

SOME THEORETICAL ISSUES ABOUT CULTURAL COMPETENCE AND THE EFFECTIVENESS OF PEOPLE'S HEALTH CARE

Le Thi Dan Dung

Institute of Human Studies

Email: ldandung@gmail.com

Received: 08/7/2023; Reviewed: 16/9/2023; Revised: 19/9/2023; Accepted: 03/11/2023; Released: 20/11/2023

DOI: <https://doi.org/10.54163/ncdt/197>

Cultural competence in health care has been a matter of interest to many health care scholars and practitioners and managers in recent decades. Cultural competence in health care emphasizes acknowledging and respecting the patient's culture to provide behaviours communications and care that are consistent with the patient's cultural beliefs and desires. Cultural competence is an important component of health care delivery because issues of health care quality and satisfaction are the concerns of all individuals, especially for the ethnic minorities due to increasing health disparities. Therefore, cultural competence has been recommended as a strategy to reduce disparities in health care and improve the effectiveness of health care for people. Based on the synthesis and analysis of documents, this article contributes to clarifying the concept of cultural competence, the relationship of cultural competence with the effectiveness of health care for people.

Keywords: *Cultural competence; Health care; Ethnic minority; Health care effectiveness.*

1. Đặt vấn đề

Năng lực văn hóa (NLVH) được hiểu là “khả năng của các cá nhân hiểu và làm việc hiệu quả trong các nền văn hóa theo cách thừa nhận và tôn trọng văn hóa của cá nhân hoặc tổ chức được phục vụ” (Williams, 2001). Khái niệm này xuất hiện lần đầu tiên vào những năm 1980 ở Hoa Kỳ để đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ của con người trên nhiều lĩnh vực (giáo dục, công tác xã hội, sức khỏe và phúc lợi) trong bối cảnh dân số đến từ nhiều nền văn hóa, chủng tộc khác nhau. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe (CSSK), NLVH là “một quá trình đa chiều nhằm đạt được sự CSSK đồng bộ về văn hóa”. CSSK đồng bộ về mặt văn hóa đề cập đến việc CSSK toàn diện và được điều chỉnh để phù hợp với các giá trị văn hóa, tín ngưỡng, truyền thống, thực hành và lối sống của khách hàng. Để đạt được điều này, hệ thống CSSK cần phải có năng lực hiểu biết sâu sắc và thừa nhận tầm quan trọng của văn hóa, đánh giá các mối quan hệ giữa các nền văn hóa, xem xét những xung đột từ sự khác biệt văn hóa, mở rộng kiến thức văn hóa và điều chỉnh dịch vụ để đáp ứng nhu cầu văn hóa.

2. Tổng quan nghiên cứu

Nhiều nghiên cứu ở các nước như Hoa Kỳ và Canada, Anh, Châu Âu và cả ở New Zealand đã chỉ ra rằng NLVH là một thành phần quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ CSSK vì các vấn đề về chất lượng CSSK và sự hài lòng là mối quan tâm của

mọi cá nhân, đặc biệt là đối với dân tộc thiểu số (DTTS) do sự chênh lệch về sức khỏe ngày càng gia tăng. Do vậy, NLVH đã được khuyến nghị như một chiến lược để giải quyết sự chênh lệch dựa trên tiền đề rằng cải thiện giao tiếp giữa người cung cấp và bệnh nhân là một thành phần quan trọng để giải quyết những khác biệt về chất lượng chăm sóc dựa trên chủng tộc, dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân (Joseph và cộng sự, 2014). Nỗ lực nâng cao NLVH của các nhân viên y tế, bác sĩ và tổ chức CSSK sẽ góp phần to lớn vào việc tiếp cận dịch vụ CSSK, đảm bảo công bằng và nâng cao chất lượng cũng như hiệu quả của việc CSSK.

Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu liên quan đến các chiều cạnh của NLVH trong CSSK người dân nhưng vấn đề NLVH ít được bàn thảo một cách trực tiếp, sâu rộng. Các nghiên cứu ở Việt Nam xem xét từng yếu tố/chiều cạnh của văn hóa cả từ phía nhân viên y tế cũng như từ phía người bệnh, ví dụ như văn hóa giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế, khả năng giao tiếp với người bệnh của đội ngũ điều dưỡng, sự hài lòng của bệnh nhân đối với thái độ phục vụ của nhân viên y tế, các yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến việc tiếp cận các dịch vụ CSSK (UNFPA và Bộ Y tế, 2017). Mặc dù vậy, nghiên cứu này không đi sâu phân tích một cách hệ thống vấn đề lý luận về NLVH trong CSSK. Bài viết này góp phần cung cấp làm rõ một số vấn đề lý luận về NLVH thông qua việc làm rõ quan điểm về NLVH

trong CSSK, đặc biệt là mối liên hệ giữa NLVH và hiệu quả CSSK cho người dân.

3. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính trên cơ sở phân tích, tổng quan các tài liệu thứ cấp liên quan đến NLVH, mối quan hệ giữa NLVH và hiệu quả CSSK cho người dân.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Luận bàn về năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe cho người dân

NLVH được sử dụng ở trên thế giới với hai thuật ngữ là “cultural competence” và “cultural capabilities”. Hai thuật ngữ này đôi khi được dùng đồng thời và thay thế cho nhau, tuy nhiên thuật ngữ “cultural competence” là thuật ngữ được dùng phổ biến trong nghiên cứu và thực tiễn ở trên thế giới. Bài viết này, chúng tôi không bàn đến việc sử dụng thay thế của hai thuật ngữ này và lý giải sự khác nhau. Khái niệm NLVH trong bài viết cũng được dẫn chiếu đến khái niệm “cultural competence” trong các tài liệu nghiên cứu hàn lâm cũng như thực tiễn. NLVH trong CSSK xuất hiện vào những năm đầu 1980, trong bối cảnh có sự chênh lệch/khác biệt giữa các nhóm dân tộc, chủng tộc trong việc tiếp cận CSSK và chất lượng của việc CSSK. Sự khác biệt/chênh lệch này do nhiều yếu tố và các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguyên nhân lớn nhất là những nguyên nhân liên quan đến các yếu tố xã hội. Ví dụ thành viên của các cộng đồng thiểu số có xu hướng thiệt thòi hơn về kinh tế-xã hội, có trình độ học vấn thấp hơn, làm những công việc có tỷ lệ rủi ro nghề nghiệp cao hơn và sống ở những khu vực có nhiều rủi ro môi trường hơn (như ô nhiễm không khí) so với đại bộ phận dân cư (Byrd, 1990; Williams và cộng sự, 1997; Institute of Medicine, 2002). Đặc biệt, trong số nhiều nguyên nhân gốc rễ của sự chênh lệch đã được nghiên cứu, những khác biệt về niềm tin, giá trị, sở thích và hành vi về sức khỏe của bệnh nhân gần đây đã thu hút được sự chú ý (Gornick, 2000; Coleman, 2000; Williams và Rucker, 2000). Những yếu tố này được cho là ảnh hưởng đến việc ra quyết định của bệnh nhân và bác sĩ cũng như sự tương tác giữa bệnh nhân và hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK, do đó góp phần tạo nên sự chênh lệch về sức khỏe. “Các yếu tố văn hóa rất quan trọng đối với việc chẩn đoán, điều trị và chăm sóc. Chúng định hình niềm tin, hành vi và giá trị liên quan đến sức khỏe” (Kleinman và Benson 2006: 1673). Văn hóa không chỉ định hình các khía cạnh cảm xúc, nhận thức và hành vi trong trải nghiệm của các cá nhân về sức khỏe và bệnh tật (Jenkins 1998), mà còn toàn bộ hệ thống CSSK: từ cấp độ nhận thức luận đến cấp độ tổ chức và thực tiễn. Đặc biệt, trong bối cảnh ở những cộng đồng, quốc gia có nền văn hóa đa dạng, đa dân tộc và

có nhiều người nhập cư, sự khác biệt về văn hóa có thể dẫn đến những xung đột và ảnh hưởng đến việc CSSK. Ví dụ, nhiều chuyên gia y tế tiếp xúc hàng ngày với các nhóm người nhập cư không đồng nhất cho biết họ không được chuẩn bị để cung cấp dịch vụ CSSK đầy đủ cho những nhóm dân cư này (Pulido-Fuentes et al. 2017: 366). Điều này dẫn đến nhiều thông tin sai lệch về ngôn ngữ và liên văn hóa cũng như kết quả sức khỏe không thuận lợi và dẫn đến sự chênh lệch về sức khỏe ngày càng tăng mà các cộng đồng thiểu số phải đối mặt (Barker và Beagan 2014). Điều này chứng minh rõ ràng rằng mô hình CSSK “một kích cỡ phù hợp với tất cả” không có khả năng đáp ứng đầy đủ nhu cầu của dân số ngày càng không đồng nhất (Carpenter-Song và cộng sự 2007; Barker và Beagan 2014). Do vậy, NLVH đã trở thành một phong trào ngày càng phát triển nhằm giảm bớt sự chênh lệch trong chất lượng NLVH.

