

Пример из практики

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖКУЛЬТУРНОГО ПОСРЕДНИЧЕСТВА В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЛОВЕНИИ

Uršula Lipovec Čebtron¹, Sara Pistotnik¹, Simona Jazbinšek¹, Jerneja Farkaš-Lainščak^{2,3}

¹Кафедра этнологии и культурной антропологии, Факультет гуманитарных наук, Любляна, Словения

²Национальный институт общественного здравоохранения Республики Словении, Любляна, Словения

³Научно-исследовательский отдел, больница общего профиля Мурска-Собота, г. Мурска-Собота, Словения

Автор, отвечающий за переписку: Sara Pistotnik (адрес электронной почты: spistotnik@yahoo.com)

АННОТАЦИЯ

Введение: Статья посвящена оценке результатов пилотного применения межкультурного посредничества для албаноговорящих женщин в словенском городе Целе. С целью улучшения доступа к услугам здравоохранения, предоставляемым этим женщинам, и повышения качества этих услуг, а точнее, для улучшения качества коммуникации между работниками здравоохранения и албаноговорящими женщинами, привлекался межкультурный посредник.

Методология: Оценку проводили в период с сентября по декабрь 2015 г. в Центре

укрепления здоровья при Медицинском центре города Целе, на базе которого были организованы семинары по санитарному просвещению с участием межкультурного посредника со знанием албанского языка. В конце каждого семинара женщин просили заполнить вопросник по оценке программы.

Результаты: Те женщины, которые воспользовались помощью межкультурного посредника, посчитали его присутствие на семинарах по санитарному просвещению чрезвычайно важным и выразили удовлетворение его работой.

Выводы: Результаты исследования показали, что межкультурное посредничество может рассматриваться как один из эффективных инструментов для преодоления языкового барьера, с которым сталкивается албаноговорящее сообщество при обращении к услугам словенской системы здравоохранения. В конечном счете межкультурное посредничество может повысить качество медицинской помощи и сократить неравенство в доступе к системе здравоохранения Словении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: АЛБАНОГОВОРЯЩИЕ ЖЕНЩИНЫ, СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕЖКУЛЬТУРНОЕ ПОСРЕДНИЧЕСТВО, СЛОВЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Представители маргинализированных групп обычно подвержены большему риску возникновения проблем со здоровьем и страдают от большего числа связанных со здоровьем проблем (1–4), параллельно испытывая большие по сравнению с основным населением трудности (в силу языковых, культурных, административных, финансовых и других барьеров) при посещении медицинских учреждений (1,2). Мигранты и/или представители различных этнических меньшинств зачастую сталкиваются с разнообраз-

ными препятствиями при необходимости обратиться за медицинской помощью (5). Предыдущие исследования, проводившиеся в Словении, подтвердили тот факт, что такие группы населения часто вынуждены преодолевать языковые, культурные, административные, финансовые и иные барьеры в рамках системы здравоохранения, получая в результате медицинские услуги более низкого качества и испытывая на себе неравноправное отношение (6–11).

Кроме официально признанных групп меньшинств, таких как итальянцы, венгры и цыгане, в Словении

также проживают представители многих других этнических групп, но они не имеют статуса признанных этнических меньшинств. Самые многочисленные из них – выходцы из бывшей Югославии: албанцы, хорваты, черногорцы, сербы и представители этнических меньшинств из Боснии и Герцеговины и Бывшей югославской Республики Македония проживают в разных районах Словении (12,13). Представители этнических групп, говорящие на языках, сходных со словенским (например, на боснийском, хорватском, македонском, сербском), при обращении в медицинские учреждения обычно не сталкиваются с серьезными языковыми барьерами. Но это не всегда так для албаноговорящих пользователей системы здравоохранения Словении, которые мигрировали из Албании или одной из бывших югославских республик (14–16). Качественное исследование, проведенное в 2014 г. в рамках проекта «На пути к улучшению здоровья и снижению неравенства в отношении здоровья», выявило серьезные препятствия для коммуникации между работниками здравоохранения и некоторыми представителями албаноговорящего сообщества (17). В числе других важных результатов исследование показало, что многочисленное албаноговорящее сообщество, проживающее в городе Целе, испытывает разнообразные проблемы при обращении за услугами здравоохранения в основном из-за языковых и культурных барьеров, с которыми в первую очередь сталкиваются женщины – представительницы этой группы населения. В связи с этим междисциплинарная группа экспертов решила апробировать применение межкультурного посредничества в сфере здравоохранения для албаноговорящих женщин в целях решения некоторых из этих проблем. Термин «межкультурный посредник» используется для обозначения человека, работающего в учреждении здравоохранения, в функции которого входит помощь посетителям из числа этнических меньшинств в преодолении языковых и культурных барьеров и который обязан реагировать на их нужды (5). Другие термины (такие как «специалист по связям», «медицинский адвокат», «переводчик в сфере здравоохранения» и «культурный брокер») также используются для определения сходных, но не идентичных ролей в учреждениях здравоохранения. Эти роли сильно варьируются в зависимости от проектов, начиная от просто перевода с одного языка на другой до культурного посредничества или обеспечения санитарного просвещения (5,18–24).

