

MULTICULTURAL ISSUES IN PALLIATIVE CARE –CHALLENGES FOR ROMANIAN PROFESSIONALS

Aurora HRIȚULEAC, Senior Researcher, PhD, Romanian Academy – Iași Branch

Abstract: Romania, as a member of The European Union, has to face many challenges, including the one engendered by the free movement of European citizens within its borders. Romanians are going to study, work and, sometimes, relocate for good in other European countries. Probably the best-known case of Romanian professionals massively leaving Romania for working abroad is the case of medical staff. In the same time, numerous rather low qualified Romanians are going abroad to work in farming or constructions. Naturally, persons coming outside Romanian borders will occupy this empty place, when situation will reach a critical point. In addition, so long the level of Romanian salaries is far away of being attractive for other European citizens, it is easy to presume that immigrants outside Europe will fulfill the jobs needed. Slowly, or maybe not so slowly, Romania will transform from a rather monoculture society into a multicultural society.

In this perspective, which can be closer than we imagine, my paper will approach the issue of multiculturalism in palliative care. Palliative care, in its latest definition, is addressing the medical, psychological and spiritual needs of persons confronting not only a terminal illness but also chronic illnesses or life-threatening illnesses. The needs of patients coming from different cultures will require a multicultural competence and my paper is providing a synthetic map of norms, values and ethical issues imposed by a multicultural palliative care.

Keywords: multiculturalism, palliative care, life-threatening illness, cultural competence, cultural sensitivity

Cu o istorie recentă de peste cincizeci de ani de totalitarism, România este încă puternic marcată de o anumită tendință către uniformitate, conformism și intoleranță la diversitate. Lunga captivitate fizică și mentală în interiorul unui sistem ideologic care a valorizat și impus o identitate monolitic definită i-a lăsat pe români puțin pregătiți pentru aromele puternice a ceea ce analiștii multiculturalismului numesc *melted pots* or *salad bowls*.

Pe de altă parte, nici relativa omogenitate a populației, reconfirmată de rezultatele finale ale recensământului din 2011 (www.recensamantromania.ro), nu stimulează, decât la cei realmente interesați de acest exercițiu, sensibilitatea la diversitate culturală. Și totuși, ca membră a Uniunii Europene, este foarte probabil ca, într-un viitor nu foarte îndepărtat, România să se confrunte cu provocări și pe acest palier, dată fiind mișcarea accelerată a cetățenilor europeni în interiorul granițelor Uniunii, precum și fenomenul mult mai amplu al migrației internaționale.

Românii înșiși merg să studieze, să lucreze și, uneori, să se stabilească definitiv în alte țări europene. Probabil cel mai cunoscut caz al unei migrații profesionale masive din România este cel al personalului medical. Pe de altă parte, numeroși cetățeni români cu un nivel mai scăzut de calificare pleacă în străinătate pentru a lucra în agricultură și construcții. Cum este de așteptat, locul gol, atunci când se va atinge punctul critic al lipsei de personal, va fi ocupat de către persoane venind din afara României. Dar, atât timp cât nivelul salariilor din România este departe de a fi atractiv pentru cetățenii celorlalte țări din Uniunea Europeană, este ușor de

prezumă că imigranții din afara Uniunii, respectiv din țări terțe, vor ocupa posturile rămase disponibile.

Desigur, migrația este o provocare nu doar pentru România. După cum au demonstrat S. Castles și M.J. Miller într-o lucrare de referință în domeniu, "The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World" (2009), migrația internațională a fost și continuă să fie (văzută) ca o foarte serioasă provocare pentru identitatea națională. Statul-națiune, așa cum a fost conceput în secolul al-XVIII-lea, se baza pe ideea unității politice și culturale iar omogenitatea etnică, definită în termeni de limbă, cultură, tradiții și istorie comune, era însăși garanția dăinuirii sale. Prin urmare, nu este surprinzător că imigrația și diversitatea culturală au fost și continuă să fie privite, chiar într-o lume cosmopolită ca a noastră, cu destulă mefiență.