Cho đến nay đã có nhiều định nghĩa khác nhau về NLVH. Định nghĩa được coi là đầu tiên về NLVH do Cross và cộng sự (1989) đưa ra, theo đó NLVH được định nghĩa là “một tập hợp các hành vi, thái độ và chính sách thống nhất kết hợp với nhau trong các cơ quan hoặc giữa các chuyên gia và cho phép họ làm việc hiệu quả trong các tình huống đa văn hóa”. NLVH cũng được định nghĩa là sự tích hợp của kiến thức, thái độ và kỹ năng nhằm nâng cao khả năng giao tiếp giữa các nền văn hóa và tương tác hiệu quả với những người khác (Andrews và Boyle, 2003). Betancourt, Green, và Carrillo (2002) định nghĩa NLVH là khả năng của các nhà cung cấp và tổ chức trong việc cung cấp hiệu quả các dịch vụ CSSK đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của người bệnh. Betancourt và Green (2010) cũng giải thích thuật ngữ NLVH đã phát triển như thế nào để phản ánh sự phát triển của các kỹ năng tạo điều kiện cho người cung cấp dịch vụ CSSK nắm bắt các yếu tố văn hóa xã hội. Ngoài việc đề cập đến kiến thức và kỹ năng một số tác giả khác chú trọng đến sự nhạy cảm về văn hóa (Kim, Clarke, và Barton; 2001) và coi NLVH là một quá trình liên tục để đạt được sự thấu hiểu về văn hóa của người khác (Campinha Bacote (2002, p.181; Castillo & Guo, 2011). Mặc dù, có nhiều định nghĩa về văn hóa năng lực được đưa ra, có thể thấy hầu hết các định nghĩa bao gồm sự kết hợp của một số yếu tố xác định của NLVH, chẳng hạn như kiến thức, kỹ năng, nhận thức, hiểu biết và nhạy cảm văn hóa. Từ những phân tích ở trên, NLVH có thể được hiểu là “kiến thức, nhận biết, kỹ năng và sự nhạy cảm của các nhân viên y tế để có thể cung cấp các dịch vụ CSSK một cách hiệu quả đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của người bệnh”.

Khi đề cập đến NLVH, các tác giả cũng đề cập đến NLVH ở cả cấp độ tổ chức. Ở cấp độ tổ chức, NLVH không chỉ là nhận thức về sự khác biệt văn

hóa, mà còn là năng lực của hệ thống y tế trong việc cải thiện sức khỏe và phúc lợi bằng cách lồng ghép văn hóa vào việc cung cấp các dịch vụ y tế (NHMRC 2005). Một hệ thống hay một cơ sở y tế được coi là có NLVH khi mà tổ chức/hệ thống đó đảm bảo rằng bệnh nhân hoặc người tiêu dùng nhận được dịch vụ chăm sóc dễ hiểu, tôn trọng, phù hợp với niềm tin và thực hành về sức khỏe của người dân và sử dụng ngôn ngữ phù hợp; các nhân viên ở tất cả các cấp và trên tất cả các lĩnh vực nhận được đào tạo liên tục về cách cung cấp dịch vụ CSSK phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ của người dân; tổ chức phải thể chế hóa các thay đổi để chứng minh sự hỗ trợ của họ đối với NLVH như một phần không thể thiếu trong sứ mệnh của tổ chức; phải cung cấp các hướng dẫn để tích hợp các chính sách của cơ quan vào thực tiễn hàng ngày (Bernard và Moriah, 2007). Tuy vậy, NLVH cá nhân và NLVH của tổ chức là không thể tách rời nhau, để phát triển và thực hành NLVH trong CSSK cần kết hợp trách nhiệm của cả cá nhân và tổ chức.

4.2. Năng lực văn hóa và hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho người dân

Thứ nhất, năng lực văn hóa và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

NLVH ở các bác sĩ, y tá và cán bộ y tế có ảnh hưởng tới việc tiếp cận các dịch vụ CSSK, đặc biệt là đối với nhóm yếu thế như nhóm DTTS. Nhiều bằng chứng ở các nước đã chỉ ra mối liên hệ giữa các yếu tố thuộc NLVH của cán bộ y tế với việc tiếp cận của nhóm DTTS, bao gồm việc tái khám và việc duy trì khám chữa bệnh ở nhóm bệnh nhân này. Nghiên cứu về điều trị lạm dụng chất gây nghiện (SAT) ở các cơ sở điều trị ở Mỹ chỉ ra rằng một chương trình SAT đáp ứng các chuẩn mực về ngôn ngữ, văn hóa, gia đình và cộng đồng của người Mỹ Latinh và người Mỹ gốc Phi trong điều trị sẽ làm tăng việc sử dụng dịch vụ nhiều hơn ở nhóm người này (Campbell và Alexander, 2002). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng rằng đáp ứng văn hóa trong thực hành y tế có thể góp phần tăng khả năng tiếp cận SAT. Các nghiên cứu khác về người gốc Tây Ban Nha ở Mỹ cũng chỉ ra rằng tỷ lệ duy trì điều trị kém ở các khách hàng thiểu số là người gốc Tây Ban Nha chủ yếu là do kiến thức và hiểu biết hạn chế của các nhà cung cấp dịch vụ về bối cảnh cộng đồng và nhu cầu dịch vụ của các nhóm thiểu số (Alegría và cộng sự, 2006).