Целью привлечения межкультурного посредника было улучшение доступа к услугам здравоохранения, предоставляемым албаноговорящим женщинам в городе Целе, и повышение качества этих услуг, а точнее, улучшение коммуникации между работниками здравоохранения и этими женщинами. Дальнейшей целью являлась адаптация недавно разработанных программ профилактики к нуждам этой части албаноговорящего сообщества. В данной статье представлены результаты пилотного применения межкультурного посредничества для албаноговорящих женщин в городе Целе.

МЕТОДОЛОГИЯ

Пилотное применение межкультурного посредничества осуществлялось с сентября по декабрь 2015 г. в Центре укрепления здоровья при Медицинском центре города Целе, где при проведении семинаров по санитарному просвещению привлекался межкультурный посредник со знанием албанского языка. Эти семинары были предназначены для всех слоев населения и являлись частью постоянной национальной программы профилактики заболеваний.

Для семинаров были выбраны основные темы, связанные со здоровым образом жизни, общей физической формой, высоким уровнем сахара в крови и обусловленными этим рисками. Поскольку в прошлом члены целевой группы не проявляли интереса к подобным программам, основная роль межкультурного посредника заключалась в том, чтобы повысить осведомленность потенциальных участниц и мотивировать их принять приглашение на семинары, проходившие на Facebook и/или посредством телефонных звонков. Другими задачами межкультурного посредника были синхронный перевод семинара и сотрудничество при адаптации семинаров к специфическим потребностям целевого контингента. Выполнение последней задачи включало информирование работников здравоохранения о специфических социально-экономических и культурных контекстах и образе жизни албаноговорящих женщин. На первом семинаре «В хорошей ли я физической форме?», который охватывал вопросы общего физического состояния, присутствовали 28 женщин. Высокий уровень сахара в крови был темой второго семинара; в нем участвовали 13 женщин. К проведе-

нию обоих мероприятий, которые синхронно переводились на албанский язык, были привлечены три работника здравоохранения.

Для оценки программы семинара сразу после его проведения участниц просили заполнить вопросник на албанском языке. Все вопросы были закрытого типа, с ограниченным набором ответов. Вопросник по оценке первого семинара содержал одиннадцать вопросов, а второго – восемь.

По соображениям конфиденциальности и защиты информации не проводился сбор данных о возрасте, этнической принадлежности, образовании и уровне доходов участниц. Основное внимание было уделено тому, как участницы оценивали организацию семинара, его содержание и форму проведения, включая продолжительность, вид групповой работы и численность группы. Чтобы выяснить отношение участниц к групповой работе, в обоих вопросниках для оценки ответов на вопрос «Как вы себя чувствуете при работе в группе?» использовали пятибалльную шкалу: 1 балл – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 баллов – очень хорошо. Затем участниц попросили оценить роль межкультурного посредника и выразить свое отношение к таким утверждениям, как «На семинаре у меня была возможность задавать вопросы», «Я получила ответы на свои вопросы» и «Содержание было представлено в доступной форме». Женщины оценивали свои ответы по шкале от 1 балла («совершенно не согласна») до 5 («полностью согласна»). Оба вопросника также содержали вопросы о том, насколько материал семинара был доступным для понимания и полезным для участниц.

Другие более специфические вопросы касались конкретных характеристик семинаров. Например, первый семинар «В хорошей ли я физической форме?» включал индивидуальные консультации и проведение индивидуальных измерений. Участниц просили оценить, насколько полезными были эти консультации; ответить, считают ли они, что семинар поможет изменить привычки, свойственные их образу жизни; до какой степени семинар отвечал их ожиданиям и насколько полезными они считают полученные знания для своей повседневной жизни. Ответ на вопрос «Как вы думаете, в какой мере вы сможете использовать полученные знания

и навыки в повседневной жизни?» служил оценкой полезности семинара. Участницы обоих семинаров также должны были ответить на вопрос о том, будут ли они рекомендовать другим людям посетить это мероприятие.