Scopul lucrării mele nu este însă acela de a discuta riscurile, beneficiile sau consecințele fenomenului migrației ci de a furniza o perspectivă asupra implicațiilor multiculturale ale îngrijirii paliative, punând accentul pe conținutul și necesitatea competenței multiculturale, imperios necesară specialiștilor care lucrează în acest domeniu. Rațiunile acestui demers vin din faptul că dinamismul globalizării contemporane, dublat de o mișcare la fel de intensă a persoanelor (în primul rând din motive economice dar și, cu mult mai dramatic, ca urmare a unor conflicte politico-militare care determină relocări masive de populații), vor expune România unei diversificări culturale accelerate, confruntându-i pe specialiștii români din îngrijirea paliativă cu persoane având background-uri culturale ce le sunt cvasi-necunoscute.

Dintru început, o serie de precizări terminologice se impun. În primul rând, plecând de la distincția făcută între "multiculturalism ca teorie politică normativă și multiculturalism ca multiculturalitate, desemnând așadar pluralitatea culturală" (E. Huzum, 2009:45), precizez că voi folosi termenul de multiculturalism în sensul său de diversitate culturală.

În al doilea rând, voi folosi conceptul de cultură în sensul său cel mai larg, incluzând adică, pe lângă criteriile clasice (etnia, naționalitatea, religia), și variabile precum genul, vârsta, orientarea sexuală, elemente cu implicații majore în sistemul de îngrijire paliativă (Pedersen, 2000; Kagawa-Singer și Blackhall, 2001; Corey et al., 2011). Este de domeniul evidenței că există culturi care valorizează bărbații mai mult decât femeile, persoanele vârstnice mai mult decât tinerii, heterosexualii mai mult decât homosexualii, valorile colective mai mult decât pe cele individuale, valorile religioase mai mult decât pe cele seculare și vice-versa.

Aceste valorizări/devalorizări se concretizează, mai ales în unele culturi, în ierarhii și raporturi de putere care complică, uneori substanțial, demersul paliativ. Din această perspectivă, conceptul de „suferință delegitimată” (disenfranchised grief), introdus de K.J. Doka (1989) pentru a desemna situația persoanelor care nu beneficiază de suport social din cauza naturii pierderii lor (un partener gay, de exemplu), este aplicabil și în domeniul îngrijirii paliative. Chiar și natura bolii de care suferă o persoană poate determina, în anumite contexte, delegitimarea suferinței acesteia. Exemplul cel mai la îndemână este cel al bolnavilor de HIV/SIDA. Considerată inițial drept o maladie transmisibilă doar pe cale sexuală și asociată, pentru o bună perioadă de timp, exclusiv cu membrii comunității gay, SIDA a declanșat, după cum a evidențiat și Doka (1997: 25-47), un flagel modern al stigmatizării, aproape la fel de devastator ca și boala însăși.

În fine, cea de-a treia precizare are în vedere specificul îngrijirii paliative. Conform definiției revizuite și adăugite în 2002 de către Organizația Mondială a Sănătății, ”îngrijirea paliativă este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților (care se confruntă cu o boală care le amenință viața) și a familiilor acestora, prin prevenirea și diminuarea suferinței pe baza unor modalități de identificare timpurie, evaluare impecabilă și tratament al durerii și al altor probleme de natură somatică, psihosocială și spirituală” (WHO, 2002).

Obiectivele îngrijirii paliative, prezentate în formă sintetică, sunt următoarele:

- să afirme viața și să abordeze moartea ca pe un proces normal, parte firească a ciclului vieții;
- să integreze, de o manieră holistă, aspectele somatice, psihosociale și religioase/spirituale ale îngrijirii pacientului;
- să asigure, plecând de la conceptul de „durere totală”, eliminarea sau, atunci când acest lucru nu este cu putință, diminuarea cât mai mult posibil a durerii și a altor simptome de structură;
- să nu pună în practică nici un demers prin care, în mod intenționat și invaziv, să grăbească sau să amâne moartea;
- să ofere un sistem de suport pentru a-i ajuta pe pacienți să trăiască, pe cât posibil, cât mai activ până la moarte;
- să folosească o abordare în echipă multidisciplinară pentru a satisface nevoile pacienților și ale familiilor acestora, incluzând consiliere pentru supraviețuitori, în cazul în care aceștia au nevoie.