Như là một cấu thành của NLVH, sự khác biệt về ngôn ngữ là một trong những rào cản cho hiệu quả CSSK. Các nghiên cứu ở nhiều cộng đồng khác nhau trên thế giới đã chỉ ra rằng ngôn ngữ hạn chế là nguyên nhân của việc đi khám bác sĩ ít hơn và làm giảm khả năng tiếp nhận các dịch vụ phòng ngừa (Derose và Baker, 2000). Trong khi một số nghiên

cứu đã phát hiện ra rằng những bệnh nhân không nói cùng ngôn ngữ với bác sĩ lâm sàng của họ có nhiều khả năng bỏ lỡ các cuộc hẹn hoặc bỏ điều trị (Manson 1988; Takeuchi, Uehara và Maramba 1999).

Thiếu NLVH có thể dẫn đến sự thiên kiến, phân biệt đối xử người bệnh và kết quả là ảnh hưởng tới việc tiếp cận các cơ sở CSSK của người dân. Thái độ tiêu cực đối với một người cho dù có ý thức hay vô thức sẽ hình thành các hành vi trong quá trình CSSK và ảnh hưởng đến các việc tiếp cận dịch vụ CSSK. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, việc trì hoãn hoặc từ chối tìm kiếm dịch vụ chăm sóc cần thiết có thể là do không tin tưởng, bị coi là phân biệt đối xử và trải nghiệm tiêu cực khi tương tác với hệ thống CSSK (Lillie-Blanton, 2000; O'Malley, 2022).

Trong bối cảnh Việt Nam, vấn đề rào cản ngôn ngữ và định kiến trong CSSK đặc biệt đối với dân tộc thiểu số cũng đã được ghi nhận. Cũng giống như các nghiên cứu ở nước ngoài, bất đồng ngôn ngữ giữa người dân tộc thiểu số (DTTS) và bác sĩ đang là một trong những rào cản chính cho việc tiếp cận dịch vụ CSSK ở vùng DTTS, đặc biệt đối với phụ nữ DTTS (UNFPA, 2017). Trong lĩnh vực CSSK sinh sản của vị thành niên nữ DTTS, một số công trình nghiên cứu chỉ ra rằng sự khác biệt về ngôn ngữ khiến việc giao tiếp cởi mở về các vấn đề tình dục giữa vị thành niên, nhà cung cấp dịch vụ y tế, cha mẹ, giáo viên và những người chăm sóc khác trở nên khó khăn. Sự thiếu chia sẻ thường xuyên về các vấn đề sức khỏe tình dục qua các thế hệ đang được coi là nguyên nhân cho vấn đề này. Ngoài ra, nhân viên y tế còn có thái độ và định kiến đối với người bệnh là dân tộc thiểu số, định kiến với hành vi sức khỏe sinh sản của vị thành niên. Theo đó, cán bộ y tế trạm y tế xã cho rằng phụ nữ chưa chồng mà có thai là không tốt. Thậm chí họ còn cho đó là «người hư hỏng». Còn đối với những đối tượng tảo hôn thì theo họ là «lạc hậu». Điều này dẫn đến thực trạng là tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSK sinh sản công vị thành niên DTTS rất thấp. Theo đó khi có vấn đề về sức khỏe sinh sản chỉ 27% trong số họ tìm kiếm sự trợ giúp ở các cơ sở y tế công lập (Lê Thị Đan Dung, 2022). Họ có xu hướng tìm kiếm những dịch vụ CSSK không an toàn nhưng được đảm bảo bí mật và không có sự thiên kiến trong cung cấp dịch vụ để giải quyết những vấn đề sức khỏe sinh sản của mình.

Như vậy, có thể thấy rằng NLVH với những biểu hiện và những thành tố khác nhau có ảnh hưởng rất lớn tới việc tiếp cận dịch vụ CSSK của người dân, đặc biệt là những cộng đồng, quốc gia đa văn hóa. Sự khác biệt văn hóa, ngôn ngữ giữa những người bệnh và nhân viên y tế có thể dẫn đến những xung đột và sự giao tiếp không hiệu quả và điều này phần nào ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ CSSK của

người dân.