Участниц второго семинара, посвященного высокому уровню сахара в крови, просили дать оценку роли межкультурного посредника, прокомментировав утверждение «Присутствие официального переводчика/женщины-переводчика помогло мне понять содержание семинара». Кроме того, в двух вопросах: «Что бы вы испытывали сегодня, если бы не было официального переводчика/ женщины-переводчика?» и «Насколько вы были удовлетворены присутствием официального переводчика/ женщины-переводчика?» респондентов напрямую просили оценить работу межкультурного посредника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализированы ответы на вопросники обоих семинаров. Число респондентов было очень высоким: 26 из 28 участниц (92,9%) заполнили вопросник после первого семинара и все 13 участниц (100%) сдали заполненные вопросники после второго семинара. Всего в семинарах участвовала 41 женщина, из которых 39 заполнили вопросники (95,1%).

Как показал анализ вопросников, все участницы дали положительную оценку организации и материалам семинаров. Продолжительность семинаров оценили как приемлемую 37 женщин. Также положительную оценку получили материалы семинаров: все 38 респондентов посчитали их содержание очень доступным. Одна участница высказала удовлетворенность работой в группе, в то время как все остальные женщины были «чрезвычайно удовлетворены» (самая высокая из возможных оценок). На вопрос, могли ли участницы семинаров задавать вопросы, 75% респондентов полностью подтвердили, что такая возможность у них была; 15,6% – высказали согласие с этим утверждением, а 9,4% не выразили ни согласия, ни несогласия. Сходные результаты были получены при оценке того, получили ли участницы семинаров ответы на свои вопросы (82,9% респондентов высказали полное согласие и 17,1% – согласие) и было ли содержание материалов семинара представлено в доступной для них форме

(90,9% респондентов были с этим полностью согласны и 9,1% – согласны).

Содержание семинаров было адаптировано так, чтобы соответствовать индивидуальному образу жизни участниц. Индивидуальные консультации и измерения, являющиеся частью первого семинара, показали, что все участницы, ответившие на соответствующий вопрос, посчитали содержание полезным для своей повседневной жизни (25 женщин оценили его как очень полезный, а одна – как полезный) и способствующим изменению привычек, характерных для их образа жизни (23 участницы). Как ранее было отмечено, вопросник для первого семинара не содержал прямых вопросов о межкультурном посреднике, в то время как в вопроснике для второго семинара участниц просили оценить его вклад, ответив на два вопроса и одно утверждение.

Как показал анализ вопросников, большинство участниц посчитали, что межкультурный посредник способствовал пониманию содержания семинара (12 участниц), по мнению других участниц, без помощи межкультурного посредника их понимание было бы более ограниченным (11 участниц). Более того, все респонденты выразили удовлетворение тем, что на семинаре присутствовал межкультурный посредник.

ТАБЛИЦА 1. ОЦЕНКА МЕЖКУЛЬТУРНОГО ПОСРЕДНИКА

Утверждение	Ответ	Респонденты (N)
Присутствие официального переводчика/ женщины-переводчика помогло мне понять содержание семинара	Совершенно согласен	12
	Нет ответа	1
Что бы вы испытывали сегодня без официального переводчика/ женщины-переводчика?	Было бы труднее	11
	Было бы легче	1
	Нет ответа	1
Насколько вы были удовлетворены присутствием официального переводчика/ женщины-переводчика?	Очень	12
	Нет ответа	1

ОБСУЖДЕНИЕ

Женщины, участвовавшие в работе семинаров, посчитали чрезвычайно важным присутствие на них межкультурного посредника и выразили удовлетворенность его работой. Респонденты признали, что межкультурный посредник помогает лучше понять содержание семинара, позволяя более активно в нем участвовать и задавать вопросы. Поскольку содержание материалов было адаптировано с учетом образа жизни участниц, они признали знания и навыки, полученные в ходе семинаров, очень полезными. Таким образом, можно считать межкультурное посредничество одним из эффективных инструментов для преодоления языкового барьера, с которым сталкивается албаноговорящее сообщество при получении доступа к системе здравоохранения Словении.

Учитывая вышеизложенное, мы заключаем, что межкультурное посредничество улучшает коммуникацию между пользователями и работниками здравоохранения. Сходные результаты были получены в двух исследованиях Verrept (5), а именно:

Самым важным из всех положительных моментов является тот факт, что межкультурные посредники стимулируют обмен правильной и детальной информацией между медицинским персоналом и пациентами. Это является не только результатом самого присутствия посредника, но также того факта, что пациенты менее сдержанны при описании своей истории болезни в присутствии межкультурного посредника (и/или в отсутствие неформального переводчика, например, ребенка или супруга) (5).

