sănătății resimțite de persoanele cu venituri reduse. Persoanele cu un nivel de trai social inferior se pot confrunta cu prejudecăți sau discriminare în cadrul asistenței medicale, ceea ce le poate descuraja să solicite asistență medicală sau poate duce la experiențe de tratament mai proaste. Acest lucru creează o barieră în construirea încrederii în instituțiile de asistență medicală și poate descuraja persoanele să acceseze asistență medicală în viitor, contribuind în continuare la ciclul sănătății precare.

Deși legătura dintre statusul socioeconomic și disparitățile în materie de sănătate este incontestabilă, este important să recunoaștem că abordarea acestor disparități necesită o abordare multidimensională. Soluțiile trebuie să implice nu numai îmbunătățirea accesului la asistență medicală și a accesibilității acesteia, ci și abordarea determinantilor sociali mai largi ai sănătății, cum ar fi educația, locuințele și oportunitățile de angajare. Factorii de decizie, furnizorii de servicii medicale și organizațiile comunitare trebuie să colaboreze pentru a crea medii care să promoveze echitatea în materie de sănătate. Acest lucru include punerea în aplicare a politicilor care îmbunătățesc accesul la asistență medicală, investițiile în inițiative de sănătate publică care vizează comunitățile cu venituri reduse și furnizarea de sprijin pentru ca persoanele să obțină rezultate mai bune în materie de educație și ocupare a forței de muncă.

Pe scurt, statutul socioeconomic este un determinant semnificativ al disparităților în materie de sănătate, afectând totul, de la accesul la asistență medicală la calitatea îngrijirii primite. Persoanele cu un statut social inferior se confruntă cu numeroase provocări, inclusiv bariere financiare, acces limitat

la educație și condiții de viață precare, toate acestea contribuind la rezultate mai proaste în materie de sănătate. Abordarea acestor disparități necesită o abordare cuprinzătoare care ia în considerare atât accesul la asistență medicală, cât și condițiile sociale mai largi care modelează sănătatea. Înțelegerea modului în care SES influențează sănătatea este esențială pentru elaborarea de politici și intervenții eficiente care să promoveze echitatea în materie de sănătate pentru toți.

Inegalități rasiale, etnice și de gen în asistența medicală

Inegalitățile rasiale, etnice și de gen în domeniul asistenței medicale sunt probleme profund înrădăcinate care influențează în mod semnificativ calitatea îngrijirii pe care o primesc persoanele și rezultatele lor generale în materie de sănătate. Aceste disparități nu sunt doar un rezultat al prejudecăților individuale, ci și al factorilor sistemici și structurali care au influențat mult timp accesul la asistență medicală și la tratament. Studiile arată în mod constant că grupurile rasiale și etnice minoritare, precum și femeile, se confruntă cu rezultate de sănătate mai proaste în comparație cu omologii lor albi și bărbați (Egede, 2006; Manuel, 2017). Motivele din spatele acestor inegalități sunt complexe, implicând o combinație de factori istorici, socioeconomi și instituționali care lucrează împreună pentru a dezavantaja anumite populații.

Una dintre cele mai vizibile și bine documentate disparități există în tratamentul pacienților de culoare și latino-americani în sistemele de sănătate din întreaga lume, în special în Statele Unite (Bakullari et al., 2014). Aceste grupuri sunt mai susceptibile de a se confrunța cu întârzieri în primirea îngrijirilor, de a primi un standard mai scăzut de îngrijire și de a avea rezultate mai negative asupra sănătății decât omologii lor albi. Un factor-cheie în spatele acestei disparități este prezența prejudecăților implicite în cadrul

sistemelor de asistență medicală. Prejudecățile implicite sunt atitudini sau stereotipuri inconștiente care afectează modul în care indivizii îi percep și îi tratează pe ceilalți. Furnizorii de servicii medicale pot avea, în mod neintenționat, stereotipuri negative cu privire la minoritățile rasiale sau etnice, ceea ce le poate influența luarea deciziilor medicale și nivelul de îngrijire pe care îl oferă. De exemplu, cercetările au arătat că este mai puțin probabil ca pacienții de culoare să primească tratamente pentru ameliorarea durerii, chiar și atunci când se confruntă cu dureri severe, comparativ cu pacienții albi cu afecțiuni similare. Această prejudecată se reflectă și în rezultatele asistenței medicale, minoritățile rasiale fiind adesea diagnosticate greșit sau primind opțiuni de tratament mai puțin eficiente.

În plus față de prejudecățile implicite, factori sistemici precum sărăcia și lipsa accesului la serviciile de asistență medicală contribuie la disparitățile cu care se confruntă minoritățile rasiale și etnice. Populațiile minoritare sunt mai predispuse să locuiască în cartiere cu venituri mici, unde serviciile medicale sunt rare sau de calitate inferioară. De asemenea, aceste zone sunt adesea afectate de pericole de mediu, cum ar fi poluarea aerului, care pot avea un impact negativ asupra sănătății locuitorilor. În plus, multe grupuri minoritare se confruntă cu dificultăți de acces la asigurarea de sănătate sau sunt subasigurate, ceea ce le îngreunează posibilitatea de a-și permite tratamentele și serviciile medicale necesare. Chiar și atunci când au asigurare, acestea se pot confrunța cu costuri mai mari din buzunar sau cu o acoperire limitată, ceea ce agravează și mai mult disparitățile.

Inegalitățile de gen în domeniul asistenței medicale reprezintă o altă preocupare semnificativă. Femeile, în special femeile de culoare, se confruntă cu provocări distincte în cadrul sistemelor de sănătate. Deși femeile au adesea rezultate generale mai bune decât bărbații în materie de sănătate în anumite domenii, ele sunt mai susceptibile de a fi afectate de discriminarea bazată pe gen, care are un impact asupra experienței lor în materie de asistență medicală. De exemplu, problemele de sănătate ale femeilor, în special cele legate de sănătatea reproducerii, au fost istoric marginalizate, subfinanțate și

subtratate în multe sisteme de sănătate (Thompson et al., 2022). Acest lucru a condus la o lipsă de cercetare cuprinzătoare și la opțiuni de tratament inadecvate pentru pacientele de sex feminin. În plus, femeile se pot confrunta cu violența bazată pe gen sau cu exploatarea în cadrul cadrelor medicale, ceea ce le poate descuraja să solicite asistență medicală și poate contribui la disparitățile în materie de sănătate.

O altă problemă semnificativă legată de gen este disparitatea în ceea ce privește accesul la asistență medicală și rezultatele pentru persoanele transgender. Persoanele transgender se confruntă adesea cu discriminarea, stigmatizarea și lipsa unei îngrijiri competente din punct de vedere cultural, ceea ce le poate descuraja să solicite servicii medicale (Shukla et al., 2014). Această lipsă de acces la îngrijiri incluzive poate duce la diagnostice întârziate, rele tratamente și nevoi de sănătate nesatisfăcute. De exemplu, persoanele transgender pot fi reticente în a solicita îngrijiri de rutină, cum ar fi testele Papanicolau sau examenele de prostată, din cauza fricii de discriminare sau a lipsei de furnizori de servicii medicale bine informați. Acest lucru poate duce la rate mai ridicate de boli care pot fi prevenite în rândul populațiilor transsexuale.

Intersecționalitatea dintre rasă, etnie și gen complică și mai mult aceste disparități în materie de asistență medicală. Femeile aparținând minorităților și femeile de culoare se confruntă cu o discriminare combinată, bazată atât pe originea lor rasială/etnică, cât și pe sex, ceea ce poate exacerba barierele în calea primirii de îngrijiri adecvate. De exemplu, femeile de culoare din Statele Unite se confruntă cu rate mai ridicate ale mortalității materne în comparație cu omologii lor albi, o disparitate care este atribuită nu numai diferențelor în accesul la asistență medicală, ci și rasismului sistemic și discriminării pe criterii de gen în cadrele medicale (Taylor, 2020). Această problemă este deosebit de presantă, deoarece rezultatele sănătății materne reflectă inegalități sociale, economice și de asistență medicală mai ample, inclusiv factori precum accesul la îngrijirea prenatală, calitatea îngrijirii în timpul nașterii și capacitatea de reacție a furnizorilor de asistență medicală la

nevoile femeilor însărcinate.

Sistemul de sănătate în sine poate contribui la aceste disparități prin faptul că nu răspunde în mod adecvat nevoilor grupurilor marginalizate. Una dintre principalele provocări este lipsa de diversitate a personalului medical. O forță de muncă omogenă poate fi mai puțin în măsură să înțeleagă sau să abordeze nevoile culturale, lingvistice sau legate de gen ale pacienților diferiți. De exemplu, furnizorii de asistență medicală care nu sunt competenți din punct de vedere cultural pot face presupuneri cu privire la comportamentele sau nevoile de sănătate ale unui pacient pe baza stereotipurilor, ceea ce duce la diagnostice greșite sau la planuri de tratament inadecvate. În plus, lipsa de reprezentare a minorităților rasiale și a femeilor în poziții de conducere în cadrul instituțiilor medicale poate duce la politici și practici care nu iau în considerare nevoile acestor populații.

În multe sisteme de sănătate, accentul a fost pus în mod tradițional pe tratarea bolilor fizice mai degrabă decât pe abordarea determinantilor sociali ai sănătății, care includ factori precum rasa, sexul, și statutul socioeconomic. Această lipsă de atenție față de factorii sociali a dus la perpetuarea disparităților în materie de asistență medicală. Eforturile de sănătate publică de a aborda aceste inegalități trebuie să meargă dincolo de asigurarea accesului egal la tratament medical și să se concentreze în schimb pe crearea unor sisteme de asistență medicală mai incluzive și mai competente din punct de vedere cultural, care să recunoască și să abordeze factorii sociali, economici și culturali subiacenți care contribuie la aceste disparități.

Abordarea inegalităților rasiale, etnice și de gen în asistența medicală necesită o abordare multidimensională. În primul rând, sistemele de sănătate trebuie să acorde prioritate recrutării și păstrării diversității furnizorilor de servicii medicale care pot aduce perspective și înțelegeri culturale diferite în procesul de îngrijire. În plus, instituțiile medicale trebuie să investească în formarea continuă pentru a combate prejudecățile implicite în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății. Asigurarea că furnizorii de asistență medicală înțeleg și răspund nevoilor unice ale pacienților din medii rasiale,

etnice și de gen diferite este esențială pentru îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate.

În plus, sunt necesare schimbări de politică pentru a aborda barierele structurale care afectează în mod disproporționat comunitățile marginalizate. Aceasta include extinderea accesului la servicii medicale pentru minoritățile rasiale și femei, îmbunătățirea infrastructurii medicale în zonele slab deservite și abordarea determinantilor sociali ai sănătății care perpetuează disparitățile (am discutat unele dintre aceste politici în capitolul 3). În plus, ar trebui să se pună un accent mai mare pe cercetarea care investighează nevoile specifice de sănătate ale populațiilor marginalizate, în special în domenii precum sănătatea maternă, sănătatea mintală și gestionarea bolilor cronice.

Inegalitățile rasiale, etnice și de gen în asistența medicală sunt adânc înrădăcinate atât în experiențele individuale de asistență medicală, cât și în probleme sistemice mai ample. Aceste disparități sunt modelate de factori istorici, culturali și socioeconomiци care continuă să afecteze calitatea îngrijirilor primite de populațiile marginalizate. Pentru a crea un sistem de asistență medicală mai echitabil, este esențial să se recunoască și să se abordeze modalitățile în care rasa, etnia și sexul se intersectează pentru a influența rezultatele în materie de sănătate, efectuând în același timp schimbări structurale care să asigure accesul tuturor persoanelor la asistență medicală de calitate, competentă din punct de vedere cultural.

Perspective globale privind echitatea în materie de sănătate

Pornind de la înțelegerea inegalităților rasiale, etnice și de gen, este esențial să explorăm echitatea în materie de sănătate dintr-o perspectivă globală pentru a înțelege implicațiile mai ample ale disparităților în materie de asistență medicală. Deși problemele de inegalitate se manifestă diferit în funcție de regiune, principiile echității în materie de sănătate sunt universale în abordarea barierelor care împiedică persoanele să aibă acces la îngrijirea

de care au nevoie. Echitatea în materie de sănătate, definită ca oportunitatea corectă și echitabilă pentru toate persoanele de a atinge cel mai înalt nivel de sănătate, implică luarea în considerare a factorilor politici, sociali și economici care influențează rezultatele în materie de sănătate în diferite țări și culturi. În întreaga lume, persistă inegalitățile în materie de asistență medicală, unele populații confruntându-se cu dezavantaje grave în ceea ce privește accesul la o asistență adecvată, ceea ce duce la rezultate mai slabe în materie de sănătate.

În țările cu venituri ridicate, cum ar fi cele din America de Nord și Europa de Vest, disparitățile în materie de sănătate sunt adesea observate în rândul populațiilor rasiale și etnice minoritare, precum și al grupurilor dezavantajate din punct de vedere economic. De exemplu, Statele Unite s-au confruntat mult timp cu inegalități semnificative în materie de sănătate rasială și etnică, în ciuda infrastructurii sale avansate de asistență medicală (Yearby, 2018). Sistemul de sănătate al țării este marcat de disparități în ceea ce privește accesul la asigurarea de sănătate, calitatea îngrijirii și rezultatele generale în materie de sănătate pentru populațiile de culoare, latino și indigene. În schimb, în multe țări cu venituri mici și medii, principalele provocări pentru echitatea în materie de sănătate constau în accesul la infrastructura de asistență medicală, disponibilitatea resurselor medicale și capacitatea de a pune în aplicare strategii eficiente de sănătate publică. În aceste medii, lipsa facilităților medicale, a profesioniștilor calificați și a echipamentelor necesare creează un decalaj între nevoile de sănătate ale populației și serviciile disponibile. Acest lucru este evident în special în zonele rurale și în zonele urbane slab deservite, unde accesul la asistență medicală este limitat.

La nivel mondial, determinanții sociali ai sănătății joacă un rol semnificativ în crearea disparităților. În multe țări în curs de dezvoltare, sărăcia rămâne un factor determinant al accesului inegal la serviciile medicale (Garg et al., 2008). Alimentația precară, lipsa apei potabile, condițiile de igienă inadecvate și condițiile de viață precare contribuie toate la rezultate slabe în materie de sănătate, în special în Africa Subsahariană și în unele părți

ale Asiei de Sud. Aceste regiuni se confruntă cu rate ridicate de boli care pot fi prevenite, cum ar fi malaria, tuberculoza și bolile diareice, care sunt exacerbate de accesul limitat la serviciile medicale. În plus, femeile și copiii din aceste regiuni se confruntă cu inegalități semnificative în materie de sănătate, în special în ceea ce privește sănătatea maternă și infantilă. În multe țări, femeile nu au acces la îngrijire maternă, ceea ce contribuie la ratele ridicate ale mortalității materne. Factorii culturali, inclusiv credințele și practicile tradiționale, joacă adesea un rol semnificativ în modelarea atitudinilor față de asistența medicală și pot influența deciziile femeilor de a solicita asistență medicală în timpul sarcinii și nașterii.

Ca răspuns la aceste disparități, organizații globale precum Organizația Mondială a Sănătății (OMS) au depus eforturi pentru a aborda inegalitățile în materie de sănătate prin programe menite să îmbunătățească accesul la serviciile de sănătate esențiale, în special pentru cele mai vulnerabile populații. Inițiativa Sănătate pentru toți a OMS, de exemplu, subliniază importanța asistenței medicale primare ca piatră de temelie a echității în materie de sănătate (Binagwaho și Ghebreyesus, 2019). Această inițiativă solicită guvernelor să acorde prioritate infrastructurii de îngrijire primară în zonele slab deservite, care poate fi mai rentabilă și mai eficientă în reducerea disparităților în materie de sănătate. În mod similar, Obiectivele de dezvoltare durabilă (ODD), adoptate de Organizația Națiunilor Unite, au plasat echitatea în materie de sănătate în prim-planul dezvoltării internaționale, cu scopul de a se asigura că nimeni nu este lăsat în urmă în ceea ce privește accesul la serviciile medicale esențiale.