Thứ hai, năng lực văn hóa và hiệu quả chăm sóc sức khỏe người dân

Hiệu quả CSSK thường được đề cập đến như mức độ hài lòng của bệnh nhân, chất lượng CSSK, sự tuân thủ của bệnh nhân đối với những hướng dẫn của nhân viên y tế. Các nghiên cứu về hành vi CSSK đã gợi ý rằng các thực hành đáp ứng văn hóa, chẳng hạn như cung cấp dịch vụ trong môi trường song ngữ, đa dạng về văn hóa và hòa nhập, có liên quan đến việc khách hàng thiếu sót (bao gồm nhóm DTTS, nhóm di cư...) trải nghiệm giao tiếp hiệu quả, chẩn đoán chính xác hơn, liên minh trị liệu tích cực và mức độ hài lòng của khách hàng cao hơn (Brach và Fraser, 2000, Cross và cộng sự, 1989, González và cộng sự, 2010, Saha và cộng sự, 1999, Saha và cộng sự, 2000, Sue và cộng sự, 1991, Young và cộng sự, 2001). Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng khách hàng cảm nhận được chất lượng CSSK khi các nhà cung cấp dịch vụ CSSK thể hiện NLVH (Harmsen và cộng sự, 2005; Harper, 2006; Lucas và cộng sự, 2008; May & Potia, 2013; Tayab & Narushima, 2015; Wade & Bernstein, 1991, Cooper và Roter 2003). Nghiên cứu của Cooper và Roter (2003) chỉ ra rằng những người mắc các bệnh mãn tính yêu cầu nhiều dịch vụ y tế hơn, do đó sự tương tác của họ với hệ thống CSSK cũng nhiều hơn. Nếu các nhà cung cấp, tổ chức và hệ thống không làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp về mặt văn hóa, bệnh nhân có nguy cơ cao hơn gặp phải các hậu quả tiêu cực về sức khỏe, nhận dịch vụ chăm sóc kém chất lượng hoặc không hài lòng với dịch vụ chăm sóc. Ngoài ra, khi nhân viên y tế có NLVH sẽ dẫn đến sự hài lòng của khách hàng, do vậy họ sẽ tuân thủ điều trị và lời khuyên của nhân viên y tế (Harmsen và cộng sự, 2005; Horvat và cộng sự, 2014; Ishikawa và cộng sự, 2014; Majumdar và cộng sự, 2004; May & Potia, 2013; Owiti và cộng sự, 2014; Wade & Bernstein, 1991; Wall và cộng sự, 2013).

Tương tự nghiên cứu của Kamali và cộng sự (2011) chứng minh rằng việc tích hợp NLVH vào các khía cạnh tổ chức, lâm sàng và cấu trúc của một tổ chức CSSK là cần thiết để tạo ra một hệ thống chăm sóc đáp ứng và toàn diện. Chất lượng được cảm nhận trong việc chăm sóc, tuân thủ điều trị và sự hài lòng với dịch vụ chăm sóc do các nhà cung cấp dịch vụ y tế có NLVH và tham gia vào tương tác hiệu quả, dẫn đến kết quả cuối cùng là cải thiện kết quả sức khỏe. Norcross & Goldfried (1992) phát hiện ra rằng mối quan hệ dựa trên sự thấu hiểu giữa nhà trị liệu và bệnh nhân chiếm 30% sự cải thiện ở bệnh nhân trị liệu tâm lý. Tương tự các nghiên cứu khác cho thấy cảm xúc tích cực về bản thân, văn hóa của một người và nhóm dân tộc của một người

thúc đẩy khả năng phục hồi và có liên quan đến các hành vi tích cực và giảm các hành vi nguy cơ trong điều trị (ví dụ: hoạt động tình dục sớm, sử dụng ma túy) (Henly, 1993; Scott-Jones và cộng sự, 1989; Whaley, 1993). Nghiên cứu của Thomas và cộng sự (2000) chỉ ra rằng thái độ của bệnh nhân về sự tôn tại của phân biệt chủng tộc trong hệ thống chăm sóc y tế và mức độ không tin tưởng vào y tế của bệnh nhân là những yếu tố cho thấy có ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân. Một phân tích của Griner và Smith (2006) cũng cho thấy, các can thiệp nhằm vào một nhóm văn hóa cụ thể có hiệu quả gấp 4 lần so với các can thiệp được cung cấp cho các nhóm bao gồm khách hàng từ nhiều nền văn hóa khác nhau. Tương tự, nghiên cứu của Wen-Sheng Tseng, Jon Streltzer (2008) chỉ ra rằng niềm tin văn hóa ảnh hưởng đến thái độ đối với bệnh tật như AIDS, tỷ lệ mắc bệnh tật như béo phì và phản ứng của người chăm sóc đối với bệnh tật.