Более того, в подтверждение наших результатов другие авторы полагают, что межкультурный посредник вносит существенный вклад в удовлетворенность пациента и имеет решающее значение для предоставления ему медицинской помощи с учетом специфики культуры (22,23).

Преыдушие исследования в Словении показали, что пациенты и работники здравоохранения в основном используют собственную изобретательность в попытках преодолеть препятствия при коммуникации (17,25,26). Они полагаются на случайных переводчиков (привлекают к переводу неподготовленных лиц, например, детей, членов

семьи или вызывающихся помочь двуязычных членов сообщества, а также двуязычных сотрудников, соглашающихся выступить в роли переводчика) или на невербальные способы коммуникации (например, в письменной форме или в виде рисунков) (24–26). Пользователи и работники здравоохранения заявили о потребности в применении новых инструментов и механизмов для преодоления недопонимания, возникающего из-за сложностей в коммуникации (17).

Анализ роли межкультурного посредника в городе Целе показал, что для различных этнических меньшинств возможным решением проблемы их коммуникации в учреждениях здравоохранения является применение межкультурного посредничества. Однако прежде чем вводить посредничество в систему здравоохранения, необходимо организовать обучение самих посредников и работников здравоохранения, определить задачи для всех участвующих сторон, решить вопросы финансирования и независимости посредников, а также адаптировать программы к потребностям отдельных групп населения.

Мы понимаем, что наше исследование имеет ряд существенных ограничений. Например, численность выборки слишком мала для того, чтобы обобщать результаты на уровне всего целевого контингента. Более того, различия в содержании двух вопросников повлияли на сопоставление полученных данных. Наконец, из-за вопросов, связанных с конфиденциальностью и защитой информации, мы не смогли собрать демографические данные, которые позволили бы нам более тщательно проанализировать положение целевого контингента внутри системы здравоохранения Словении.

С другой стороны, следует подчеркнуть, что это было не только первым исследованием подобного рода в Словении, направленным на удовлетворение потребностей албаноговорящего сообщества, но впервые была проанализирована роль межкультурного посредничества в учреждениях здравоохранения. В этой связи исследование закладывает прочную основу для дальнейшей работы в данной области. Проведенная оценка выявила высокий уровень удовлетворенности респондентов помощью межкультурного посредника, особенно в достижении лучшего понимания содержания семинаров по санитарному просвещению. Все вышесказанное указывает на не-

обходимость включения целевых групп населения (и маргинализированных групп в целом) в постоянные национальные программы профилактики заболеваний, что может принести долгосрочную пользу для здоровья людей. Для получения более надежных результатов необходимо проводить межкультурную коммуникацию на общенациональном уровне.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Программы профилактики заболеваний предоставляют хорошую возможность для улучшения межкультурной коммуникации, поскольку они интегрированы в систему здравоохранения, прогнозируемы и обычно не являются срочными. Межкультурный посредник помог участницам семинаров лучше понять их содержание, принять в них более активное участие и задать вопросы. Мы пришли к заключению, что межкультурное посредничество может рассматриваться как один из эффективных инструментов, помогающих преодолеть языковой барьер, с которым сталкивается албаноговорящее сообщество при получении доступа к системе здравоохранения Словении. Мы полагаем, что в конечном итоге межкультурное посредничество могло бы улучшить качество здравоохранения и привести к большему удовлетворению как пользователей, так и работников здравоохранения, а также к уменьшению неравенства в доступе к услугам системы здравоохранения Словении.

Выражение признательности: наше исследование – часть проекта «На пути к улучшению здоровья и снижению неравенства в отношении здоровья», осуществляемого Национальным институтом общественного здравоохранения Республики Словения и софинансируемого программой «Норвежский финансовый механизм» (2009–2014 гг.). Мы выражаем благодарность руководителю проекта Marija Magajne, MD, MSc; руководителю Рабочего пакета «Взрослые» Jožica Maučec Zakotnik, MD и всем, кто участвовал в проекте.