O componentă esențială a îmbunătățirii echității în materie de sănătate la nivel mondial este necesitatea de a aborda problema finanțării asistenței medicale. În multe părți ale lumii, sistemele de asistență medicală se bazează în mare măsură pe plata din buzunar, ceea ce creează obstacole în calea accesului persoanelor și familiilor cu venituri reduse la serviciile necesare. În țările în care guvernul nu asigură o acoperire universală a asistenței medicale, cetățenii sunt adesea forțați să plătească costuri ridicate pentru îngrijirea

medicală de bază, ceea ce duce la dificultăți financiare și la amânarea tratamentului necesar. Banca Mondială și alte organizații internaționale au pledat pentru creșterea investițiilor în acoperirea universală a sănătății (UHC) pentru a reduce barierele financiare din calea asistenței medicale (Tichenor și Sridhar, 2017). UHC urmărește să ofere servicii de sănătate accesibile și la prețuri accesibile tuturor persoanelor, indiferent de statutul lor economic, asigurându-se că asistența medicală este tratată mai degrabă ca un drept fundamental al omului decât ca un privilegiu.

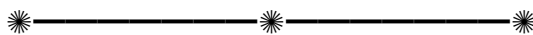
Colaborarea internațională joacă, de asemenea, un rol crucial în promovarea echității în materie de sănătate. Inițiativele globale în domeniul sănătății, cum ar fi Fondul mondial de luptă împotriva SIDA, tuberculozei și malariei, se concentrează pe îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate în țările cu venituri reduse prin finanțare și asistență tehnică. Aceste eforturi contribuie la abordarea inegalităților în materie de sănătate la nivel mondial, concentrându-se pe prevenirea, tratamentul și îngrijirea bolilor în regiunile care sunt cele mai afectate de bolile transmisibile. În plus, țările și organizațiile recunosc din ce în ce mai mult necesitatea unei abordări mai echitabile a distribuției vaccinurilor, în special în urma pandemiei COVID-19. Distribuția inechitabilă a vaccinurilor, în special în țările cu venituri mici, a demonstrat nevoia urgentă de solidaritate internațională în abordarea disparităților în materie de sănătate la nivel mondial. Această criză a arătat cum inegalitățile în materie de sănătate nu afectează doar populațiile afectate, ci au și repercusiuni globale, făcând din echitatea în materie de sănătate o responsabilitate comună a tuturor națiunilor.

De asemenea, se recunoaște din ce în ce mai mult importanța contextului local în abordarea disparităților în materie de sănătate la nivel global. În timp ce organizațiile internaționale și guvernele naționale pot juca un rol semnificativ în abordarea inegalităților structurale, comunitățile locale trebuie să fie implicate în găsirea unor soluții adecvate din punct de vedere cultural și specifice contextului. De exemplu, în unele țări africane, vindecătorii tradiționali joacă un rol esențial în sistemul de sănătate al

comunității, iar includerea lor în inițiativele formale de asistență medicală poate contribui la reducerea decalajului dintre medicina modernă și cea tradițională (Agbor și Naidoo, 2016). În plus, lucrătorii sanitari locali care înțeleg nevoile și provocările specifice de sănătate ale comunităților lor pot fi esențiali în furnizarea eficientă a serviciilor de sănătate. Responsabilizarea comunităților locale prin educație și consolidarea capacităților contribuie la asigurarea faptului că inițiativele de sănătate globală sunt mai durabile și aliniate la nevoile oamenilor pe care își propun să îi deservească.

Echitatea în materie de sănătate nu poate fi realizată fără recunoașterea și abordarea factorilor structurali și istorici care contribuie la disparități. Printre aceștia se numără moștenirile coloniale, exploatarea economică și dinamica inegală a puterii între țări, care au contribuit la decalajul global în materie de sănătate. Multe țări cu venituri reduse continuă să sufere de pe urma efectelor pe termen lung ale exploatării istorice, ceea ce a dus la slăbirea sistemelor de sănătate și la lipsa de resurse pentru îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate. Abordarea acestor inegalități necesită nu numai intervenții axate pe sănătate, ci și reforme politice și economice mai ample pentru a aborda cauzele profunde ale sărăciei și inegalității. O abordare cuprinzătoare a echității în materie de sănătate trebuie să implice abordarea factorilor sociali, politici și economici care modelează rezultatele în materie de sănătate în întreaga lume.

Urmărirea echității în materie de sănătate la scară globală este o provocare complexă care necesită eforturi coordonate între națiuni, culturi și sectoare. Deși s-au înregistrat progrese semnificative în unele domenii, disparitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală și rezultatele acesteia continuă să afecteze milioane de oameni din întreaga lume. Pentru a ajunge la o echitate reală în materie de sănătate, este esențial să ne concentrăm asupra determinantilor sociali ai sănătății, să asigurăm accesul echitabil la serviciile de asistență medicală și să promovăm colaborarea internațională. Astfel, ne putem apropia de o lume în care toți indivizii, indiferent de rasă, etnie, sex sau locație geografică, au posibilitatea de a trăi o viață sănătoasă și plină de satisfacții.



Inegalitățile în materie de asistență medicală și disparitățile de acces rămân provocări persistente care afectează milioane de oameni din întreaga lume. Factorii socioeconomi, inclusiv nivelul veniturilor și nivelul de educație, contribuie în mod semnificativ la disparitățile în materie de sănătate, în special în comunitățile slab deservite. Inegalitățile rasiale, etnice și de gen exacerbează și mai mult aceste probleme, grupurile marginalizate confruntându-se cu rezultate mai slabe în materie de sănătate din cauza barierelor structurale și sistemice. Perspectivile globale privind echitatea în materie de sănătate evidențiază diferitele moduri în care aceste disparități se manifestă în diferite regiuni, subliniind necesitatea unei abordări adaptate pentru a aborda provocările unice cu care se confruntă fiecare zonă. Cu toate acestea, soluții precum îmbunătățirea finanțării asistenței medicale, promovarea acoperirii universale a sănătății și încurajarea cooperării internaționale oferă căi către un sistem de asistență medicală mai echitabil. Pe măsură ce lumea continuă să se confrunte cu aceste disparități, este esențial să se acționeze pentru un sistem de asistență medicală care să asigure accesul la servicii de calitate pentru toți, indiferent de statutul socioeconomic, rasă, etnie sau sex.

CAPITOLUL 8 –

Rolul tehnologiei în sănătate și medicină

Integrarea tehnologiei în sănătate și medicină a transformat modul în care sunt furnizate, accesate și experimentate îngrijirile medicale. De la conectarea pacienților și a furnizorilor de asistență medicală din zonele îndepărtate la dezvoltarea de instrumente care respectă contextele culturale, tehnologia continuă să elimine lacunele critice în furnizarea asistenței medicale. Progrese precum telemedicina și inovațiile sensibile din punct de vedere cultural evidențiază potențialul imens al soluțiilor digitale de a aborda provocări de lungă durată. Pe măsură ce aceste tehnologii evoluează, ele nu numai că îmbunătățesc accesul și eficiența, ci și modelează viitorul sistemelor globale de asistență medicală. Acest capitol explorează modul în care tehnologia remodelează asistența medicală, concentrându-se pe telemedicină, adaptarea culturală a instrumentelor medicale și viitorul promițător al sănătății digitale.

Rolul telemedicinii în reducerea decalajelor în materie de asistență medicală

Rolul telemedicinii în asistența medicală poate fi explorat ținând cont de faptul că acesta are capacitatea de a reduce decalajele în materie de asistență medicală. Telemedicina se referă la utilizarea tehnologiei pentru furnizarea de servicii de asistență medicală la distanță, utilizând adesea consultații video, aplicații mobile de sănătate și instrumente de monitorizare la distanță (Haleem et al., 2021). Importanța sa a crescut foarte mult de-a lungul anilor, în special în abordarea disparităților în ceea ce privește accesul la asistență medicală cauzate de barierele geografice, constrângerile financiare și deficitul

de cadre medicale în zonele slab deservite. Pentru persoanele din zonele rurale sau îndepărtate, telemedicina oferă o legătură vitală cu asistența medicală specializată care altfel nu ar fi disponibilă. În plus, în timpul crizelor de sănătate publică, cum ar fi pandemiile, telemedicina s-a dovedit a fi un instrument esențial pentru menținerea continuității asistenței medicale, reducând în același timp la minimum contactul fizic (Egbewande et al., 2023; Gareev et al., 2021).

Unul dintre cele mai importante roluri ale telemedicinii este capacitatea sa de a extinde îngrijirea specializată în zonele lipsite de resurse. De exemplu, pacienții din comunitățile rurale pot consulta specialiști localizați în centrele urbane fără povara financiară și logistică a deplasării pe distanțe lungi. Acest lucru este deosebit de valoros în domenii precum oncologia, cardiologia și sănătatea mintală, unde accesul la expertiză este adesea limitat. Consultațiile la distanță sprijină, de asemenea, continuitatea îngrijirii în cazul afecțiunilor cronice, permițând pacienților să se întâlnească în mod regulat cu furnizorii lor de asistență medicală, fără vizite frecvente la spital. În acest fel, telemedicina nu numai că îmbunătățește accesibilitatea, dar și ușurează presiunea asupra unităților de asistență medicală suprasolicitate.

Telemedicina a jucat, de asemenea, un rol transformator în reducerea costurilor asociate asistenței medicale. Consultațiile la distanță permit pacienților să economisească bani în ceea ce privește transportul, cazarea și timpul de absență de la locul de muncă, în timp ce furnizorii de asistență medicală beneficiază de costuri operaționale mai mici. În plus, permițând detectarea timpurie și gestionarea bolilor prin intermediul dispozitivelor de monitorizare de la distanță, telemedicina contribuie la reducerea nevoii de intervenții de urgență și spitalizări costisitoare. De exemplu, pacienții cu hipertensiune arterială sau diabet pot utiliza dispozitive portabile pentru a-și urmări semnele vitale, care sunt apoi transmise medicilor lor pentru monitorizare în timp real și intervenție în timp util. Această abordare proactivă nu numai că îmbunătățește rezultatele în materie de sănătate, dar creează, de asemenea, eficiența costurilor în întregul sistem de sănătate.

Rolul telemedicinei în abordarea inegalităților în materie de asistență medicală se extinde dincolo de barierele geografice. Ea joacă, de asemenea, un rol important în depășirea disparităților sociale și economice. Multe populații slab deservite, inclusiv grupurile cu venituri mici și comunitățile minoritare, s-au confruntat în mod istoric cu bariere în accesul la asistență medicală din cauza inegalităților sistemice. Telemedicina oferă o cale alternativă pentru aceste persoane, oferind opțiuni de asistență medicală accesibile și convenabile care răspund nevoilor lor specifice. Clinicile medicale mobile echipate cu instrumente de telemedicină au fost deosebit de eficiente în atingerea populațiilor marginalizate, oferindu-le servicii esențiale, cum ar fi îngrijirea preventivă, vaccinările și consultațiile.

Deși telemedicina a revoluționat furnizarea de asistență medicală, punerea sa în aplicare nu este lipsită de provocări. Problemele legate de infrastructura digitală, cum ar fi accesul inadecvat la internet și alfabetizarea tehnologică limitată, rămân bariere semnificative în unele regiuni (Arora et al., 2024). Aceste provocări sunt deosebit de pronunțate în țările cu venituri mici, unde accesul la electricitate și la conexiuni fiabile la internet este inconsistent. În plus, decalajul digital afectează în mod disproporționat adulții în vârstă și persoanele cu handicap, care pot avea dificultăți în a utiliza în mod eficient platformele de telemedicină. Abordarea acestor lacune necesită eforturi coordonate din partea guvernelor, a sectorului privat și a furnizorilor de asistență medicală pentru a se asigura că telemedicina nu exacerbează în mod neintenționat inegalitățile existente.

Considerentele etice și de reglementare influențează, de asemenea, eficacitatea telemedicinei. Problemele legate de confidențialitatea datelor și de consimțământul în cunoștință de cauză sunt accentuate în cadrul asistenței medicale digitale, unde informațiile sensibile despre pacienți sunt transmise prin rețele electronice (Fields, 2020). În lipsa unor cadre solide de protejare a acestor date, pacienții pot ezita să utilizeze serviciile de telemedicină, subminând potențialul acestora. În plus, reglementările privind licențele care restricționează consultațiile de telemedicină dincolo de

frontierele de stat sau naționale pot limita domeniul de aplicare al acesteia, în special pentru pacienții din zonele în care specialiștii locali nu sunt disponibili. Factorii de decizie politică trebuie să depună eforturi pentru a aborda aceste provocări, creând un mediu de reglementare care să sprijine atât accesibilitatea, cât și responsabilitatea.

Pandemia COVID-19 ne-a arătat valoarea telemedicinii în perioade de criză, determinând adoptarea și inovarea pe scară largă. Furnizorii de servicii medicale din întreaga lume au trecut rapid la soluții digitale pentru a gestiona creșterea cererii, minimizând în același timp riscurile de expunere. Această schimbare nu numai că a demonstrat capacitatea telemedicinii de a se adapta la circumstanțe în schimbare, dar a evidențiat și potențialul acesteia de a deveni o componentă permanentă a sistemelor de sănătate. În viitor, integrarea telemedicinii în modelele tradiționale de îngrijire poate crea o abordare hibridă care maximizează accesibilitatea, păstrând în același timp beneficiile îngrijirii în persoană.

Rolul telemedicinii în reducerea decalajelor în materie de asistență medicală este incontestabil, însă succesul acesteia depinde în cele din urmă de abordarea barierelor care împiedică adoptarea sa universală. Investind în infrastructură, promovând alfabetizarea digitală și stabilind orientări etice clare, sistemele de sănătate pot debloca întregul potențial al telemedicinii pentru a oferi asistență medicală echitabilă și eficientă. Pe măsură ce tehnologia continuă să evolueze, posibilitățile telemedicinii de a revoluționa în continuare asistența medicală rămân imense, oferind speranță pentru un viitor mai conectat și mai incluziv în medicină.

Progrese tehnologice în domeniul asistenței medicale sensibile din punct de vedere cultural

Bazându-se pe potențialul de transformare al telemedicinii în abordarea disparităților în materie de asistență medicală, progresele tehnologice au

avut, de asemenea, un impact semnificativ asupra asistenței medicale sensibile din punct de vedere cultural. Aceste progrese oferă instrumente și strategii pentru a adapta îngrijirea medicală la diversele nevoi culturale, îmbunătățind relația pacient-furnizor și ameliorând rezultatele în materie de sănătate (Wong et al., 2021). În societățile multiculturale, înțelegerea și respectarea diferențelor culturale în practicile și credințele din domeniul asistenței medicale este esențială. Tehnologia a oferit modalități inovatoare de a reduce decalajele culturale, asigurându-se că îngrijirea este acordată în moduri care rezonază cu valorile și tradițiile pacienților.

O contribuție majoră a tehnologiei în asistența medicală sensibilă din punct de vedere cultural este dezvoltarea instrumentelor de traducere și interpretare. Barierele lingvistice au fost mult timp o provocare în furnizarea de asistență medicală echitabilă, ducând adesea la o comunicare greșită, neîncredere sau tratament inadecvat (Rasi, 2020). Aplicațiile avansate de traducere și dispozitivele de interpretare în timp real permit acum o comunicare perfectă între furnizorii de servicii medicale și pacienții care vorbesc limbi diferite (Dahal și Aoun, 2023). Aceste instrumente asigură faptul că pacienții își pot descrie cu exactitate simptomele și pot înțelege planurile de tratament care le sunt transmise de personalul medical, promovând încrederea și cooperarea în interacțiunile medicale și asigurând posibilitatea obținerii unui consimțământ informat.