NLVH, do vậy đã được khuyến nghị như một chiến lược để giải quyết sự chênh lệch dựa trên tiền đề rằng cải thiện giao tiếp giữa người cung cấp và bệnh nhân là một thành phần quan trọng để giải quyết những khác biệt về chất lượng chăm sóc dựa trên chủng tộc, dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân. Các phân tích cũng chỉ ra rằng sự chênh lệch về chủng tộc và sắc tộc trong CSSK vẫn tồn tại và là một dấu hiệu rõ ràng của sự bất bình đẳng về chất lượng (Joseph và các cộng sự, 2014). Thực tế, một loạt các phương pháp tiếp cận dựa trên bằng chứng được phát triển để giải quyết những vấn đề tồn tại, trong số đó, cần phải nâng cao NLVH của các nhà cung cấp dịch vụ CSSK và hệ thống CSSK. Hơn nữa, cần phải đảm bảo rằng hệ thống CSSK có đủ năng lực về mặt văn hóa và có khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao cho tất cả mọi người, đồng thời xóa bỏ chênh lệch và đảm bảo công bằng. Khi đó, các nhà cung cấp dịch vụ CSSK sẽ ngày càng nhìn thấy những bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng của họ theo những cách khác nhau, có các ngưỡng khác nhau để tìm kiếm sự chăm sóc và thể hiện niềm tin sức khỏe khác nhau ảnh hưởng đến việc tuân thủ các biện pháp chữa trị và chăm sóc. Khi sự khác biệt về văn hóa xã hội giữa bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ không được quản lý một cách hiệu quả trong quá trình khám chữa bệnh, bệnh nhân không hài lòng, tuân thủ kém và dẫn đến kết quả sức khỏe kém hơn, chất lượng chăm sóc thấp hơn. NLVH cũng làm tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị (Aday, 1994; Snowden & Holschuh, 1992; Wells, Golding, Hough, Burnam, & Karno, 1989) và sự hài lòng về CSSK (Rooda, 1993).

5. Thảo luận

NLVH đóng một vai trò quan trọng trong việc

đảm bảo hiệu quả CSSK. NLVH không chỉ góp phần cải thiện việc tiếp cận các dịch vụ CSSK, đảm bảo bình đẳng trong CSSK mà còn là yếu tố quyết định đến kết quả CSSK. Ở bối cảnh Việt Nam nơi có nhiều DTTS sinh sống, việc các cơ sở y tế hiểu và tích hợp được yếu tố chủng tộc, sắc tộc, quốc tịch, ngôn ngữ, giới tính, tình trạng kinh tế xã hội, khả năng thể chất và tinh thần, khuynh hướng tình dục và nghề nghiệp vào việc cung cấp và cấu trúc của hệ thống CSSK vẫn là một thách thức cả về mặt tổ chức, cấu trúc và lâm sàng. Ở vùng DTTS, cán bộ y tế ở các cơ sở y tế phần lớn vẫn là người Kinh, những người có sự khác biệt về văn hóa và quan niệm về ốm đau, bệnh tật (UNFPA và Bộ Y tế, 2017). Thêm vào đó là sự khác biệt về ngôn ngữ trong khi hệ thống phiên dịch vẫn chưa có. Từ góc độ lâm sàng, như đã phân tích ở trên hạn chế hiểu biết về đa dạng văn hóa, về giá trị, niềm tin và hành vi cá nhân về sức khỏe của các nhóm DTTS dẫn tới những định kiến và ảnh hưởng nhất định đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK của đối tượng này. Do vậy, cần có những nghiên cứu sâu về NLVH ở Việt Nam để đưa ra những chiến lược phù hợp nhằm cải thiện và nâng cao NLVH ở các cơ sở y tế ở Việt Nam đáp ứng nhu cầu CSSK tốt hơn cho người dân.

6. Kết luận

NLVH đóng vai trò trong CSSK cho người dân, đặc biệt là ở những cộng đồng/quốc gia có sự đa dạng văn hóa. Mặc dù, hiện nay chưa có một định nghĩa thống nhất về NLVH, nhưng tựu chung lại NLVH nhấn mạnh đến việc thừa nhận và tôn trọng văn hóa của người bệnh để đưa ra những cách thức

làm việc, giao tiếp và chữa bệnh phù hợp với niềm tin văn hóa và mong muốn của người bệnh. NLVH không chỉ ở cấp độ cá nhân mà còn ở cấp độ tổ chức. Tuy vậy, NLVH cá nhân và NLVH của tổ chức là không thể tách rời nhau, để phát triển và thực hành NLVH trong CSSK cần kết hợp trách nhiệm của cả cá nhân và tổ chức nhằm mang lại hiệu quả cho việc CSSK cho người dân.