Se cere precizat că, în contrast cu obiectivul inițial al instituției hospisiului care, după cum nota fondatoarea acestuia, Cicely Saunders, era acela ca ”oamenii să fie ajutați nu doar să moară în pace ci și să trăiască până atunci la întregul lor potențial, având toate trebuințele pe deplin satisfăcute” (2000: 8), îngrijirea paliativă, cel puțin în evoluția sa recentă, și-a extins atât aria de adresabilitate cât și aria de competențe (Hrițuleac, 2013: 75-76). Dacă, în mod tradițional, hospisiul prelua pacienții care nu mai urmau un tratament activ (curativ) și a căror expectanță de viață nu depășea șase luni, sistemul îngrijirilor paliative se adresează actualmente nu doar persoanelor aflate în fază terminală ci și celor care se confruntă cu o boală care le pune viața în pericol.

Acestora din urmă li se asigură accesul la serviciile de tip paliativ încă din faza timpurie a traiectoriei bolii, furnizându-li-se atât tratamente curative, adresate bolii, cât și terapii suportive, ”care promovează funcționarea optimală și starea de bine a pacienților și a familiilor acestora” (Bookbinder, Kiss, Sherman, 2006:100). Emergența noului model de îngrijire paliativă se explică, în mare măsură, după cum argumentează Kathryn Boog (2008), prin faptul că, alături de cancer, o serie în creștere de noi maladii, precum cele neurologice degenerative, impun acest tip de abordare.

În contextul extinderii sale, cantitative și calitative, sistemul îngrijirii paliative se confruntă cu provocări venind tocmai din obiectivul adaptării cât mai profunde și depline la cerințele beneficiarilor săi. În acest sens, în ultimii ani, tot mai mulți specialiști din domeniu au atras atenția asupra implicațiilor multiculturalității pentru teoria și praxisul paliativ.

Cercetările făcute au relevat nu doar faptul că, în societăți cu un caracter multicultural asumat, membrii minorităților culturale accesează și beneficiază substanțial mai puțin de acest tip de îngrijire în raport cu grupul majoritar (Nyatanga, 2002; Parkes, 2004; Gunaratnam, 1997,

2007; Corey et al., 2011), ci și necesitatea dobândirii sistematice a unor competențe culturale de către specialiștii implicați în îngrijirea paliativă.

Tocmai de aceea, în paralel cu efortul de diseminare a informațiilor privind specificul și modalitățile de accesare a serviciilor de tip paliativ, se desfășoară actualmente o dezbatere intensă privind importanța dobândirii și aprofundării competențelor culturale, precum și necesitatea elaborării unor programe academice menite a înlătura deficiențele existente.

Diversitatea culturală și prejudecata culturală sunt, ambele, realități omniprezente ale societății contemporane, globalizarea sporind atât dinamica primei, cât și potențialul distructiv al celei de-a doua. În fapt, profesioniștii înșiși din domeniul îngrijirii paliative par a conștientiza tot mai acut faptul că diversitatea culturală a persoanelor care apelează la ei necesită o extindere permanentă a competențelor culturale. Dobândirea competenței multiculturale devine, în acest context, nu doar o problemă de formare și calificare profesională ci și una de etică profesională.

Un sistem de îngrijire performant din punctul de vedere al criteriilor de competență culturală este acela care, conform lui Cort (2004: 68), „recunoaște și integrează, la toate nivelurile, importanța culturii, evaluarea relațiilor interculturale, vigilența față de dinamica rezultată din diferențele culturale și adaptarea răspunsurilor la nevoile culturale specifice”. Dobândirea competenței culturale este o stare dinamică în care profesioniștii dobândesc cunoaștere din propriul lor background social și cultural și devin conștienți de istoria, tradițiile și valorile altor grupuri, incluzând înțelegerea istoriei, hranei și stilurilor de viață ale persoanelor din alte culturi.