Dincolo de limbă, tehnologia permite crearea de materiale de educație pentru sănătate relevante din punct de vedere cultural. Platformele și aplicațiile digitale pot furniza în prezent informații despre sănătate adaptate la contexte culturale specifice, asigurând alinierea conținutului la convingerile pacienților și la valorile (Maha et al., 2024). De exemplu, videoclipurile educaționale, aplicațiile mobile și platformele interactive pot oferi orientări privind prevenirea sau gestionarea bolilor în moduri adecvate din punct de vedere cultural, cum ar fi integrarea recomandărilor dietetice care corespund obiceiurilor alimentare tradiționale. Această abordare nu numai că promovează o mai bună aderență la sfaturile medicale, ci și abilităază comunitățile să joace un rol activ în sănătatea lor.

Un alt domeniu-cheie în care tehnologia a făcut progrese în materie de asistență medicală sensibilă din punct de vedere cultural este proiectarea dispozitivelor portabile și de monitorizare. Aceste dispozitive sunt din ce în ce mai mult personalizate pentru a răspunde preferințelor și practicilor culturale. De exemplu, dispozitivele portabile de urmărire a sănătății pot fi concepute pentru a se adapta codurilor vestimentare religioase sau culturale, asigurându-se că pot fi purtate confortabil și fără conflicte. Acest nivel de personalizare face mai ușoară accesibilitatea persoanelor din medii diverse la tehnologiile moderne de sănătate, fără a se simți înstrăinate sau forțate să își compromită tradițiile.

Inteligența artificială (AI) a apărut, de asemenea, ca un instrument puternic pentru îmbunătățirea sensibilității culturale în domeniul asistenței medicale. Algoritmii AI pot analiza seturi mari de date pentru a identifica modele și preferințe culturale, permițând furnizorilor de asistență medicală să anticipeze și să răspundă mai eficient nevoilor diferitelor grupuri de pacienți (Ibikunle et al., 2024). De exemplu, roboții de chat și asistenții virtuali alimentați cu inteligență artificială pot fi programați să răspundă în moduri adecvate din punct de vedere cultural, oferind sfaturi de sănătate personalizate care iau în considerare normele culturale. Deși aceste tehnologii sunt încă în evoluție, ele sunt foarte promițătoare pentru a face asistența medicală mai incluzivă și mai receptivă.

Cu toate acestea, integrarea tehnologiei în asistența medicală, integrare sensibilă din punct de vedere cultural, ridică, de asemenea, provocări. Există riscul stereotipurilor culturale dacă instrumentele tehnologice se bazează pe presupuneri prea generalizate cu privire la grupurile culturale (Alsaleh, 2024). Pentru a evita acest lucru, dezvoltatorii și profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să colaboreze cu comunitățile pentru a se asigura că tehnologiile sunt concepute cu un aport cultural autentic. În plus, problemele legate de echitatea digitală rămân o barieră semnificativă, deoarece nu toate populațiile au acces egal la tehnologiile necesare pentru a beneficia de aceste progrese. Abordarea acestor disparități necesită eforturi direcționate pentru

îmbunătățirea infrastructurii digitale și furnizarea de formare în comunitățile slab deservite.

Confidențialitatea și securitatea datelor sunt alte considerente esențiale. Pe măsură ce tehnologia se integrează tot mai mult în asistența medicală sensibilă din punct de vedere cultural, protejarea informațiilor despre pacienți devine tot mai importantă. Pacienții din anumite medii culturale pot fi deosebit de preocupați de modul în care datele lor personale de sănătate sunt utilizate și stocate. Comunicarea transparentă cu privire la practicile privind datele și măsurile de securitate solide sunt esențiale pentru a crea încredere și a încuraja adoptarea acestor tehnologii.

Utilizarea tehnologiei în asistența medicală sensibilă din punct de vedere cultural se intersectează, de asemenea, cu etica. Pentru a se asigura că tehnologia este utilizată pentru a abilita pacienții și nu pentru a consolida inegalitățile existente, este necesară o monitorizare continuă și o supraveghere etică. De exemplu, în timp ce inteligența artificială poate oferi informații valoroase cu privire la tendințele culturale în materie de sănătate, aceasta poate, de asemenea, să perpetueze prejudecățile dacă nu este concepută și pusă în aplicare cu atenție (Celi et al., 2022). Trebuie elaborate cadre etice pentru a ghida utilizarea acestor tehnologii, acordând prioritate incluziunii și autonomiei pacienților.

Tehnologia a deschis noi căi pentru furnizarea de asistență medicală sensibilă din punct de vedere cultural, abordând bariere de lungă durată care au împiedicat asistența medicală echitabilă. De la instrumentele de traducere la informațiile bazate pe inteligența artificială, aceste progrese au potențialul de a transforma modul în care se acordă asistența medicală în diverse medii. Cu toate acestea, realizarea acestui potențial necesită o integrare atentă a tehnologiei cu un angajament față de echitate, respect și colaborare. Prin alinierea inovării la sensibilizarea culturală, sistemele de asistență medicală se pot apropia de satisfacerea nevoilor diverse ale pacienților lor, promovând incluziunea și rezultate mai bune în materie de sănătate pentru toți.

Viitorul sănătății digitale

Viitorul sănătății digitale este modelat de inovații care urmăresc să facă asistența medicală mai accesibilă, mai eficientă și mai adaptată la nevoile individuale. Tehnologiile emergente extind posibilitățile de diagnosticare, tratament și implicare a pacienților, cu un accent puternic pe personalizarea și pe îngrijirea proactivă. Această schimbare nu se referă doar la îmbunătățirea instrumentelor medicale, ci și la reimaginarea modului în care asistența medicală este furnizată și trăită.

Inteligența artificială se remarcă ca o forță transformatoare în domeniul sănătății digitale. Aceasta este aplicată din ce în ce mai mult pentru a prezice riscurile de îmbolnăvire, a elabora planuri de tratament și a sprijini procesul decizional clinic. De exemplu, sistemele de diagnostic bazate pe IA pot analiza cu precizie imaginile medicale sau rezultatele de laborator, permițând detectarea timpurie a unor afecțiuni precum cancerul sau bolile cardiovasculare (Hanif și Amelia, 2024). În plus, aceste instrumente sunt integrate în fluxurile de lucru clinice pentru a ajuta furnizorii de asistență medicală să gestioneze volume mari de date despre pacienți, îmbunătățind atât viteza, cât și acuratețea acordării îngrijirilor.

Tehnologiile portabile continuă să depășească limitele monitorizării sănătății în timp real. Dispozitive precum ceasurile inteligente și dispozitivele de fitness devin din ce în ce mai sofisticate, oferind funcții care monitorizează sănătatea inimii, nivelul de glucoză din sânge și tiparele de somn. Viitoarele evoluții ar putea include biosenzori portabili capabili să detecteze modificări biochimice subtile în organism, permițând intervenția timpurie pentru potențiale probleme de sănătate. Această evoluție face ca asistența medicală să treacă de la reactivă la preventivă, promovând un stil de viață mai sănătos și reducând povara asupra unităților medicale.

Un alt domeniu promițător este integrarea genomicii în îngrijirea de rutină. Progresele în secvențierea genomului și analiza datelor permit o înțelegere mai profundă a predispozițiilor genetice la boli (Kumar et al., 2024).

Medicina de precizie, bazată pe informații genomice, permite furnizorilor de asistență medicală să adapteze tratamentele la profilul genetic al unei persoane, sporind eficacitatea intervențiilor (Singla, 2024). Această abordare face deja progrese semnificative în domenii precum oncologia și farmacologia, unde terapiile personalizate se dovedesc a fi mai eficiente decât soluțiile unice.

Platformele digitale de sănătate răspund, de asemenea, nevoii de asistență medicală sensibilă din punct de vedere cultural. Instrumentele concepute ținând cont de diversitatea culturală, cum ar fi aplicațiile de sănătate multilingve sau sistemele care iau în considerare practicile alimentare locale, sporesc implicarea pacienților și respectarea recomandărilor medicale. Aceste tehnologii recunosc faptul că o îngrijire eficientă necesită adesea alinierea intervențiilor medicale la contextele culturale și sociale ale pacienților.

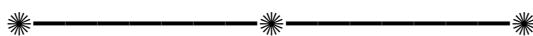
Automatizarea și robotica încep să remodeleze diverse aspecte ale asistenței medicale. Intervențiile chirurgicale asistate de roboți, de exemplu, permit proceduri minim invazive cu o precizie mai mare și timpi de recuperare mai scurți (Pasupuleti, 2021). Dincolo de sala de operație, roboții sunt în curs de dezvoltare pentru a asista personalul medical în realizarea unor sarcini care variază de la reabilitarea fizică la îngrijirea persoanelor în vârstă, caz în care pot chiar să ofere companie și sprijin pentru activitățile zilnice. Aceste inovații sunt deosebit de valoroase în abordarea provocărilor reprezentate de îmbătrânirea populației și de deficitul de forță de muncă în domeniul asistenței medicale.

Progresele în domeniul realității augmentate și al realității virtuale oferă noi posibilități de formare a profesioniștilor din domeniul sănătății și de îmbunătățire a rezultatelor pentru pacienți (Oseni et al., 2024). În educație, realitatea virtuală și cea augmentată permit studenților la medicină și practicienilor să simuleze proceduri complexe în medii controlate, sporindu-le abilitățile și încrederea. Pentru pacienți, aceste tehnologii sunt explorate în gestionarea durerii, terapia fizică și îngrijirea sănătății mintale, oferind experiențe imersive care ajută la recuperare și bunăstare.

Analiza datelor este o altă componentă esențială care modelează viitorul sănătății digitale. Capacitatea de a colecta, analiza și interpreta cantități mari de date privind sănătatea permite o înțelegere mai cuprinzătoare a tendințelor de sănătate ale populației (Berros et al., 2023). Analizele predictive pot ajuta sistemele de sănătate să aloce resursele mai eficient, să anticipateze focarele de boală și să dezvolte intervenții de sănătate publică specifice. Cu toate acestea, aceste progrese ridică, de asemenea, întrebări importante privind securitatea datelor și confidențialitatea pacienților, necesitând garanții solide pentru a asigura o utilizare etică.

Pe măsură ce sănătatea digitală continuă să câștige tot mai mulți adepți, echitatea rămâne o preocupare presantă. Abordarea problematicii decalajului digital este esențială pentru a garanta că toate populațiile beneficiază de progrese, inclusiv cele din zonele rurale sau slab dezvoltate. Tehnologiile accesibile, împreună cu politicile de promovare a accesului echitabil, sunt esențiale pentru reducerea disparităților și asigurarea faptului că soluțiile de sănătate digitală își ating întregul potențial.

În viitor, fuziunea sănătății digitale cu alte sectoare, precum educația și sănătatea publică, poate redefini modul în care îngrijirea este integrată în viața de zi cu zi. Colaborările dintre companiile de tehnologie, furnizorii de servicii medicale și factorii de decizie vor juca un rol crucial în conturarea acestui viitor. Cu o planificare atentă și o supraveghere etică, sănătatea digitală are potențialul de a crea un sistem de sănătate mai incluziv și mai centrat pe pacient.



Tehnologia a revoluționat modul în care se furnizează asistența medicală, oferind soluții inovatoare la provocări de lungă durată. De la reducerea decalajelor de acces prin telemedicină până la promovarea îngrijirii sensibile din punct de vedere cultural și imaginarea unui viitor modelat de inovațiile digitale în domeniul sănătății, integrarea tehnologiei în medicină redefinesște

Îngrijirea pacienților la scară globală. Telemedicina s-a dovedit a fi un instrument puternic în extinderea îngrijirii la populațiile insuficient deservite, abordând barierele geografice și de accesibilitate. În același timp, progresele înregistrate în domeniul tehnologiilor adaptate din punct de vedere cultural demonstrează importanța creării unor sisteme care să respecte și să acomodeze diversele nevoi, favorizând încrederea și aderarea la orientările medicale.

Viitorul sănătății digitale este și mai promițător, inovațiile emergente în materie de inteligență artificială, dispozitive portabile, genomică și robotică deschizând calea către o îngrijire personalizată, eficientă și incluzivă. Deși aceste evoluții prezintă oportunități de neegalat, ele necesită, de asemenea, o punere în aplicare atentă pentru a răspunde preocupărilor etice și a asigura un acces echitabil. Evoluția continuă a sănătății digitale exemplifică potențialul de transformare al tehnologiei atunci când este ghidată de un angajament de îmbunătățire a rezultatelor medicale pentru toți.

CAPITOLUL 9 –

Globalizarea și colaborarea interculturală

Globalizarea a schimbat modul în care este practică și înțeleasă asistența medicală în întreaga lume. Ea a adus oamenii, ideile și resursele mai aproape unii de alții, facilitând schimbul de cunoștințe medicale și îmbunătățirea îngrijirii pacienților. Înțelegerea modului în care globalizarea a influențat practicile medicale, de la schimbul de metode de tratament la colaborarea în domeniul cercetării în domeniul sănătății globale facilitează evoluția sistemelor medicale, într-un mod nediscriminatoriu. Crearea de parteneriate între culturi diferite, creșterea gradului de incluziune a sistemelor de sănătate, respectând nevoile diverse ale persoanelor pe care le deservesc, este un obiectiv actual al sănătății globale.

Impactul globalizării asupra practicilor medicale

Globalizarea are un efect semnificativ asupra practicilor medicale, pe care sociologia medicală ne ajută să le înțelegem. Aceasta influențează modul în care asistența medicală este organizată, accesată și furnizată în întreaga lume, evidențiind adesea diferențele dintre condițiile sociale și economice (Jenkins et al., 2021). Răspândirea cunoștințelor medicale și a tehnologiei peste granițe a adus multe beneficii, însă acestea nu sunt disponibile în mod egal pentru toate populațiile. Țările mai bogate și grupurile privilegiate tind să aibă un acces mai bun la îngrijire avansată, în timp ce regiunile mai puțin dezvoltate se confruntă cu lupte continue pentru a satisface nevoile de sănătate de bază. Sociologia medicală analizează aceste modele pentru a înțelege modul în care inegalitățile modelează rezultatele în materie de sănătate la nivel mondial.

Migrația lucrătorilor din domeniul sănătății este o altă problemă importantă legată de globalizare. Mulți profesioniști din țările în curs de dezvoltare se mută în țări mai bogate în căutarea unor oportunități mai bune, lăsând țările lor de origine cu mai puține resurse pentru a sprijini sistemele de sănătate locale (Okwara, 2023). Această mișcare, adesea denumită "exodul creierelor", creează provocări atât pentru țările care pierd lucrătorii, cât și pentru cele care îi primesc. Sociologii studiază aceste tendințe pentru a înțelege modul în care forțele și politicile economice globale afectează sistemele de sănătate și persoanele pe care le deserveșc.

Diferențele culturale joacă, de asemenea, un rol important în modul în care globalizarea afectează asistența medicală. Întrucât practicile și orientările medicale sunt împărtășite la nivel internațional, acestea intră uneori în conflict cu credințele și tradițiile locale (Uwayezu et al., 2022). Sociologia medicală explorează modul în care pacienții și furnizorii de asistență medicală navighează aceste diferențe, precum și modul în care medicina tradițională se încadrează în asistența medicală modernă globalizată. S-a demonstrat că dezvoltarea competenței culturale, o înțelegere și un respect pentru diferențele culturale, îmbunătățește rezultatele în materie de sănătate în medii multiculturale (Constantinou et al., 2022).

Globalizarea influențează și modul în care sănătatea este gestionată la nivelul populației. Organizații precum Organizația Mondială a Sănătății stabilesc standarde internaționale de sănătate și conduc campanii globale de sănătate. Aceste eforturi contribuie la abordarea unor probleme precum vaccinarea, gestionarea bolilor și educația în domeniul sănătății publice. Cu toate acestea, sociologii examinează influența politicii, a finanțării și a dinamicii puterii în cadrul acestor inițiative globale pentru a înțelege modul în care acestea afectează diferite populații.

Tehnologia a accelerat și mai mult impactul globalizării asupra asistenței medicale. Instrumentele digitale, precum platformele de sănătate online și rețelele globale de date, au creat noi oportunități de abordare a problemelor de sănătate. În același timp, acestea generează preocupări cu privire la

confidențialitatea datelor, accesul inegal la tehnologie și potențiala utilizare abuzivă a datelor medicale. Sociologia medicală studiază aceste evoluții pentru a înțelege modul în care tehnologia interacționează cu sistemele sociale și cu drepturile individuale.