NLVH là một thành phần quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ CSSK vì các vấn đề về chất lượng CSSK và sự hài lòng là mối quan tâm của mọi cá nhân, đặc biệt là đối với dân tộc thiểu số do sự chênh lệch về sức khỏe ngày càng gia tăng. Do vậy, NLVH đã được khuyến nghị như một chiến lược để giải quyết sự chênh lệch dựa trên tiền đề rằng cải thiện giao tiếp giữa người cung cấp và bệnh nhân là một thành phần quan trọng để giải quyết những khác biệt về chất lượng chăm sóc dựa trên chủng tộc, dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân. Việc nâng cao/cải thiện NLVH có thể được tiến hành ở cả cấp độ cá nhân và cấp độ tổ chức với nhiều chiến lược và giải pháp khác nhau, bao gồm giáo dục và đào tạo, thay đổi về cấu trúc và văn hóa của tổ chức đồng thời đòi hỏi những chính sách, quy trình để tích hợp NLVH vào việc cung cấp các dịch vụ CSSK. Ở Việt Nam, để đạt được mục tiêu phát triển bền vững và phát triển bao trùm thì việc giảm thiểu sự chênh lệch trong CSSK là rất cần thiết. Các vấn đề lý luận về NLVH trong CSSK được nghiên cứu bởi các học giả trên thế giới đem đến những gợi mở quan trọng về hướng tiếp cận, vấn đề nghiên cứu để có thể vận dụng vào nghiên cứu, đánh giá về NLVH trong CSSK cho người dân tại Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*, 15, 487-509.
- Alegria M. et al. (2002). Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non Latino whites. *Psychiatric Services* 53:1547-1555.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2003). *Transcultural concepts in nursing care* (4. ed.). Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Barker, K. và Beagan, B. (2014). "Making Assumptions, Making Space. An Anthropological Critique of Cultural Competency and Its Relevance for Queer Patients". *Medical Anthropology Quarterly*.
- Bernard, W.T và Moriah, J. (2007) Cultural competency: An Individual or Institutional Responsibility? *Canadian Social Work Review* / *Revue canadienne de service social*, 24 (1).
- Brach, C. và Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57 (Supplement 1), 181-217.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York, NY: The Commonwealth Fund.
- Byrd WM (1990) Race, biology, and health care: reassessing a relationship. *J Health Care Poor Underserved*. 1: 278-96. 11.
- Campbell, C.I và Alexander, J.A (2002). Culturally competent treatment practices and ancillary service use in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 22:109-119.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process

- of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181-184.
- Carpenter-Song et al. (2007). Cultural Competence Reexamined. Critique and Directions for the Future. *Psychiatric Services* 58/10: 1362-1365.
- Coleman-Miller B. (1990). A physician's perspective on minority health. *Health Care Finance Rev.* 21:45-56. 27.
- Cooper, L. A. và Roter, D. L. (2003) Patient-provider communication: The effect of race and ethnicity on process and outcomes of healthcare. In B. D. Smedley, A. Y. Stith & A. R. Nelson (Eds.) *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care* (pp. 552-593). Washington, DC: The National Academies Press.
- Cross, T. L et al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care. A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*, Vol. 1. Washington: Georgetown University Child Development Center.
- Derose, K. P., and Baker, D.W. (2000). Limited English Proficiency and Latinos' Use of Physician Services. *Medical Care Research and Review* 57 (1): 76-91.
- Gonzalez, M.H., Vega, A.W., Tarraf, W. (2010). Health care quality perceptions among foreign-born Latinos and the importance of speaking the same language. *J. Am. Board Fam. Med.* 23, 745-752.
- Gornick M. E. (2000). Disparities in Medicare services: potential causes, plausible explanations and recommendations. *Health Care Finance Rev.* 1:23-43.
- Harmsen, H. et al. (2005) The effect of educational intervention on intercultural communication: Results of a randomised control trial. *The British Journal of General Practice*, 55 (514), 343-350.
- Harper, M. G. (2006). Ethical multiculturalism: An evolutionary concept analysis. *ANS. Advances in Nursing Science*, 29 (2), 110-124.
- Henly, J. R. (1993). The significance of social context: The case of adolescent childbearing in the African American community. *Journal of Black Psychology*, 19, 461-477.
- Horvat, L., Horey, D. R., & Panayiotakis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5: CD009405. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>.
- Ishikawa, R. Z., Cardemil, E. V., Alegria, M., Schuman, C. C., Joseph, R. C., & Bauer, A. M. (2014). Uptake of depression treatment recommendations among Latino primary care patients. *Psychological Services*, 11 (4), 421-432.
- Joseph et al. (2014). Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest* 145 (1): 143-148.
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918-925.
- Kleinman A, Benson P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* 3(10): e294.
- Lillie-Blanton M, Brodie M, Rowland D, Altman D, McIntosh M. (2000). Race, ethnicity and the health care system: public perceptions and experiences. *Med Care Res Rev.* 57:218-35. 28.
- Thùy, L. T. (2020). *Khảo sát giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế hướng đến sự hài lòng của khách hàng đến điều trị nội trú tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình năm 2020*. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh.
- Dung, L. T. Đ. (2022). *Tiếp cận và sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản của vị thành niên nữ dân tộc thiểu số: Thực trạng và thách thức*. Hanoi: Nxb. Khoa học Xã hội.
- Lucas, T., Michalopoulou, G., Falzarano, P., Menon, S., & Cunningham, W. (2008). Healthcare provider cultural competency development and initial validation of a patient response measure. *Health Psychology*, 27 (2), 185-193.
- Majumdar, B., Brown, G., Roberts, J., & Carpio, B. (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (2), 161-166. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04029.x>.
- Manson, A. (1988). Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma. *Medical Care* 26 (12): 1119-28
- May, S., & Potia, T. A. (2013). An evaluation of cultural competency training on perceived