Conform modelului competenței culturale în materie de îngrijire paliativă, propus inițial de Schim și Miller (cf. Sherman, 2005: 9) și dezvoltat ulterior de către Doorenbos și Schim (2004), pot fi identificate patru componente structurale:

- *diversitatea culturală*, care este reflectată în fiecare aspect al sistemului de îngrijire paliativă și care presupune recunoașterea diverselor populații cu valorile, credințele și obiceiurile lor;
- *conștientizarea culturală*, care presupune cunoaștere și schimb de informații referitoare la credințele și practicile specifice diferitelor comunități și variațiilor culturale din interiorul fiecărui grup;
- *sensibilitatea culturală*, care implică recunoașterea atitudinilor și credințelor individuale și o rafinare a abilităților de comunicare relaționate cu ascultarea activă, folosirea tăcerii și a atingerii, distanța conversațională;
- *competența culturală*, care este scopul ultim și încorporează diversitatea (starea de fapt), conștientizarea (cunoașterea) și sensibilitatea (atitudinea) în practicile și comportamentele cotidiene.

Diversitatea culturală, de exemplu, după cum relevă DeSpelder și Strickland (1999), este evidentă în percepția durerii, a modalităților de coping cu boala care amenință viața și în manifestările comportamentale ale durerii pierderii, doliului și obiceiurilor funerare. Pentru cei care se confruntă cu o boală care le pune viața în pericol, există anumite aspecte culturale de o importanță crucială.

O asemenea problemă este aceea a autonomiei pacientului, care pune accentul pe drepturile pacienților de a fi informați despre starea lor, despre tratamentele disponibile și implicațiile lor, precum și despre dreptul lor de a opta pentru sau de a refuza îngrijirea agresivă care să le prelungească viața. Dar aceasta, observă (Kagawa-Singer și Blackhall, 2001), reflectă

mai degrabă concepția occidentală privind independența și drepturile individuale, care poate să nu fie împărtășit de pacienții și familiile acestora care provin din alte culturi. De exemplu, persoanele care provin sau fac parte din cultura asiatică consideră că deciziile care privesc persoana vârstnică trebuie luate de familie ca întreg, acesta fiind stilul „centrat pe familie” de luare a deciziilor, spre deosebire de stilul „centrat pe persoană”, propriu societății vestice (Barclay et al. 2007).

De asemenea, barierele lingvistice și de comunicare pot conduce la neînțelegeri mutuale și la suferințe fizice, emoționale, sociale sau spirituale regretabile. Este, prin urmare, important să se evite jargonul psihologico-medical, să se folosească un limbaj simplu, să se verifice înțelegerea corectă a mesajului sau să se apeleze la competența lingvistică a unui translator. Folosirea unui membru al familiei ca interpret ar trebui evitată (Crawley et al., 2002; Flores, 2005), dat fiind că acesta ar putea interpreta greșit, cenzura subiectele tabu sau sensibile, filtra sau sumariza discuțiile mai degrabă decât să le traducă complet.

Diferențele de natură spirituală sau religioasă pot crea, la rândul lor, neîncredere între pacientul și specialistul cu background-uri diferite. Pentru a evita această situație, se recomandă ca specialistul în îngrijire paliativă să întrebe persoana despre credințele și practicile sale religioase și/sau spirituale și despre modalitățile în care poate fi susținută în vederea satisfacerii nevoilor religioase și spirituale.

O altă problemă care va trebui negociată este aceea a comunicării adevărului. Indivizii din anumite culturi pot dezvolta suspiciune sau furie dacă specialiștii insistă în a informa pacientul în legătură cu diagnosticul sau prognosticul împotriva dorinței familiei acestuia. Familiile, mai ales cele din culturile tradiționale, consideră adesea că această informație ar putea duce la o stare de lipsă de speranță a pacientului, ceea ce i-ar spori suferința. În această situație, consideră Kagawa-Singer și Blackhall (2001), se impune ca specialistul să întrebe dacă pacientul ar dori să știe totul despre boala sa și să fie atent la mesajele non-verbale (limbajul corpului) pe care pacientul le trimite atunci când discută aspecte semnificative ale condiției sale.