Răspunsul global la crizele de sănătate publică arată, de asemenea, natura interconectată a sistemelor de sănătate. Cooperarea între țări, politicile naționale și comportamentul individual joacă toate un rol în gestionarea urgențelor sanitare, cum ar fi epidemiile de boli infecțioase. Sociologii studiază aceste reacții pentru a afla cum încrederea, rețelele sociale și implicarea comunității influențează succesul eforturilor de sănătate publică.

În termeni mai simpli, globalizarea afectează fiecare aspect al asistenței medicale, de la cine are acces la tratamente la modul în care culturile interacționează în cadrul sistemelor medicale. Sociologia medicală oferă perspective valoroase asupra acestor schimbări, ajutându-ne să înțelegem provocările și oportunitățile unui sistem de sănătate globalizat. De asemenea, ea ghidează eforturile de a construi pentru viitor sisteme de sănătate mai echitabile și mai sensibile din punct de vedere cultural.

Parteneriate interculturale în domeniul asistenței medicale și cercetare

Pe măsură ce globalizarea continuă să modeleze asistența medicală, aceasta conduce în mod natural la parteneriate și cercetări interculturale. Aceste colaborări reunesc persoane din țări și culturi diferite pentru a lucra la rezolvarea problemelor de sănătate. Scopul lor este de a îmbunătăți asistența medicală prin combinarea diferitelor idei, cunoștințe și resurse. Sociologia medicală ne ajută să înțelegem modul în care aceste parteneriate reușesc sau se confruntă cu provocări, în special atunci când sunt implicate diferențe culturale.

Un mod în care parteneriatele interculturale au făcut o diferență este cercetarea internațională a bolilor. Oamenii de știință și medicii din diferite țări lucrează adesea împreună pentru a studia boli care afectează oamenii din întreaga lume, cum ar fi malaria, HIV și tuberculoza. Aceste parteneriate permit cercetătorilor să facă schimb de informații și resurse, accelerând descoperirile și îmbunătățind tratamentele. Cu toate acestea, diferențele culturale în ceea ce privește modul în care sunt privite și tratate bolile pot face uneori dificilă colaborarea. De exemplu, ceea ce o cultură consideră a fi o prioritate în domeniul asistenței medicale poate să nu fie la fel în altă cultură. Înțelegerea acestor diferențe este esențială pentru succesul muncii în echipă.

Un alt domeniu important al asistenței medicale interculturale este formarea și educația. Programele care reunesc medici, asistente medicale și alți lucrători din domeniul sănătății din țări diferite contribuie la răspândirea cunoștințelor și a competențelor. De exemplu, cadrele medicale din țările mai bogate călătoresc adesea în țările în curs de dezvoltare pentru a oferi formare sau a împărtăși expertiză. Pe de altă parte, lucrătorii din domeniul sănătății din țările în curs de dezvoltare pot aduce cunoștințe culturale valoroase echipelor internaționale. Sociologia medicală examinează modul în care aceste schimburi influențează practicile medicale și modul în care înțelegerea culturală îmbunătățește rezultatele.

Cercetarea bazată pe comunitate este un alt exemplu de colaborare interculturală. Această abordare presupune colaborarea directă cu comunitățile locale pentru a înțelege nevoile și provocările lor specifice în materie de sănătate. Cercetătorii învață de la oamenii pe care doresc să îi ajute, respectându-le tradițiile și găsind soluții care se potrivesc modului lor de viață. De exemplu, proiectele care vizează îmbunătățirea sănătății materne în zonele rurale lucrează adesea în strânsă colaborare cu moașele și liderii comunității locale. Aceste colaborări garantează că soluțiile sunt practice și acceptabile din punct de vedere cultural.

În același timp, parteneriatele interculturale se confruntă cu provocări etice. Pot apărea dezechilibre de putere atunci când țările mai bogate oferă finanțare sau resurse națiunilor mai sărace (Thapa, 2020). Uneori, vocile comunităților locale nu sunt auzite sau nevoile lor sunt trecute cu vederea în favoarea priorităților globale. Sociologia medicală ajută la evidențierea acestor probleme, încurajând parteneriatele să fie corecte și respectuoase.

Aceste colaborări sunt vitale și în situațiile de urgență în domeniul sănătății publice, cum ar fi epidemiile de boli infecțioase. Țările se bazează adesea pe cercetarea și resursele comune pentru a răspunde eficient. De exemplu, în timpul crizelor sanitare, echipele internaționale pot colabora pentru a furniza vaccinuri, materiale medicale sau pentru a educa comunitățile. Astfel de eforturi demonstrează importanța cooperării în protejarea sănătății globale.

Parteneriatele interculturale și cercetarea în domeniul asistenței medicale sunt foarte promițătoare pentru îmbunătățirea sănătății la nivel mondial. Acestea permit oamenilor din medii diferite să împărtășească cunoștințe, să învețe unii de la alții și să creeze soluții în beneficiul tuturor. Cu toate acestea, pentru a reuși, aceste eforturi necesită o atenție deosebită acordată înțelegerii culturale, corectitudinii etice și respectului reciproc.

Promisiunea sistemelor de sănătate incluzive din punct de vedere cultural

Importanța parteneriatelor interculturale oferă mari beneficii, dar, mai important, ideea de sisteme de sănătate incluzive din punct de vedere cultural oferă speranță pentru o asistență medicală mai echitabilă și mai eficientă la nivel mondial. Un sistem de sănătate incluziv din punct de vedere cultural respectă și ia în considerare nevoile, valorile și credințele diverse ale comunităților pe care le deservește (Gamage, 2024). Acesta se asigură că oamenii, indiferent de originea lor, se simt înțeleși și îngrijiți atunci când solicită ajutor medical.

Una dintre promisiunile-cheie ale sistemelor de sănătate favorabile incluziunii culturale este îmbunătățirea accesului la îngrijire. Atunci când serviciile de sănătate iau în considerare diferențele culturale, ele pot elimina barierele care împiedică oamenii să obțină ajutorul de care au nevoie. De exemplu, crearea de politici care recunosc practicile tradiționale de vindecare sau abordarea neîncrederii în anumite comunități poate încuraja mai multe persoane să apeleze la îngrijire profesională. Sociologia medicală joacă un rol în înțelegerea acestor bariere și în găsirea unor modalități de a le aborda eficient.

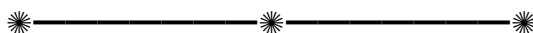
Un alt beneficiu este o mai bună comunicare între furnizorii de servicii medicale și pacienți. Un sistem incluziv din punct de vedere cultural pregătește cadrele medicale să asculte activ și să răspundă preocupărilor unice ale pacienților. Această abordare contribuie la construirea încrederii și garantează că pacienții își înțeleg pe deplin diagnosticul și opțiunile de tratament. Încrederea este esențială pentru a încuraja oamenii să urmeze sfaturile medicilor și pentru a îmbunătăți rezultatele generale în materie de sănătate.

Sistemele de sănătate incluzive din punct de vedere cultural reduc, de asemenea, inegalitățile în materie de îngrijire. Acestea urmăresc să creeze condiții de concurență echitabile în care toată lumea beneficiază de aceeași calitate a tratamentului, indiferent de rasă, etnie, sex sau statut socioeconomic. De exemplu, spitalele și clinicile pot angaja interpreți, pot oferi servicii în mai multe limbi sau pot concepe programe specifice pentru grupurile slab deservite. Aceste eforturi contribuie la asigurarea faptului că nimeni nu este lăsat în urmă.

Incluziunea în domeniul asistenței medicale poate consolida, de asemenea, inițiativele de sănătate publică. Campaniile de vaccinare, de conștientizare a sănătății mintale sau de prevenire a bolilor sunt mai eficiente atunci când sunt adaptate pentru a răspunde nevoilor culturale ale diferitelor comunități. Atunci când oamenii văd că cultura lor este respectată, este mai probabil să aibă încredere și să participe la astfel de programe.

În ciuda promisiunilor sale, realizarea unor sisteme de sănătate incluzive din punct de vedere cultural vine la pachet cu provocări. Este nevoie de eforturi, resurse și angajament din partea guvernelor, a instituțiilor de sănătate și a profesioniștilor. Formarea personalului, actualizarea politicilor și implicarea membrilor comunității în procesul decizional sunt etape esențiale, dar necesită timp și dedicare. Sociologia medicală ajută la identificarea a ceea ce funcționează și a ceea ce trebuie îmbunătățit, asigurându-se că progresul este realizat cu atenție.

Un sistem de sănătate incluziv din punct de vedere cultural oferă o viziune a asistenței medicale care este corectă, respectuoasă și eficientă pentru toată lumea. Acesta are potențialul de a elimina lacunele în materie de îngrijire, de a construi relații mai puternice între furnizori și pacienți și de a crea comunități mai sănătoase. Deși există încă provocări, beneficiile fac din acest sistem un obiectiv pentru care merită să se depună eforturi în fiecare parte a lumii.



Viitorul asistenței medicale este strâns legat de schimbul global de cunoștințe, idei și resurse. Accentul din ce în ce mai mare pus pe colaborarea interculturală și orientarea către sisteme de sănătate incluzive din punct de vedere cultural prezintă atât provocări, cât și oportunități. Este o reamintire a faptului că, în ciuda diferențelor noastre, asistența medicală este o necesitate universală, iar eforturile de a reduce decalajele culturale vor îmbunătăți în cele din urmă îngrijirea pentru toți. Munca care ne așteaptă necesită un angajament comun de a înțelege, respecta și adapta la nevoile diverse ale pacienților de pretutindeni. Pe măsură ce lumea continuă să fie din ce în ce mai conectată, promisiunea unui sistem de sănătate care îmbrățișează diversitatea și incluziunea devine din ce în ce mai realizabilă, modelând un viitor în care toată lumea are acces la îngrijirea pe care o merită.

CAPITOLUL 10 –

Viitorul competenței culturale în medicină

Viitorul medicinei este foarte promițător, în special în ceea ce privește modul în care asistența medicală abordează diferențele culturale. Odată cu creșterea diversității pacienților, există o nevoie tot mai mare ca sistemele de sănătate să se adapteze și să ofere îngrijiri care respectă și înțeleg mediile culturale. Tendințele emergente în materie de sensibilizare culturală în domeniul asistenței medicale, importanța formării profesioniștilor din domeniul asistenței medicale pentru a fi competenți din punct de vedere cultural și valoarea unei abordări holistice a sănătății și vindecării sunt subiecte care ar trebui abordate de profesioniști medicali. Aceste subiecte sunt esențiale pentru a ne asigura că asistența medicală nu este doar eficientă, ci și incluzivă și plină de compasiune pentru persoanele din toate culturile. Viitorul este cel al unui sistem de asistență medicală care să răspundă cu adevărat nevoilor unei lumi diverse.

Tendințe emergente în conștientizarea culturală și sănătate

În ultimii ani, sensibilizarea culturală în domeniul asistenței medicale a devenit un obiectiv-cheie, pe măsură ce societățile din întreaga lume devin mai diverse. Această schimbare a dus la o mai bună înțelegere a faptului că factorii culturali joacă un rol semnificativ în modul în care oamenii percep sănătatea, boala și vindecarea. Este important să se recunoască faptul că sensibilizarea culturală nu înseamnă doar să fii familiarizat cu diferite culturi; aceasta implică înțelegerea activă a modului în care aceste diferențe culturale influențează furnizarea asistenței medicale și îngrijirea pacienților.

Una dintre cele mai notabile tendințe emergente în conștientizarea culturală este recunoașterea tot mai mare a importanței competenței culturale în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății. Competența culturală implică înțelegerea, respectarea și abordarea diferențelor culturale care influențează convingerile și comportamentele de sănătate ale unui pacient (Constantinou et al., 2022). În trecut, este posibil ca profesioniștii din domeniul sănătății să fi primit o formare limitată pe această temă, dar în prezent competența culturală este tot mai frecvent inclusă ca o componentă de bază a educației medicale. Instituțiile de asistență medicală recunosc din ce în ce mai mult că competența culturală nu se referă doar la evitarea neînțelegerilor, ci și la îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate pentru pacienți.

Această tendință este deosebit de importantă în țările cu populații mari de imigranți sau în cele care au comunități marginalizate istoric. De exemplu, în Statele Unite, unde există o gamă largă de grupuri etnice și culturale, sistemele de sănătate se adaptează pentru a se asigura că serviciile lor sunt accesibile și sensibile la nevoile diferitelor populații (Okeme et al., 2024). Aceasta include furnizarea de servicii în mai multe limbi, oferirea de îngrijiri adecvate din punct de vedere cultural și luarea în considerare a credințelor culturale la crearea planurilor de tratament.

O altă tendință în materie de sensibilizare culturală este integrarea considerentelor culturale în elaborarea politicilor și practicilor de asistență medicală. De exemplu, politicile care promovează accesul echitabil la serviciile de asistență medicală pentru toate grupurile culturale sunt din ce în ce mai frecvente. De asemenea, sistemele de sănătate depun eforturi pentru a se asigura că serviciile lor reflectă valorile și tradițiile comunităților pe care le deservesc. Acest lucru poate include angajarea de personal din medii diverse, crearea de programe pentru a se angaja cu grupuri culturale specifice sau încorporarea practicilor tradiționale de vindecare în sistemul de sănătate, acolo unde este cazul.

În plus, utilizarea tehnologiei în asistența medicală a jucat un rol important în promovarea sensibilizării culturale. Folosirea tot mai frecventă a telemedicinei, de exemplu, a permis furnizorilor de asistență medicală să intre în contact cu pacienții din diferite medii culturale în moduri care nu erau posibile înainte, acest lucru poate ajuta la reducerea decalajelor dintre persoanele care locuiesc în zone îndepărtate sau care se confruntă cu bariere lingvistice. Platformele de telemedicină oferă adesea servicii de traducere lingvistică și permit profesioniștilor din domeniul sănătății să înțeleagă mai bine contextul cultural al pacienților lor, ceea ce îmbunătățește calitatea îngrijirii.

O altă tendință emergentă este concentrarea tot mai mare asupra sănătății mintale în contexte culturale. Problemele de sănătate mintală au fost adesea subraportate sau diagnosticate greșit în unele grupuri culturale din cauza stigmatizării sau a lipsei de înțelegere (Rayan și Fawaz, 2017). În prezent, există un impuls mai puternic pentru a oferi îngrijiri de sănătate mintală care să recunoască și să respecte diferențele culturale. Acest lucru include oferirea unei terapii sensibile din punct de vedere cultural, crearea unor sisteme de sprijin care să reflecte valorile diferitelor grupuri și formarea cadrelor medicale pentru a înțelege modul în care factorii culturali influențează sănătatea mintală.

În plus față de aceste tendințe, există o recunoaștere din ce în ce mai mare a necesității de a aborda disparitățile în materie de sănătate în rândul diferitelor grupuri culturale. Este bine documentat faptul că anumite grupuri etnice și rasiale au rezultate mai slabe în materie de sănătate din cauza unor factori precum statutul socioeconomic, accesul la asistență medicală și discriminarea (Courtney-Long, et al., 2016; Wheeler și Bryant, 2017). Tendințele emergente în conștientizarea culturală se concentrează pe reducerea acestor disparități prin crearea unor sisteme de asistență medicală mai incluzive. De exemplu, există un sprijin din ce în ce mai mare pentru modelele de asistență medicală bazate pe comunitate care sunt concepute pentru a răspunde nevoilor specifice ale populațiilor marginalizate sau slab servite. Aceste modele acordă prioritate sensibilității culturale și se asigură

că îngrijirea este acordată într-un mod care rezonază cu valorile și practicile diferitelor comunități.

Rolul educației în promovarea conștiinței culturale nu poate fi supraestimat. Din ce în ce mai multe școli medicale includ competența culturală ca parte a curriculumului lor (Goyal et al., 2020; Liu et al., 2022). Această tendință este esențială pentru echiparea viitorilor profesioniști din domeniul sănătății cu cunoștințele și abilitățile necesare pentru a lucra cu o populație de pacienți diversă. Formarea în domeniul competenței culturale include înțelegerea diferențelor culturale, îmbunătățirea abilităților de comunicare și învățarea cum să navigheze printre barierele culturale în cadrul asistenței medicale. Acest lucru este deosebit de important pe măsură ce asistența medicală devine mai globalizată, pacienții și furnizorii din diferite părți ale lumii interacționând mai frecvent.