- patient adherence. *European Journal of Physiotherapy*, 15 (1), 2-10.
- NHMRC (National Health & Medical Research Council). (2005). *Cultural Competency in Health: A guide for policy, partnerships and participation*, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Norcross JC, Goldfried MR. (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Thanh, P. N, Hiền, T. M. (2019). *Văn hóa giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế. Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU). Thành phố Hồ Chí Minh*
- Pulido, P et al. (2017). Health Competence from a Transcultural Perspective. Knowing How to Approach Transcultural Care. *Procedia. Social and Behavioral Sciences* 237: 365-372.
- Saha, S. (1999). Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Scott-Jones, D., Roland, E., & White, A. (1989). Antecedents and outcomes of pregnancy in Black adolescents. In R. Jones (Ed.), *Black adolescents* (p.341-371). Berkeley, CA: Cobb & Henry.
- Snowden, L. R., & Holschuh, J. (1992). Ethnic differences in emergency psychiatric care and hospitalization in a program for the severely mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 28(4), 281-291.
- Solis, J. M. et al. (1990). Acculturation, Access to Care, and Use of Preventive Services by Hispanics: Findings from HHANES 1982-1984. *American Journal of Public Health* 80 (Suppl.): 11-9.
- Sue, S. et al. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59, 533-540
- Thomas, A et al. (2000). Attitudes about racism, medical mistrust and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Med Care Res Rev* 2000;57(suppl 1):146-61.
- UNFPA & Bộ Y tế. (2017). *Những rào cản trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và kế hoạch hóa gia đình của đồng bào dân tộc thiểu số Việt Nam*. Hà Nội.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ LÝ LUẬN VỀ NĂNG LỰC VĂN HÓA VÀ HIỆU QUẢ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI DÂN

Lê Thị Đan Dung

Viện Nghiên cứu Con người

Email: ldandung@gmail.com

Nhận bài: 08/7/2023; Phản biện: 16/9/2023; Tác giả sửa: 19/9/2023; Duyệt đăng: 03/11/2023; Phát hành: 20/11/2023

DOI: <https://doi.org/10.54163/ncdt/197>

Năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe và vấn đề được nhiều các học giả cũng như các nhà quản lý và thực hành chăm sóc sức khỏe quan tâm trong những thập niên gần đây. Năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe nhấn mạnh đến việc thừa nhận và tôn trọng văn hóa của người bệnh để đưa ra những cách thức ứng xử, giao tiếp và chữa bệnh phù hợp với niềm tin văn hóa và mong muốn của người bệnh. Năng lực văn hóa là một thành phần quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì các vấn đề về chất lượng chăm sóc sức khỏe và sự hài lòng là mối quan tâm của mọi cá nhân, đặc biệt là đối với dân tộc thiểu số do sự chênh lệch về sức khỏe ngày càng gia tăng. Do vậy, năng lực văn hóa đã được khuyến nghị như một chiến lược để giảm thiểu sự chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe và cải thiện hiệu quả của việc chăm sóc sức khỏe cho người dân. Dựa trên việc tổng hợp, phân tích tài liệu, bài viết này góp phần làm rõ nội hàm khái niệm năng lực văn hóa, mối liên hệ của năng lực văn hóa với hiệu quả của chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Từ khóa: Năng lực văn hóa; Chăm sóc sức khỏe; Dân tộc thiểu số; Hiệu quả chăm sóc sức khỏe.