Источник финансирования: не указан.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за

мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Rostila M. Social capital and health inequality in European welfare states. New York: Palgrave Macmillan; 2013.
- Holtz T, Holmes SM, Stonington S, Eisenberg L. Health is still social: contemporary examples in the age of the genome. *Plos Med*. 2006;3:1663–6.
- Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva; 2007.
- Verrept H. Intercultural mediation: an answer to health care disparities? In: Valero-Garcés C, Martin A, editors. *Crossing borders in community interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins; 2008:187–201.
- Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, editors. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012.
- Buzeti T, Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S et al., editors. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji [Неравенства в отношении здоровья в Словении]*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011 (на словенском языке).
- Farkas J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study. *Int J Public Health*. 2011;56:45–54.
- Kraševc Ravnik E. Zdravje socialno ogroženih in brezposelnih. In: Kraševc Ravnik E, editor. *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja in Slovenska fundacija; 1996:43–72.
- Lipovec Čebren U. The construction of a health uninsured: people without medical citizenship as seen by some Slovene health workers. *Stud Ethnol Croat*. 2010;22(1):187–212.
- Magajne M, Truden Dobrin P, Maučec Zakotnik J. Towards better health and reducing inequalities in health – together for health. Presentation of the project with key positions, results and guidelines for further development. Ljubljana: National Institute of Public Health; 2016 (http://www.skupajzdravje.si/media/publikacija.projekta.skupaj.za.zdravje_ang_L.pdf, accessed 15 October 2016).
- Kržišnik-Bukić V. Narodno manjšinsko vprašanje v Sloveniji porazpadu Jugoslavije: o družbeni upravičenosti vprašanja statusa narodnih manjšin Albancem, Bošnjakom, Črnogorcem, Hrvatom, Makedoncem in Srbom v Republiki Sloveniji s predlogi za urejanje njihovega narodnomanjšinskega položaja. *Razprave in gradivo*. 2008;56–57:120–56.
- Klopčič V., Komac M., Kržišnik-Bukić V. Albanci, Bošnjaki, Črnogorci, Hrvati, Makedonci in Srbi v Republiki Sloveniji (ABČHMS v RS): Položaj in status pripadnikov narodov nekdanje Jugoslavije v Republiki Sloveniji [Албанцы, босняки, черногорцы, хорваты, македонцы и сербы в Республике Словения (ABČHMS v RS): положение и статус членов Бывшей югославской Республики Македония]. (http://www.arhiv.uvn.gov.si/fileadmin/uvn.gov.si/pageuploads/pdf_datoteke/Raziskava_Polozaj_in_status_pripadnikov_narodov_nekdanje_Jugoslavije_v_RS.pdf, accessed 3 January 2016; на словенском языке).
- Berishaj M. Albanci v Sloveniji: različnost percepcij [Албанцы в Словении: разница в восприятии]. *Razprave in gradivo*. 2004;45:136–51 (на словенском языке).
- Vadnjal J. The importance of social capital within an ethnic community: Albanian entrepreneurs in Slovenia. *Two Homelands: migration studies*. 2014; 40:123–37.
- Kores V. Perceptions of ethnocentrism and xenophobia by Albanian immigrants in Slovenia [Master's thesis]. Ljubljana: Faculty of Social Sciences, University of Ljubljana; 2016.
- Lipovec Čebren U, Keršič-Svetel M, Pistotnik S. Zdravstveno marginalizirane – “ranljive” skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem. In: Farkaš-Lainščak J, editor. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016:14–25.
- Bowen S. *Language barriers in access to health care*. Ottawa: Health Canada; 2001.
- Schapira L, Vargas E, Hidalgo R, Brier M, Sanchez L, Hobrecker Kl. Lost in translation: integrating medical interpreters into the multidisciplinary team. *Oncologist*. 2008;13:586–92.

20. Angelelli C. The role of the interpreter in the health care setting: a plea for a dialogue between research and practice. In: Valero-Garcés C, Martin A, editors. *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins; 2008:147–64.
21. Comparative study on language and culture mediation in different European countries. Wuppertal: EQUAL EP TransKom – gesund&sozial; 2012.
22. Ingleby D, Chiarenza A, Deville W, Kotsioni I, editors. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities, volume 2*. COST series on health and diversity. Antwerp: Garant Publishers; 2012.
23. Valero-Garcés C, Martin A., editors. *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam: Benjamin Translation Library; 2008.
24. Lipovec Čebren, U., editor. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016.
25. Gorjanc V. Tolmačenje za skupnost in vprašanje nadnacionalne odgovornosti. In: Gorjanc V, editor. *Slovensko tolmačenje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani; 2013:120–33.
26. Kocijančič Pokorn N, Gorjanc V. Medical interpreting in Slovenia: how to be proactive. In: *Ensuring patient safety for language minority patients – a new standard of care*. Book of Abstracts. Trieste: ScuolaSuperiore di LingueModerne per interpreti e Traduttori; 2010:97.