În plus, accentul pus pe competența culturală a condus la elaborarea de orientări și cadre pentru a ajuta organizațiile din domeniul sănătății să își evalueze și să își îmbunătățească sensibilitatea culturală. Aceste cadre oferă instrumente practice pentru furnizorii de asistență medicală pentru a evalua cât de bine răspund nevoilor populațiilor diverse (Okeme et al., 2024). Ele ajută instituțiile să identifice domeniile în care se pot îmbunătăți, cum ar fi oferirea de servicii mai adecvate din punct de vedere cultural, îmbunătățirea diversității personalului sau îmbunătățirea formării în domeniul competenței culturale.

O tendință importantă legată de sensibilizarea culturală este implicarea tot mai mare a organizațiilor comunitare în furnizarea de asistență medicală (Kaihlanen et al., 2019). Multe instituții de asistență medicală se asociază cu grupuri comunitare care au cunoștințe directe despre nevoile culturale ale populațiilor lor. Aceste organizații joacă adesea un rol crucial în informare și educare, ajutând pacienții să navigheze în sistemul de sănătate și să își înțeleagă opțiunile de tratament. De asemenea, acestea pot oferi informații valoroase cu privire la practicile culturale care pot avea un impact asupra asistenței medicale, cum ar fi preferințele alimentare sau metodele tradiționale de vindecare.

Tendențele emergente în materie de sensibilizare culturală remodelează modul în care se acordă asistența medicală, punând accentul pe competența culturală, schimbările de politică, sănătatea mintală și includerea tehnologiei. Pe măsură ce societățile devin din ce în ce mai diverse, aceste tendințe vor juca un rol esențial în crearea unor sisteme de asistență medicală care nu sunt doar eficiente, ci și incluzive și receptive la nevoile tuturor pacienților. Profesioniștii din domeniul sănătății care sunt competenți din punct de vedere cultural vor fi mai bine echipați pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate, a reduce disparitățile în materie de sănătate și a îmbunătăți rezultatele pentru pacienți. Aceste tendințe contribuie la construirea unui sistem de asistență medicală mai echitabil, în care diferențele culturale sunt respectate, înțelese și abordate în mod semnificativ.

Formarea cadrelor medicale în domeniul competenței culturale

Având în vedere accentul tot mai mare pus pe sensibilizarea culturală în domeniul asistenței medicale, una dintre cele mai eficiente modalități de a aborda aceste tendințe emergente este formarea profesioniștilor din domeniul asistenței medicale în materie de competențe culturale. Trecerea la o abordare a asistenței medicale mai favorabilă incluziunii culturale evidențiază nevoia de profesioniști care nu numai că sunt conștienți de diferențele culturale, dar sunt și dotați cu competențele necesare pentru a răspunde în mod adecvat nevoilor diverse ale pacienților lor. Formarea în domeniul competenței culturale implică învățarea furnizorilor de asistență medicală cum să înțeleagă, să respecte și să gestioneze diferențele culturale într-un mod care îmbunătățește experiența de îngrijire pentru toți pacienții (Betancourt și Green, 2010).

Competența culturală este mult mai mult decât simpla înțelegere a diferitelor norme culturale; aceasta implică recunoașterea modului în care cultura influențează convingerile, comportamentele și accesul la îngrijiri

medicale (Okeme et al., 2024). Formarea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a fi competenți din punct de vedere cultural începe cu educarea acestora cu privire la factorii istorici și sociali care contribuie la disparitățile în ceea ce privește rezultatele în materie de sănătate. De exemplu, lucrătorii din domeniul sănătății trebuie să înțeleagă impactul rasismului, al statutului socioeconomic și al barierelor lingvistice asupra îngrijirii pacienților. Această înțelegere le permite să ofere o îngrijire mai eficientă, mai empatică și mai adaptată persoanelor din medii diferite.

Un aspect-cheie al formării în domeniul competenței culturale este predarea profesioniștilor din domeniul sănătății cum să comunice eficient cu pacienții din medii culturale diverse. Comunicarea este o parte fundamentală a asistenței medicale, iar comunicarea greșită poate duce la neînțelegeri, la rezultate slabe pentru pacienți și la o lipsă de încredere (Ellahham, 2021). Profesioniștii din domeniul sănătății sunt instruiți pentru a fi conștienți de barierele lingvistice, de indiciile non-verbale și de importanța preferințelor pacienților în procesul de comunicare. Această formare asigură faptul că furnizorii de asistență medicală nu primesc doar pasiv informații, ci se angajează activ cu pacienții într-un mod care respectă contextul lor cultural.

Un alt element important al formării competențelor culturale este dezvoltarea empatiei și conștientizarea prejudecăților inconștiente. Mulți profesioniști din domeniul sănătății, ca oricine altcineva, pot avea prejudecăți inconștiente care pot afecta modul în care tratează pacienții (Marcelin et al., 2019). Aceste prejudecăți pot duce la maltratarea neintenționată a anumitor grupuri de pacienți sau la o distribuție inegală a îngrijirilor. Prin formare, profesioniștii din domeniul sănătății învață să își recunoască prejudecățile și să lucreze pentru a minimiza impactul acestora asupra îngrijirii pacienților. Acest lucru poate îmbunătăți în mod semnificativ relația dintre pacient și furnizor și poate garanta că fiecare pacient se simte respectat și apreciat, indiferent de mediul său cultural.

Formarea subliniază, de asemenea, importanța umilinței culturale. Umlința culturală este un proces continuu de auto-reflecție și învățare

(Foronda et al., 2015). Spre deosebire de competența culturală, care este adesea privită ca un set de abilități sau cunoștințe, umilința culturală se concentrează pe ideea că profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să își examineze în permanență propriile prejudecăți și să încerce să înțeleagă perspectivele culturale ale pacienților lor (Foronda et al., 2015). Această mentalitate este esențială pentru a oferi îngrijiri care nu sunt doar respectuoase, ci și adaptabile la nevoile diverselor populații. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt învățați să abordeze fiecare pacient cu un sentiment de deschidere, dorința de a învăța și recunoașterea faptului că nimeni nu poate stăpâni pe deplin toate normele culturale.

În plus, formarea în domeniul competenței culturale pregătește profesioniștii din domeniul sănătății să abordeze disparitățile în materie de sănătate. Înțelegerea factorilor sociali, economici și culturali care contribuie la aceste disparități permite profesioniștilor din domeniul sănătății să ofere îngrijiri mai echitabile. Această formare îi ajută pe furnizori să identifice provocările specifice cu care se confruntă anumite grupuri, cum ar fi barierele lingvistice sau lipsa transportului, și să găsească soluții care să promoveze echitatea în materie de sănătate.

Facultățile de medicină și instituțiile de asistență medicală încorporează din ce în ce mai mult competența culturală în programele lor de învățământ și de dezvoltare profesională. De exemplu, studenții la medicină pot participa la ateliere, exerciții de joc de rol și programe comunitare care îi expun la diverse populații de pacienți. Aceste experiențe practice le oferă studenților abilitățile practice de care au nevoie pentru a interacționa cu pacienții în contexte reale. În plus, unele facultăți oferă cursuri specializate privind competența culturală care explorează mai în profunzime intersecția dintre cultură, sănătate și medicină.

Educația continuă este, de asemenea, esențială pentru profesioniștii din domeniul sănătății pe parcursul carierei lor. Pe măsură ce datele demografice ale populațiilor de pacienți continuă să se schimbe, lucrătorii din domeniul sănătății au nevoie de formare continuă pentru a rămâne la curent cu cele

mai bune practici în materie de îngrijire competentă din punct de vedere cultural. Multe sisteme de asistență medicală oferă în prezent ateliere sau sesiuni de formare periodice privind competența culturală pentru personalul de la toate nivelurile, de la medici la asistente medicale și la personalul de sprijin (McElroy et al., 2016). Aceste programe contribuie la consolidarea importanței conștientizării culturale și asigură faptul că profesioniștii din domeniul asistenței medicale continuă să își dezvolte abilitățile necesare pentru a oferi îngrijire incluzivă.

Instituțiile medicale joacă un rol crucial în crearea unei culturi a competenței culturale. Politicile care promovează diversitatea, incluziunea și conștientizarea culturală la locul de muncă sunt esențiale pentru sprijinirea personalului și asigurarea faptului că beneficiile formării în domeniul competenței culturale sunt pe deplin realizate. Spitalele, clinicile și alte organizații de asistență medicală acordă din ce în ce mai multă prioritate diversității în practicile lor de angajare și se asigură că membrii personalului reflectă comunitățile pe care le deservească. Această abordare nu numai că ajută la o abordare mai eficientă a nevoilor pacienților, dar favorizează, de asemenea, un mediu de lucru mai incluziv pentru profesioniștii din domeniul sănătății din medii diverse.

Formarea profesioniștilor din domeniul asistenței medicale în materie de competență culturală este un pas esențial către obținerea unei asistențe medicale echitabile pentru toți. Aceasta contribuie la crearea unui sistem de asistență medicală în care toți pacienții primesc o îngrijire respectuoasă și eficientă, indiferent de mediul lor cultural. Această formare îmbunătățește comunicarea, reduce disparitățile și garantează că profesioniștii din domeniul sănătății sunt pregătiți să răspundă nevoilor diverse ale pacienților lor. Pe măsură ce sectorul asistenței medicale continuă să evolueze, competența culturală va rămâne o piatră de temelie a îngrijirii eficiente a pacienților și un factor-cheie în realizarea echității în materie de sănătate.

Reflecții asupra unei abordări holistice a sănătății și vindecării

Competența culturală în asistența medicală trebuie abordată în corelație și cu o abordare holistică a sănătății și vindecării. Această abordare se concentrează pe tratarea întregii persoane, nu doar a simptomelor sale fizice, ci și pe luarea în considerare a nevoilor sale emoționale, sociale și spirituale. Scopul unei abordări holistice este de a atinge un echilibru în toate domeniile vieții, deoarece sănătatea nu înseamnă doar absența bolii, ci și bunăstarea generală.

O abordare holistică a asistenței medicale se extinde dincolo de metodele tradiționale de tratament care se concentrează în primul rând pe corpul fizic. Aceasta implică recunoașterea faptului că oamenii sunt afectați de starea lor mentală, de mediu, de relații și chiar de credințele lor culturale (Ventegodt et al., 2016). De exemplu, o persoană care se confruntă cu o boală cronică se poate confrunța și cu stres, anxietate sau sentimente de izolare. Abordarea acestor aspecte ale vieții unei persoane poate fi la fel de importantă ca furnizarea de medicamente sau tratamente medicale.

Această abordare este strâns legată de ideea că sănătatea este influențată de o combinație de factori, inclusiv genetica, stilul de viață și condițiile sociale (Schoon și Krumwiede, 2022). Nu este suficient să se trateze doar boala; profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să ia în considerare modul în care acești alți factori influențează sănătatea unui pacient. De exemplu, o persoană care trăiește într-un mediu stresant sau care se confruntă cu dificultăți financiare se poate recupera mai greu după o boală. O abordare holistică încurajează furnizorii de asistență medicală să analizeze toți acești factori și să găsească modalități de a ajuta persoana în toate aspectele vieții sale.

Unul dintre elementele-cheie ale unei abordări holistice este accentul pus pe prevenție. În loc să trateze doar bolile, profesioniștii din domeniul sănătății care utilizează o abordare holistică încearcă, de asemenea, să prevină apariția problemelor de sănătate. Aceasta poate include învățarea

pacienților despre alimentația sănătoasă, exercițiile fizice, gestionarea stresului și menținerea unor relații bune. Prevenirea poate fi deosebit de importantă în comunitățile care se confruntă cu disparități în materie de sănătate, deoarece ajută la reducerea poverii generale a bolii și promovează un stil de viață mai sănătos.

În plus, o abordare holistică a vindecării subliniază, de asemenea, importanța îngrijirii personale (Ventegodt et al., 2016). Profesioniștii din domeniul sănătății încurajează pacienții să își asume un rol activ în sănătatea lor prin luarea de decizii în cunoștință de cauză, prin solicitarea de sprijin atunci când este necesar și prin practicarea unor obiceiuri sănătoase. Responsabilizarea pacienților în acest fel poate îmbunătăți sănătatea lor mentală și fizică și poate crea un sentiment mai mare de bunăstare.

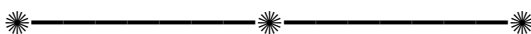
Competența culturală joacă un rol important într-o abordare holistică, deoarece ajută furnizorii de asistență medicală să înțeleagă și să respecte diferitele moduri în care oamenii văd sănătatea și vindecarea (Okeme et al., 2024). De exemplu, în unele culturi, metodele tradiționale de vindecare pot fi la fel de importante ca medicina occidentală. O abordare holistică nu respinge aceste practici, ci le încorporează în planul de îngrijire, respectând convingerile pacienților și oferind, în același timp, asistență medicală bazată pe dovezi. Acest lucru poate ajuta la crearea unui plan de tratament mai personalizat și mai eficient, care să rezoneze cu valorile și preferințele pacientului.

În plus, o abordare holistică pune accentul și pe relația dintre furnizorul de servicii medicale și pacient. Construirea încrederii și a înțelegerii este o parte esențială a acestei abordări, deoarece ajută pacienții să se simtă confortabil împărtășindu-și îngrijorările și provocările (Kennedy et al., 2018). O relație puternică între un furnizor de servicii medicale și un pacient poate duce la o comunicare mai bună, un tratament mai eficient și îmbunătățirea rezultatelor. Pacienții sunt mai predispuși să urmeze un plan de tratament atunci când simt că furnizorul lor de asistență medicală îi înțelege cu adevărat și că îi pasă de bunăstarea lor.

Abordarea holistică vizează promovarea sănătății generale în comunitate. Aceasta încurajează sistemele de sănătate să se concentreze asupra inițiativelor de sănătate publică, asupra bunăstării comunității și asupra factorilor sociali care influențează sănătatea (Itharat et al., 2017). De exemplu, politicile care îmbunătățesc accesul la alimente sănătoase, locuințe sigure și aer curat pot contribui la reducerea problemelor de sănătate pe termen lung. Un sistem holistic de asistență medicală adoptă o viziune mai largă asupra sănătății, luând în considerare nu numai tratamentul individual, ci și comunitatea și mediul în care trăiesc oamenii.

În viitor, o abordare mai holistică a sănătății și a vindecării ar putea deveni și mai importantă pe măsură ce lumea devine mai conectată și mai diversă. Furnizorii de servicii medicale vor trebui să colaboreze pentru a face față provocărilor tot mai mari în materie de sănătate care apar odată cu globalizarea, cum ar fi creșterea numărului de boli cronice și a problemelor de sănătate mintală. Prin adoptarea unei abordări holistice care ia în considerare factorii culturali, sociali și psihologici, profesioniștii din domeniul sănătății pot oferi o îngrijire și un sprijin mai bune persoanelor din toate categoriile sociale.

O abordare holistică a sănătății și vindecării nu înseamnă doar tratarea simptomelor bolii, ci înțelegerea întregii persoane și a nevoilor sale unice. Aceasta promovează bunăstarea în toate domeniile vieții, ajutându-i pe indivizi să se mențină sănătoși și să se recupereze după boală. Această abordare este deosebit de importantă într-o lume diversă în care oamenii provin din medii diferite și au nevoi de sănătate diferite. Prin adoptarea unei abordări holistice, profesioniștii din domeniul sănătății pot crea un sistem de sănătate mai incluziv, mai eficient și mai plin de compasiune pentru toată lumea.



Sănătatea și vindecarea nu țin doar de tratamentele fizice, ci de înțelegerea întregii persoane. Înțelegerea pacientului ține de abordări multiple, de la conștientizarea culturală la progresele tehnologice, de la îngrijirea pe baza celor mai noi cuceriri ale tehnicii până la înțelegerea importanței tratării oamenilor cu empatie și respect pentru trecutul lor. Competența culturală în domeniul asistenței medicale merge dincolo de a fi un interes trecător; este o componentă esențială în furnizarea de îngrijire de înaltă calitate persoanelor din medii diverse. Provocările cu care ne confruntăm în prezent (de la furnizarea de asistență medicală echitabilă, la reducerea decalajelor în materie de acces sau la promovarea unei înțelegeri mai profunde între furnizorii de asistență medicală și pacienți) sunt semnificative. Dar există speranță. O abordare holistică, care include sensibilitatea și incluziunea culturală, poate face o diferență semnificativă în sistemele de sănătate din întreaga lume.

Viitorul asistenței medicale se va baza probabil pe aceste principii mai mult ca niciodată. Lumea se schimbă și, odată cu aceasta, sistemele de sănătate trebuie să evolueze pentru a răspunde nevoilor unor populații din ce în ce mai diverse. Formarea profesioniștilor din domeniul sănătății în ceea ce privește competența culturală, adoptarea soluțiilor digitale de sănătate și concentrarea asupra îngrijirii holistice sunt pași în direcția cea bună. Aceste elemente reprezintă promisiunea unui sistem de sănătate mai conectat, mai plin de compasiune și mai eficient.

Abordarea complexă a îngrijirii solicită o abordare dincolo de știința medicinei, necesitând luarea în considerare și a laturii umane a vindecării. Fiecare pacient este unic, cu propria sa poveste, cultură și experiențe. Asistența medicală pe care o oferim ar trebui să reflecte acest lucru. Pe măsură ce privim înainte, să ne străduim să construim sisteme de asistență medicală care nu sunt doar eficiente, ci și pline de compasiune, incluzive și receptive la nevoile diverse ale persoanelor pe care le deservesc.

Referințe bibliografice

- Abdullahi, A. (2011). Trends and challenges of traditional medicine in Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 8, 5-16. <https://doi.org/10.4314/ajtcam.v8i5SS.5>.
- Adeyeye, S., Ashaolu, T. J., Bolaji, O., Abegunde, T., & Omoyajowo, A. (2021). Africa and the nexus of poverty, malnutrition, and diseases. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 63(5), 641-656. <https://doi.org/10.1080/10408398.2021.1952160>.
- Agbor, A., and Naidoo, S. (2016). A review of the role of African traditional medicine in the management of oral diseases. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 13(2), 133. <https://doi.org/10.4314/ajtcam.v13i2.16>
- Água, P., Frias, A., Correia, A., & Simões-Marques, M. (2023). The impact of cultural diversity on organizational and operational risk levels. *AHFE International*. <https://doi.org/10.54941/ahfe1003610>.
- Agulanna, C. (2010). Community and human well-being in an African culture. *Trames: Journal of the Humanities and Social Sciences*, 1464, 282–298. <https://doi.org/10.3176/tr.2010.3.05>
- Agyei-Baffour, P., Kudolo, A., Quansah, D., & Boateng, D. (2017). Integrating herbal medicine into mainstream healthcare in Ghana: Clients' acceptability, perceptions, and disclosure of use. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 513. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-2025-4>.
- Ahad, A., Sanchez-Gonzalez, M. and Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus*. 15, e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
- Ahmad, S., & Koncsol, S. (2022). Cultural factors influencing mental health stigma: Perceptions of mental illness (POMI) in Pakistani emerging adults. *Religions*, 13(5), 401. <https://doi.org/10.3390/rel13050401>.
- Aigbokhan, E. (2024). Harnessing traditional knowledge and modern science for the conservation of plant diversity in Nigeria. *Paper presented at The First Botanical Society of Nigeria (BOSON) Webinar. Accesat la 10. Ianuarie 2025*

- Ajaegbu, O., & Ubochi, I. (2016). Health-seeking behaviour among undergraduates in the Faculty of Health Sciences and Technology, University of Nigeria Enugu Campus. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*, 5(3), 181. <https://doi.org/10.11591/ijere.v5i3.4537>.
- Alden, D., Friend, J., Lee, P. Y., Lee, Y. K., Trevena, L., Ng, C. J., Kiatpongsan, S., Khatijah, L. A., Tanaka, M., & Limpongsanurak, S. (2017). Who decides: Me or we? Family involvement in medical decision making in Eastern and Western countries. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 38(1), 14-25. <https://doi.org/10.1177/0272989X17715628>
- Alonzo, D., & Popescu, M. (2021). Utilizing social media platforms to promote mental health awareness and help seeking in underserved communities during the COVID-19 pandemic. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 156. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_21_21.
- Alsaleh, A. (2024). The impact of technological advancement on culture and society. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-83995-z>.
- Anizoba, E. (2022). Traditional Igbo belief in causes of disease: An evaluation. *Pharos Journal of Theology*. 104, 1–12. <https://doi.org/10.46222/pharosjot.10412>
- Aquino, Y. (2023). Making decisions: Bias in artificial intelligence and data-driven diagnostic tools. *Australian Journal of General Practice*, 52(7), 439–442. <https://doi.org/10.31128/AJGP-12-22-6630>.
- Arora, S., Huda, R., Verma, S., Khetan, M., and Sangwan, R. K. (2024). Challenges, barriers, and facilitators in telemedicine implementation in India: A scoping review. *Cureus*, 16. <https://doi.org/10.7759/cureus.67388>
- Badejo, O., Sagay, H., Abimbola, S., & Van Belle, S. (2020). Confronting power in low places: Historical analysis of medical dominance and role-boundary negotiation between health professions in Nigeria. *BMJ Global Health*, 5(9), e003349. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003349>.
- Baicus, A. (2012). History of polio vaccination. *World Journal of Virology*, 1, 108-114. <https://doi.org/10.5501/wjv.v1.i4.108>
- Bakullari, A., Wang, Y., Eldridge, N., Eckenrode, S., Pandolfi, M., Jaser, L., Galusha, D., and Moy, E. (2014). Racial and ethnic disparities in healthcare-associated infections in the United States, 2009–2011. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(S3), S10–S16. <https://doi.org/10.1086/677827>

- Balboni, T., VanderWeele, T., Doan-Soares, S., Long, K., Ferrell, B., Fitchett, G., Koenig, H., Bain, P., Puchalski, C., Steinhäuser, K., Sulmasy, D. and Koh, H. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA*, 328(2), 184. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
- Bas-Sarmiento, P., Fernandez-Gutierrez, M., Baena-Baños, M., Corrotero-Bermejo, A., Soler-Martins, P., and Torre-Moyano, S. (2020). Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 44, 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>.
- Berros, N., Elmendili, F., Filaly, Y. and El Bouzekri El Idrissi, Y. (2023). Enhancing Digital Health Services with Big Data Analytics. *Big Data and Cognitive Computing*, 7(2), 64. <https://doi.org/10.3390/bdcc7020064>.
- Betancourt, J., & Green, A. (2010). Commentary: Linking cultural competence training to improved health outcomes: Perspectives from the field. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85, 583–585. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3>.
- Binagwaho, A., & Ghebreyesus, T. (2019). Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage. *BMJ*, 365, l2391. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2391>
- Blank, R. (2011). End-of-life decision making across cultures. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39, 201–214. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2011.00589.x>
- Burnham, J. (2014). Why sociologists abandoned the sick role concept. *History of the Human Sciences*, 27, 70–87. <https://doi.org/10.1177/0952695113507572>.
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759-774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>.
- Cain, C., Surbone, A., Elk, R., & Kagawa Singer, M. (2018). Culture and palliative care: Preferences, communication, meaning, and mutual decision-making. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1408-1419. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007>
- Capous-Desyllas, M., Perez, N., Cisneros, T., and Missari, S. (2020). Unexpected caregiving in later life: Illuminating the narratives of resilience of

- grandmothers and relative caregivers through photovoice methodology. *Journal of Gerontological Social Work*, 63, 1-33. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1746462>.
- Carpenter, A., and Wimpy, C. (2025). *The politicization of COVID-19 and implications for public health* (pp. 309-317). https://doi.org/10.1007/978-3-031-74062-6_28
- Carter, M., and Fuller, C. (2015). Symbolic interactionism. *Sociopedia*. <https://doi.org/10.1177/205684601561>.
- Celi, L., Cellini, J., Charpignon, M., Dee, E., Dernoncourt, F., Eber, R., Mitchell, W., Moukheiber, L., Schirmer, J., Situ, J., Paguio, J. A., Park, J., Wawira, J., and Yao, S. (2022). Sources of bias in artificial intelligence that perpetuate healthcare disparities—A global review. *PLOS Digital Health*, 1(3), e0000022. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000022>.
- Chanda, T., and Ngulube, L. (2024). Women in leadership: Examining barriers to women's advancement in leadership positions. *Asian Journal of Advanced Research and Reports*, 18(6), 273–290. <https://doi.org/10.9734/ajarr/2024/v18i6671>.
- Chandler, J., Connors, M., Holland, G., and Shemie, S. (2017). “Effective” requesting: A scoping review of the literature on asking families to consent to organ and tissue donation. *Transplantation*, 101, S1–S16. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001695>
- Cheng, H. W., Shek, P. S., Man, C. W., Chan, O. M., Chan, C. H., Lai, K. M., Cheng, S. C., Fung, K. S., Lui, W. K., Lam, C., Ng, Y. K., Wong, W. T., and Wong, C. (2019). Dealing with death taboo: Discussion of do-not-resuscitate directives with Chinese patients with noncancer life-limiting illnesses. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(9), 760-766. <https://doi.org/10.1177/1049909119828116>
- Cohn, S. (2008). Epidemiology of the Black Death and successive waves of plague. *Medical History. Supplement*, 52(S27), 74–100. <https://doi.org/10.1017/S0025727300072100>
- Collinson, S., Khan, K. and Heffernan, J. (2015). The effects of media reports on disease spread and important public health measurements. *PLOS ONE*, 10(11), e0141423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141423>.

- Combi, C., Pozzani, G., and Pozzi, G. (2016). Telemedicine for developing countries: A survey and some design issues. *Applied Clinical Informatics*, 07(04), 1025–1050. <https://doi.org/10.4338/ACI-2016-06-R-0089>.
- Conrad, P., and Barker, K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>.
- Constantinou, C., Andreou, P., Nikitara, M., and Papageorgiou, A. (2022). Cultural competence in healthcare and healthcare education. *Societies*, 12(6), 178. <https://doi.org/10.3390/soc12060178>.
- Cook, C. (2009). Sangomas: Problem or solution for South Africa's health care system. *Journal of the National Medical Association*, 101(3), 261-265. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30855-5](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30855-5).
- Courtney-Long, E., Romano, S., Carroll, D., and Fox, M. (2016). Socioeconomic factors at the intersection of race and ethnicity influencing health risks for people with disabilities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(2), 213-222. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0220-5>.
- Courtwright, A., and Turner, A. (2010). Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Reports*, 125, 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>.
- Dahal, S., and Aoun, M. (2023). Exploring the role of machine translation in improving health information access for linguistically diverse populations. *Advances in Intelligent Information Systems*, 8(2), 4–6. Retrieved from <https://questsquare.org/index.php/JOURNALAIS/article/view/1>
- Dalamagka, M. (2024). Integrating traditional medicine into a modern health care system. *International Journal of Science and Research Archive*, 12(1), 2372-2375. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.12.1.1046>
- Dassah, E., Aldersey, H., McColl, M., and Davison, C. (2018). Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. *Global Health Research and Policy*, 3, 36. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0091-x>.
- De Weger, E., Drewes, H., Vooren, N., Luijkx, K. and Baan, C. (2022). Engaging citizens in local health policymaking: A realist explorative case study. *PLOS ONE*, 17, e0265404. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265404>

- Dudgeon, P., and Bray, A. (2017). Indigenous healing practices in Australia. *Women and Therapy*, 41, 1–17. <https://doi.org/10.1080/02703149.2017.1324191>.
- Eben, T. J. (2023). *Importance of informed consent in clinical practice*. Paper presented at the conference on Importance of Informed Consent, Grimsby, United Kingdom.
- Ebulue, C., Ebulue, O. and Ekesiobi, C. (2024). Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world. *International Medical Science Research Journal*, 4, 484-499. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i4.1051>.
- Economides, A. (2008). Culture-aware collaborative learning. *Multicultural Education and Technology Journal*, 2, 243-267. <https://doi.org/10.1108/17504970810911052>.
- Egbewande, O., Oladipo, H., Olowolagba, S., and Iyiola, K. (2023). Application of telemedicine in the provision of healthcare in Nigeria: An insight from COVID-19. *Journal of Health Reports and Technology*, 9(1). <https://doi.org/10.5812/jhrt-130916>
- Egede, L. (2006). Race, ethnicity, culture, and disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 667–669. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.0512.x>.
- Ellahham, S. (2021). Communication in health care: Impact of language and accent on health care safety, quality, and patient experience. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 36(5), 355-364. <https://doi.org/10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90>.
- El-Osta, H. (2015). Assessing the impact of health insurance and other socioeconomic factors on inequality in health care expenditures among farm households. *Agricultural and Resource Economics Review*, 44, 35–64. <https://doi.org/10.1017/S1068280500004615>
- Erdem, B. (2021). The role of social media in the times of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Social Sciences*, 4, 110. <https://doi.org/10.26417/559ysz86o>.
- Farrelly, M., Davis, K., Haviland, M., Messeri, P., and Healton, C. (2005). Evidence of a dose-response relationship between “Truth” antismoking ads and youth

- smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 95, 425-431. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.049692>
- Fatima, E., Okorie, A., Duru, N., Macaulay, S. U., Nwamaka, N., and Etumnu, E. W. (2022). When the digital media do the magic of effective advertising of health supplements in Owerri Metropolis. *Asian Journal of Advanced Research and Reports*, 16, 41-49. <https://doi.org/10.9734/AJARR/2022/v16i430467>
- Fertig, A. and Reingold, D. (2007). Public housing, health, and health behaviors: Is there a connection? *Journal of Policy Analysis and Management*, 26, 831-859. <https://doi.org/10.1002/pam.20288>.
- Fields, B. (2020). Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine. *Sleep Medicine Clinics*, 15(3), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.06.004>
- Flint, A. (2015). Traditional healing, biomedicine and the treatment of HIV/AIDS: Contrasting South African and Native American experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 4321-4339. <https://doi.org/10.3390/ijerph120404321>.
- Florom-Smith, A. (2012). Exploring the concept of HIV-related stigma. *Nursing Forum*, 47, 153-165. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00235.x>.
- Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M., and Ousman, K. (2015). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>.
- Frank, A. (2013). From sick role to practices of health and illness. *Medical Education*, 47, 18-25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04298.x>
- Fu, R., Li, J., Yu, H., Zhang, Y., Xu, Z., and Martin, C. (2021). The Yin and Yang of traditional Chinese and Western medicine. *Medicinal Research Reviews*, 41(6), 3182-3200. <https://doi.org/10.1002/med.21793>.
- Funsani, P., Jiang, H., Yang, X., Zimba, A., Bvumbwe, T., and Qian, X. (2021). Why pregnant women delay to initiate and utilize free antenatal care service: A qualitative study in the Southern District of Mzimba, Malawi. *Global Health Journal*, 5(2), 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.04.001>.
- Gamage, H. (2024). Cultural diversity and inclusion. *Multicultural Perspectives*, 4.
- Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., and Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161-171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>

- George, A. S., Shahul, A., and George, A. S. (2022). An overview of medical care and the paternalism approach: An evaluation of current ethical theories and principles of bioethics in the light of physician-patient relationships. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7419781>
- Gilbar, R. (2011). Family involvement, independence, and patient autonomy in practice. *Medical Law Review*, 19, 192–234. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwr008>.
- Gonzalez, C., Nava, S., List, J., Liguori, A., and Marantz, P. (2021). How assumptions and preferences can affect patient care: An introduction to implicit bias for first-year medical students. *MedEdPORTAL*, 17, 11162. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11162.
- Gareev, I., Gallyametdinov, A., Beylerli, O., Valitov, E., Alyshov, A., Pavlov, V., Izmailov, A., and Zhao, S. (2021). The opportunities and challenges of telemedicine during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Bioscience-Elite*, 13, 291-298. <https://doi.org/10.52586/E885>.
- Goyal, R., Martin, S. and Garbarski, D. (2020). Perceptions of cultural competency among premedical undergraduate students. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 238212052093482. <https://doi.org/10.1177/2382120520934823>.
- Grant, J., Vance, D., White, W., Keltner, N., and Raper, J. (2013). Why people living with HIV/AIDS exclude individuals from their chosen families. *Nursing: Research and Reviews*, 3, 33-42. <https://doi.org/10.2147/NRR.S39504>.
- Green, F. (2020). Health effects of job insecurity. *IZA World of Labor*, Article 212. <https://doi.org/10.15185/izawol.212.v2>
- Grossmann, I., and Santos, H. C. (2016). *Individualistic cultures*. In: *Springer eBooks* (pp. 1–4). https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2024-1.
- Haider, A., Schneider, E., Sriram, N., Dossick, D., Scott, V., Swoboda, S., Losonczy, L., Haut, E., Efron, D., Pronovost, P., Lipsett, P., Cornwell, E., Mackenzie, E., Cooper, L., and Freischlag, J. (2015). Unconscious race and social class bias among acute care surgical clinicians and clinical treatment decisions. *JAMA Surgery*, 150(5), 457. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.4038>.

- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R., and Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors International*, 2, 100117. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>
- Hamlin, C. (2009). "Cholera forcing": The myth of the good epidemic and the coming of good water. *American Journal of Public Health*, 99, 1946–1954. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.165688>.
- Hanif, F. and Amelia, O. (2024). Harnessing Artificial Intelligence to Enhance Early Detection and Prognosis in Cardiovascular Diseases. 1-9 <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18582.05449>.
- Hassan, A., Shaban, H., and Mohamed, N. (2023). Perceived social support, quality of life, and anxiety of childbirth among primigravida women. *Egyptian Journal of Health Care*, 14, 1009–1026. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.328037>.
- Heinrich, C., Camacho, S., Henderson, S., Hernandez, M. and Joshi, E. (2021). Consequences of administrative burden for social safety nets that support the healthy development of children. *Journal of Policy Analysis and Management*. 41(1), 11-44. <https://doi.org/10.1002/pam.22324>.
- Heldman, A. and Schindelar, J. and Weaver, J. (2013). Social media engagement and public health communication: Implications for public health organizations being truly "social". *Public Health Reviews*. 35, 10. <https://doi.org/10.1007/BF03391698>
- Heyman, J., Kelly, P., Reback, G. M., and Blumenstock, K. H. (2018). *Social determinants of health*. In: *Springer eBooks* <https://doi.org/10.1891/9780826141644.0003>.
- Hiam, L., Gionakis, N., Holmes, S. M., and McKee, M. (2019). Overcoming the barriers migrants face in accessing health care. *Public Health*, 172, 89-92. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.11.015>
- Hirsh, A., Hollingshead, N., Miller, M., Ashburn-Nardo, L., and Kroenke, K. (2014). (511) The influence of patient race, provider bias, and clinical ambiguity on pain assessment and treatment decisions. *The Journal of Pain*, 15, S103. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.423>.
- Ho, K., Chan, J., and Chiu, D. (2022). Fake news and misinformation during the pandemic: What we know and what we do not know. *IT Professional*, 24, 19-24. <https://doi.org/10.1109/MITP.2022.3142814>

- Ho, K. and Ye, S. (2024). Factors affecting the formation of false health information and the role of social media literacy in reducing its effects. *Information*, 15, 116. <https://doi.org/10.3390/info15020116>.
- Hoy, W. (2021). Do funerals matter?: The purposes and practices of death rituals in global perspective. <https://doi.org/10.4324/9781003186106>
- Hung, L., and Lin, M. (2021). Clear, consistent and credible messages are needed for promoting compliance with COVID-19 public health measures. *Evidence Based Nursing*, 25(1), 22. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103358>.
- Ibikunle, O., Usuemera, P., Abass, L., Alemede, V., Nwankwo, E., and Mbata, A. (2024). Artificial intelligence in healthcare forecasting: Enhancing market strategy with predictive analytics. *International Journal of Applied Research in Social Sciences*, 6, 2409–2446. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i10.1640>.
- Ilori, O., Kolawole, T., and Olaboye, J. (2024). Ethical dilemmas in healthcare management: A comprehensive review. *International Medical Science Research Journal*, 4, 703–725. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i6.1251>
- Innocent, E. (2016). Trends and challenges towards integration of traditional medicine in formal health care systems: Historical perspectives and an appraisal of education curricula in Sub-Saharan Africa. *Journal of Intercultural Ethnopharmacology*, 5(1), 70–76. <https://doi.org/10.5455/jice.20160421125217>.
- Itharat, A., Takahashi, T., Singh, R.G., Singh, R., Krisentu, K., Lobenberg, R., Noguchi, H., Jantan, I., Telessy, I., Wilson, D., Shastun, S., Buttar, H., Elkilany, G., Hristova, K., Cornélissen, G., Hussain, L., Sulaeman, A., Singh, M., and Srivastav, R.K. (2017). Holistic approaches for health education and health promotion. *World Heart Journal*, 9, 81–96.
- James, L., Shindo, N., Cutter, J., and Ma, S. (2006). Public health measures implemented during the SARS outbreak in Singapore, 2003. *Public Health*, 120(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.10.005>.
- Jansen-van Eijndt, T., Rademakers, J., Waverijn, G., Verheij, R., and Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. *BMC Health Services Research*, 18, Article 394. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3197-4>.

- Jenkins, T., Underman, K., Vinson, A., Olsen, L., and Hirshfield, L. (2021). The resurgence of medical education in sociology: A return to our roots and an agenda for the future. *Journal of Health and Social Behavior*, 62, 255–270. <https://doi.org/10.1177/0022146521996275>.
- Jesus, T., Bhattacharjya, S., Papadimitriou, C., Bogdanova, Y., Bentley, J., Arango-Lasprilla, J., and Kamalakannan, S. (2021). Lockdown-related disparities experienced by people with disabilities during the first wave of the COVID-19 pandemic: Scoping review with thematic analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 6178. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126178>
- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., and Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science and Medicine*, 213, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044>.
- Joshi, K., Thapliyal, A. and Singh, V. (2021). The Tridosha theory according to Ayurveda. *International Journal for Modern Trends in Science and Technology*, 7, 120-124. <https://doi.org/10.46501/IJMTST0708022>.
- Kadam, A. (2017). Informed consent process: A step further towards making it meaningful! *Perspectives in Clinical Research*, 8, 107–112. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_147_16
- Kahn-John, M. and Koithan, M. (2015). Living in health, harmony, and beauty: The Diné (Navajo) Hózhó wellness philosophy. *Global Advances in Health and Medicine*, 4, 24-30. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.044>.
- Kaihlanen, A.-M., Hietapakka, L. and Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18, 10. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>.
- Kennedy, B., Rehman, M., Johnson, W., Magee, M., Leonard, R., and Katzmarzyk, P. (2017). Healthcare providers versus patients' understanding of health beliefs and values. *Patient Experience Journal*, 4, 29–37. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1237>.
- Khullar, D. (2019). Building trust in health care—why, where, and how. *JAMA*, 322(6), 507. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4892>.

- Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T. and Griffiths, S. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23, 58-90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>.
- Kleebayoon, A., and Wiwanitkit, V. (2024). Role of traditional and alternative medicine in cancer therapy. https://doi.org/10.1007/16833_2024_373.
- Knifton, L. (2015). Collective wellbeing in public mental health. *Perspectives in Public Health*, 135, 24–26. <https://doi.org/10.1177/1757913914563247>.
- Kominski, G., Nonzee, N., and Sorensen, A. (2017). The Affordable Care Act's impacts on access to insurance and health care for low-income populations. *Annual Review of Public Health*, 38, 489–505. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044555>
- Kotani, K. (2020). Transportation issues in rural healthcare. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 53, 149-150. <https://doi.org/10.3961/jpmph.20.038>.
- Kumar, V., Gangani, S., Shukla, R., Prajapati, S., Shekhar, H. and Shukla, V. (2024). Next-Generation Sequencing and Genomic Data Analysis. https://doi.org/10.1007/978-981-97-7123-3_3.
- Kustiyati, S., Fajri, I., Masithoh, R., Dewi, R., and Nurseha, N. (2024). Towards holistic healthcare: Integrating traditional and modern medicine for improved patient outcomes. *Global International Journal of Innovative Research*, 2, 942-951. <https://doi.org/10.59613/global.v2i5.144>
- Lawanson, T., and Fadare, S. (2015). Environment and health disparities in urban communities: Focus on Eti Osa, Nigeria. *City, Culture and Society*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.ccs.2014.12.003>
- Murray, T. (2015). Trust in African Americans' healthcare experiences. *Nursing Forum*, 50(4), 285-292. <https://doi.org/10.1111/nuf.12120>.
- Lazar, M., and Davenport, L. (2018). Barriers to health care access for low-income families: A review of literature. *Journal of Community Health Nursing*, 35, 28–37. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1404832>
- Leape, L., Shore, M., Dienstag, J., Mayer, R., Edgman-Levitan, S., Meyer, G., and Healy, G. (2012). Perspective: A culture of respect, part 1: The nature and

- causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic Medicine*, 87, 845–852. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318258338d>
- Leong, S., Eom, K., Ishii, K., Aichberger, M., Fetz, K., Müller, T., Kim, H., and Sherman, D. (2022). Individual costs and community benefits: Collectivism and individuals' compliance with public health interventions. *PLOS ONE*, 17(11), e0275388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275388>
- Lillekroken, D., Halvorsrud, L., Gulestø, R., and Bjørge, H. (2021). Family caregivers' experiences of providing care for family members from minority ethnic groups living with dementia: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1625-1641. <https://doi.org/10.1111/jocn.16127>.
- Limaye, M., Jose, J. M., and Wagani, R. (2023). Effect of migration of children among elderly people. *New Archaeological and Genological SocietyK anpur India*, X, 99-110. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10963.96804>.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., and Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8, e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>.
- Maha, C., Kolawole, T., and Abdul, S. (2024). Revolutionizing community health literacy: The power of digital health tools in rural areas of the US and Africa. *GSC Advanced Research and Reviews*, 19, 286–296. <https://doi.org/10.30574/gscarr.2024.19.2.0189>.
- Manjula, B.L., and Kumar, S. (2024). *Indigenous people traditional practices and modern development. BoD – Books on Demand*, 99. ISBN: 978-0-85466-169-5.
- Manson, E. and Achel, G. (2023). Fighting breast cancer in low-and-middle-income countries – What must we do to get every woman screened on a regular basis?. *Scientific African*, 21, e01848. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2023.e01848>.
- Manuel, J. (2017). Racial/ethnic and gender disparities in health care use and access. *Health Services Research*, 53(3), 1407-1429. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12705>
- Mark, G., Boulton, A., Allport, T., Kerridge, D., and Potaka-Osborne, G. (2022). “Ko au te whenua, ko te whenua ko au: I am the land, and the land is me”: Healer/patient views on the role of Rongoā Māori (traditional Māori healing)

- in healing the land. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 8547. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148547>.
- Marinković, V., Rogers, H., Lewandowski, R., and Stević, I. (2022). Shared decision making. *Shared decision making*. In: *Intelligent systems reference library* (pp. 71–90). https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_5.
- Marques, B., Freeman, C. and Carter, L. (2021). Adapting Traditional Healing Values and Beliefs Into Therapeutic Cultural Environments for Health and Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 426. <https://doi.org/10.20944/preprints202112.0378.v1>
- Mathur, V., Richeson, J., Paice, J., Muzyka, M., and Chiao, J. (2014). Racial bias in pain perception and response: Experimental examination of automatic and deliberate processes. *The Journal of Pain*, 15(5), 476-484. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.488>.
- Mayrhofer, W., Meyer, M., Schiffinger, M., and Schmidt, A. (2008). The influence of family responsibilities, career fields and gender on career success: An empirical study. *Journal of Managerial Psychology*, 23, 292-323. <https://doi.org/10.1108/02683940810861392>
- Mazid, M. and Azam, G. (2024). Welfare service provisions in Muslim and Christian religious institutions in Bangladesh: A qualitative study, 11, 34-49. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11559697>.
- McElroy, J., Smith-Miller, C., Madigan, C., and Li, Y. (2016). Cultural awareness among nursing staff at an academic medical center. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46, 146–153. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000315>.
- Meyers, L., Frawley, T., Goss, S., and Kang, C. (2014). Ebola virus outbreak 2014: Clinical review for emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 65(1), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.009>.
- Pentaris, P. (2011). Culture and death: A multicultural perspective. *Hawaii Pacific Journal of Social Work Practice*, 4, 45–84.
- Omoleke, I. (2013). The relevance of African traditional medicine (alternative medicine) to the healthcare delivery system in Nigeria. *The Journal of Developing Areas*, 47, 319–338. <https://doi.org/10.1353/jda.2013.0004>.

- Liu, J., Miles, K. and Li, S. (2022). Cultural competence education for undergraduate medical students: An ethnographic study. *Frontiers in Education*, 7, 1–12. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.980633>.
- Liwa, A., Roediger, R., Jaka, H., Bougaila, A., Smart, L., Langwick, S., and Peck, R. (2017). Herbal and alternative medicine use in Tanzanian adults admitted with hypertension-related diseases: A mixed-methods study. *International Journal of Hypertension*, 2017, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2017/5692572>.
- Ma, C., Chen, Q., and Lv, Y. (2023). “One community at a time”: Promoting community resilience in the face of natural hazards and public health challenges. *BMC Public Health*, 23, Article 17458. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17458-x>
- Mahdi, J., Mahdi, A., and Bowen, I. (2006). The historical analysis of aspirin discovery, its relation to the willow tree and antiproliferative and anticancer potential. *Cell Proliferation*, 39, 147-155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2184.2006.00377.x>.
- Marcelin, J., Siraj, D., Victor, R., Kotadia, S., and Maldonado, Y. (2019). The impact of unconscious bias in healthcare: How to recognize and mitigate it. *The Journal of Infectious Diseases*, 220, S62–S73. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>.
- Meier zu Biesen, C., Dilger, H., and Nienstedt, T. (2012). Bridging gaps in health care and healing: Traditional medicine and the biomedical health care sector in Zanzibar. *Freie Universität Berlin: Institute of Social and Cultural Anthropology*, 36-42. <https://doi.org/10.13140/2.1.3070.8162>
- Minei, A., and Kaipu, S. (2020). Respect for patients’ right to autonomy. *Journal of Health Science*, 8. <https://doi.org/10.17265/2328-7136/2020.03.004>
- Mishra, G., Ben-Shlomo, Y., and Kuh, D. (2010). A life course approach to health behaviors: Theory and methods. In: *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 525–539). https://doi.org/10.1007/978-0-387-09488-5_34.
- Mokgobi, M.G. (2015). Understanding traditional African healing. *African Journal for Physical Health Education, Recreation, and Dance*. 20, 24-34.
- Morens, D., and Fauci, A. (2007). The 1918 influenza pandemic: Insights for the 21st century. *The Journal of Infectious Diseases*, 195, 1018–1028. <https://doi.org/10.1086/511989>

- Morgan, M., Stratford, E., Harpur, S., and Rowbotham, S. (2023). A systems thinking approach for community health and wellbeing. *Systemic Practice and Action Research*, 37, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s11213-023-09644-0>.
- Moseley, C., Melton, L. D., and Francisco, V. T. (2008). Grassroots advocacy campaign for HIV/AIDS prevention: Lessons from the field. *Health Promotion Practice*, 9(3), 253–261. <https://doi.org/10.1177/1524839906292821>.
- Napier, D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Zafer-Smith, S., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., and Woolf, K. (2014). Culture and health. *Lancet*, 384, 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2).
- Nasio, A. (2024). Advancements and challenges in modern medicine and surgery in Africa. *Newport International Journal of Scientific and Experimental Sciences*, 5(3), 26-29. <https://doi.org/10.59298/NIJSES/2024/10.5.326297>.
- NHS England (2023) A national framework for NHS – action on inclusion health. <https://www.england.nhs.uk/long-read/a-national-framework-for-nhs-action-on-inclusion-health/> . Accesat la 10 Ianuarie 2025
- Obeid, T., Abulaban, A., Al-Ghatani, F., Al-Malki, A., and Al-Ghamdi, A. (2012). Possession by 'Jinn' as a cause of epilepsy (Saraa): A study from Saudi Arabia. Seizure: *The Journal of the British Epilepsy Association*, 21, 245-249. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.01.001>
- Olafsdottir, S. (2013). Social construction and health. *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, 41–59. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_3.
- Oseni, V., Matthew, U., Oladipupo, M., Onyedibe, O., Akpan, E., Andrew-Vitalis, N. and Esseme, A. (2024). Healthcare Applications of Augmented Reality (AR) and Virtual Reality (VR): Immersive Simulation in Medical-Clinical Education, 1, 201-235. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-6407-9.ch010>.
- Okeme, A., Godwins, O. P., Gusen, M., Gbaa, T., Pam-Tok, A., and Uwe, V. (2024). Understanding the impact of cultural factors on healthcare outcomes: A data-driven comparison of US and Nigerian healthcare systems. *American Journal of Human Psychology*, 2, 146–158. <https://doi.org/10.54536/ajhp.v2i1.3393>.

- Okwara, E. (2023). A review of the implications of brain drain on Nigeria's health and educational systems. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 14(8), 10. <https://doi.org/10.36941/mjss-2023-0028>.
- Osoro, A., Atitwa, E., and Moturi, J. (2020). Universal health coverage. *World Journal of Social Science Research*, 7, p14. <https://doi.org/10.22158/wjssr.v7n4p14>.
- Øversveen, E. (2021). Structural determination and social practice: Towards a new understanding of 'structure' in health inequality research. *Social Theory and Health*, 21(1), 1-16. <https://doi.org/10.1057/s41285-021-00163-3>.
- Owolabi, B., Lawrence, O., Falade, A., Ikeokwu, K., Aderounmu, A., and Kelechi, S. (2024). The role of media influencers in using their platforms to sensitize Nigerian students on mental health. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, VIII, 3883-3892. <https://doi.org/10.47772/IJRISS.2024.8080290>.
- Paneth, N., and Fine, P. (2013). The singular science of John Snow. *Lancet*, 381, 1267–1268. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60829-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60829-6).
- Parmet, W., and Rothstein, M. (2018). The 1918 influenza pandemic: Lessons learned and not—Introduction to the special section. *American Journal of Public Health*, 108, 1435–1436. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304695>.
- Pasupuleti, S. (2021). The Role of Robotic Systems in Minimally Invasive Surgery: Benefits, Risks, and Future Directions. *International Journal of Scientific Research in Engineering and Management*, 08(12), 1–6. <https://doi.org/10.55041/IJSREM6812>.
- Pathak, A., Gupta, A. P., and Pandey, P. (2024). Herbal medicine and sustainable development challenges and opportunities. In: *Herbal Medicine Phytochemistry*, 1-26. https://doi.org/10.1007/978-3-031-21973-3_48-1.
- Payyappallimana, U., and Venkatasubramanian, P. (2015). Principles of Ayurveda for food, nutrition, and health. In: *Traditional herbal medicines for modern times* (pp. 15–36). <https://doi.org/10.1201/b18430-4>.
- Perry, B., and Pescosolido, B. (2014). Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science and Medicine*, 125, 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.033>.
- Portman, T. and Garrett, M. (2006). Native American healing traditions. *International Journal of Disability Development and Education*, 53, 453-469. <https://doi.org/10.1080/10349120601008647>

- Prayogi, A. (2023). Social change in conflict theory: A descriptive study. *ARRUS Journal of Social Sciences and Humanities*, 3, 37–42. <https://doi.org/10.35877/soshum1652>.
- Puchalski, C., and O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end-of-life care: How major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9, 114–121. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.003>.
- Raniga, B., Kumar, S., Martin, R., and Blinderman, C. (2024). Caring for Hindu patients at the end-of-life: A narrative review. *Palliative and Supportive Care*, 22, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951524000439>.
- Rasi, S. (2020). Impact of language barriers on access to healthcare services by immigrant patients: A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Health Management*, 15, 35–48. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i1.271>
- Rathor, M., Rani, D., Azarisman, S., Leman, W., Akter, S., and Omar, A. (2011). The principle of autonomy as related to personal decision-making concerning health and research from an Islamic viewpoint. *Journal of the Islamic Medical Association of North America*, 43(1). <https://doi.org/10.5915/43-1-6396>.
- Rayan, A., and Fawaz, M. (2017). Cultural misconceptions and public stigma against mental illness among Lebanese university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 258-265. <https://doi.org/10.1111/ppc.12232>.
- Redemptus, Weraman, P., and Roga, A. (2023). Holistic therapy to improve quality of life in chronic disease patients. *Jurnal Promkes*, 11, 108-112. <https://doi.org/10.20473/jpk.V11.I1SI.2023.108-112>.
- Reuben, N. and Indran, N. (2021). Societal perceptions of caregivers linked to culture across 20 countries: Evidence from a 10-billion-word database. *PLOS ONE*, 16, e0251161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251161>
- Rigon, I., Calado, G., Linhares, L., Cantú, P., Moritz, J., Wolf, P., and Lin, K. (2019). Religiosity and spirituality in patients with epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 77, 335–340. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20190055>.
- Robbins, J., and Dewar, J. (2011). Traditional Indigenous approaches to healing and the modern welfare of traditional knowledge, spirituality and lands: A critical reflection on practices and policies taken from the Canadian Indigenous example. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(4). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.4.2>.

- Roberts, D. (2024). Reframing the response to the opioid crisis: The critical role of resilience in public health. *Open Health*, 5. <https://doi.org/10.1515/ohe-2023-0006>
- Rogozea, L. M., Sechel, G., Bularca, M. C., Coman, C. și Cocuz, M. E. (2021). Who's getting shots first? Dealing with the ethical responsibility for prioritizing population groups in vaccination. *American journal of therapeutics*, 28(4), e478-e487.
- Rosser, J., Aluri, K., Kempinsky, A., Richardson, S. and Bendavid, E. (2022). The effect of healthcare worker density on maternal health service utilization in Sub-Saharan Africa. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 106, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0727>
- Rowland, K. and Politi, M. (2016). Shared decision-making and the patient-provider relationship. In *Shared Decision Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice*, 203–214. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3486-7_14.
- Saha, K., Torous, J., Ernala, S. K., Rizuto, C., Stafford, A., and Choudhury, M. (2019). A computational study of mental health awareness campaigns on social media. *Translational Behavioral Medicine*, 9, 10. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz028>.
- Sánchez-Recio, R., Ágreda, J., Rabanaque, M. and Aguilar, I. (2022). Understanding the effect of economic recession on healthcare services: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health*, 51, 10. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i3.8925>.
- Schoon, P., and Krumwiede, K. (2022). A holistic health determinants model for public health nursing education and practice. *Public Health Nursing*, 39. <https://doi.org/10.1111/phn.13063>.
- Scott, S. (2006). The medicalisation of shyness: From social misfits to social fitness. *Sociology of Health and Illness*, 28, 133–153. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00485.x>.
- Sharmake, A. (2024). Healthcare disparities among socioeconomic groups. *International Journal of Humanity and Social Sciences*, 2, 50–63. <https://doi.org/10.47941/ijhss.1889>

- Shreekrishna, H. K., and Rao, A. (2021). Consent in medical practice. *International Journal of Preclinical and Clinical Research*, 2, 13–17. <https://doi.org/10.51131/IJPCCR/v2i1.4>.
- Shukla, V., Asp, A., Dwyer, M., Georgescu, C., and Duggan, J. (2014). Barriers to healthcare in the transgender community: A case report. *LGBT Health*, 1, 229–232. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0054>.
- Simon, A. (2020). Ethical issues concerning patient autonomy in clinical practice. *In The International Library of Bioethics*, 123-135. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56703-3_8
- Simpson, B., Claudie, D., Smith, N., McKinnon, R., and Semple, S. (2013). Learning from both sides: Experiences and opportunities in the investigation of Australian Aboriginal medicinal plants. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences: A Publication of the Canadian Society for Pharmaceutical Sciences, Société Canadienne des Sciences Pharmaceutiques*, 16, 259-271. <https://doi.org/10.18433/J31S4Q>.
- Singh, R. (2023). India's G20 presidency and initiatives on promotion of traditional medicines. *World Health Organization*. Available at https://www.researchgate.net/publication/376139785_India's_G20_Presidency_and_Initiatives_on_Promotion_of_Traditional_Medicines. Accesat la 10 Ianuarie 2025
- Singla, A. (2024). Precision Medicine: Tailoring Treatment to Individual Genetic Profiles. 1, 27-37. <https://doi.org/10.36676/ssjmra.v1.i1.04>.
- Sinumvayo, J., Munezero, P. C., Tope, A., Adeyemo, R., Bale, M., Mutsaka-Makuvaza, M., Daba, T., Nyandwi, J., Nzungize, L., Mutumwinka, D., Omotayo, M., Bello, M., Adedeji, K., Mutesa, L., and Adedeji, A. (2024). Vaccination and vaccine-preventable diseases in Africa. *Scientific African*, 24, e02199. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2024.e02199>.
- Skinner, C., and Spurgeon, P. (2005). Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: A study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18, 1–12. <https://doi.org/10.1258/0951484053051924>.
- Smith, J. (2007). The impact of socioeconomic status on health over the life-course. *Journal of Human Resources*, 42, 739–764. <https://doi.org/10.2307/40057328>

- Souza, E. T. (2017). *The interpreter as a cultural agent: The cultural role of interpreters over time. In Advances in religious and cultural studies (ARCS) book series*, 220–237. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-2832-6.ch012>.
- Sturgeon, J., Arewasikporn, A., Okun, M., Davis, M., and Zautra, A. (2015). The psychosocial context of financial stress: Implications for inflammation and psychological health. *Psychosomatic Medicine*, 78, 134–143. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000276>
- Sunny, M. N. M., Sumaiya, U., Akter, M., Munmun, Z., Kabir, F., Nurani, B., Atayeve, J. and Amin, M. M. (2024). Telemedicine and remote healthcare: Bridging the digital divide. *South Eastern European Journal of Public Health*, 1500-1510. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.2920>.
- Tafur, M., Crowe, T., and Torres, E. (2009). A review of curanderismo and healing practices among Mexicans and Mexican Americans. *Occupational Therapy International*, 16, 82-88. <https://doi.org/10.1002/oti.265>.
- Tan, S., and Ponstein, N. (2019). Jonas Salk (1914–1995): A vaccine against polio. *Singapore Medical Journal*, 60, 9–10. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019002>
- Tarlow, K. (2024). The colonial history of systemic racism: Insights for psychological science. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/17456916231223932>.
- Taubenberger, J., and Morens, D. (2005). 1918 influenza: The mother of all pandemics. *Rev Biomed*, 17, 69–79. <https://doi.org/10.3201/eid1209.05-0979>
- Taylor, J. (2020). Structural racism and maternal health among Black women. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 48, 506–517. <https://doi.org/10.1177/1073110520958875>.
- Thapa, I. (2020). Foreign aid: Positive and negative impact in developing countries. Tribhuvan University. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19155.81448>.
- Tichenor, M., and Sridhar, D. (2017). Universal health coverage, health systems strengthening, and the World Bank. *BMJ*, 358, j3347. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3347>
- Tirado, M. (2011). Role of mobile health in the care of culturally and linguistically diverse US populations. *Perspectives in Health Information Management / AHIMA, American Health Information Management Association*, 8, 1e.

- Thompson, C., Babu, S., and Makos, S. (2022). Women's experiences of health-related communicative disenfranchisement. *Health Communication*, 38, 1–12. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2137772>
- Tzenios, N. (2022). Evidence-based practice. *International Journal of Current Research in Science Engineering and Technology*, 4, 920-924. <https://doi.org/10.56726/IRJMETS32263>
- Underhill, E., and Quinlan, M. (2011). How precarious employment affects health and safety at work: The case of temporary agency workers. *Relations industrielles*, 66. <https://doi.org/10.2307/23078363>.
- Uwayezu, D., Ntigura, E., Gatarayiha, A., Erem, A. S., Haque, M., Majumder, M. A., and Razzaque, M. (2022). Conflict between science and superstition in medical practices. *International Medical Education*, 1, 33–42. <https://doi.org/10.3390/ime1020007>.
- Varul, M. (2010). Talcott Parsons, the sick role, and chronic illness. *Body and Society*, 16, 72–94. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364766>.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D., and Merrick, J. (2016). Concepts of holistic care. In J. Merrick and D. Ervin (Eds.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Springer (pp. 148–149). https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0_148.
- Vickers, A., and Linde, K. (2014). Acupuncture for chronic pain. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 311, 955-956. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.285478>.
- Vidaeff, A., Kerrigan, A., and Monga, M. (2015). Cross-cultural barriers to health care. *Southern Medical Journal*, 108, 1–4. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000221>
- Wang, J., Xu, C., Wong, Y., Li, Y., Liao, F., Jiang, T., and Tu, Y. (2018). Artemisinin: The magic drug discovered from traditional Chinese medicine. *Engineering*, 5, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.eng.2018.11.011>
- Wani, K., Zehra, A., Charybdis, S., Naeem, M., Khan, M. M., Khan, R., and Aftab, T. (2022). *Artemisia annua* L.: Traditional uses, phytochemistry, and pharmacological activities. *M. Naeem's Lab*, 17-41. https://doi.org/10.1007/978-981-19-6080-2_2.

- Wassilak, S., and Orenstein, W. (2010). Challenges faced by the global polio eradication initiative. *Expert Review of Vaccines*, 9, 447–449. <https://doi.org/10.1586/erv.10.45>
- Wheeler, S. and Bryant, A. (2017). Racial and ethnic disparities in health and health care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.10.001>.
- White, P. (2015). The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. *HTS Teologiese Studies / Theological Studies*, 71(3), 1–7. <https://doi.org/10.4102/hts.v71i3.2762>.
- Wildes, K. (2015). Sanctity of life: A study in ambiguity and confusion. *In Philosophy and medicine*, 75–85. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18965-9_6.
- Williams, D., and Wyatt, R. (2015). Racial bias in health care and health: Challenges and opportunities. *JAMA*, 314, 555–556. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.9260>
- Witherspoon, N. (2022). The role of policy in prevention: Protecting people and the environment. *Journal of Moral Theology*, 2. <https://doi.org/10.55476/001c.38699>.
- Wolff, J., Freedman, V., Mulcahy, J., and Kasper, J. (2020). Family caregivers' experiences with health care workers in the care of older adults with activity limitations. *JAMA Network Open*, 3, e1919866. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19866>.
- Wong, J., Naswall, K., Pawsey, F., Chase, J. and Malinen, S. (2021). Adoption of technological innovation in healthcare delivery: A social dynamic perspective. *Technology Adoption In Healthcare Delivery*, 5-21. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2vyd4>
- Yadav, S., and Rawal, G. (2015). The current mental health status of Ebola survivors in Western Africa. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9, LA01–LA02. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/15127.6559>
- Yearby, R. (2018). Racial disparities in health status and access to healthcare: The continuation of inequality in the United States due to structural racism. *American Journal of Economics and Sociology*, 77, 1113–1152. <https://doi.org/10.1111/ajes.12230>

- Zanobini, P., Del Riccio, M., Lorini, C. and Bonaccorsi, G. (2024). Empowering sustainable healthcare: The role of health literacy. *Sustainability*, 16(10), 3964. <https://doi.org/10.3390/su16103964>
- Zimmerman, E., and Woolf, S. (2014). Understanding the relationship between education and health. *NAM Perspectives*, 4(6). <https://doi.org/10.31478/201406a>.
- Zuber, M., Khosla, C., and Javed, N. (2023). Housing conditions and their impact on health of residents. *Eng. Proc.*, 56(1), 46. <https://doi.org/10.3390/ASEC2023-15334>