O atenție specială trebuie acordată problemei implicării familiei în luarea deciziei. Un dezacord puternic poate apărea între familie și personalul de îngrijire atunci când familia insistă să ia deciziile pentru pacientul care are capacitate decizională deplină. Dacă pacientul este capabil să ia decizii pentru sine dar familia insistă ca informația să nu fie furnizată pacientului și ei să fie aceia care iau deciziile, este recomandat să se organizeze o întâlnire la care să fie prezenți atât pacientul cât și membrii familiei sale, precum și specialiștii. Aceasta poate furniza oportunitatea pentru a se clarifica problemele, aborda conflictele și obține claritate despre deciziile și preferințele pacientului.

La sfârșitul vieții, diferențele culturale pot exista și referitor la internarea într-o unitate paliativă. Personalul de îngrijire trebuie să înțeleagă sentimentele și percepțiile pacienților și ale familiilor acestora din perspective culturale variate și să accentueze faptul că unitatea paliativă nu e un substitut pentru familie ci un mod de a furniza resurse pentru a susține calitatea vieții pacienților și familiilor acestora (Kagawa-Singer și Blackhall, 2001).

Deși există multă diversitate în termeni de dorințe, preferințe și expectanțe în cadrul diferitelor culturi, există totuși și o serie de similarități. Astfel, în urma unei cercetări bazate pe metoda focus-grupurilor și dedicate identificării și evaluării nevoilor și experiențelor unor

pacienți aflați în fază terminală și ale familiilor acestora (ne-vorbitori de limbă engleză dintr-un hospis aflat într-o țară vorbitoare de limbă engleză), McGrath, Vun și McLeod (2001) au constatat că participanții aparținând unor grupuri culturale diferite (indieni, filipinezi, chinezi și italieni) au exprimat aceleași probleme, cărora specialiștii trebuie să le se acorde o atenție specială: importanța susținerii din partea familiilor; presiunea socială exercitată asupra membrilor familiilor de a le purta de grijă rudelor aflate la sfârșitul vieții; dificultate majoră în a vorbi despre moarte; cunoaștințe extrem de limitate privind specificul și oportunitățile îngrijirii paliative; o dorință puternică și cvasi-generală de a-și îngriji acasă ruda aflată în ultima fază a bolii.

În vederea furnizării de îngrijire paliativă calitativă din punct de vedere cultural este necesar ca și specialiștii implicați în îngrijirea paliativă să procedeze la o auto-evaluare a propriilor convingeri: despre boală și moarte și despre cum le influențează acestea atitudinile; cât de semnificative sunt cultura și religia în atitudinile personale față de moarte; ce fel de moarte ar prefera; ce eforturi ar trebui făcute pentru a ține în viață o persoană foarte bolnavă; care este experiența lor în participarea la ritualuri de reamintire a unor persoane decedate.

Alături de propria evaluare, punerea în acțiune a competenței culturale presupune și evaluarea culturală a persoanei care solicită îngrijire paliativă. Apartenența la un grup cultural ne oferă o serie de informații în această direcție, dar singurele informații cu adevărat valide privind credințele, nevoile, expectanțele, practicile pacientului sunt acelea pe care ni le transmite sau ni le confirmă acesta. Cunoștințele referitoare la caracteristicile grupului din care face parte subiectul trebuie să servească doar ca punct de plecare sau ghid orientativ în evaluarea datelor culturale ce sunt necesare.

În vederea realizării unei evaluări culturale comprehensive a pacientului, și făcând o sinteză a perspectivelor oferite de literatura de specialitate pe această temă, Sherman (2005: 13) recomandă specialistului din îngrijirea paliativă să abordeze următoarele aspecte:

- aflați locul de naștere al pacientului;
- chestionați experiența sa de imigrare;
- determinați nivelul său de identitate etnică;
- evaluați nivelul său de aculturație, în măsura în care acest proces s-a produs;
- determinați structura și specificul familiei sale;
- identificați disponibilitatea/folosirea rețelelor informale și a surselor de suport din comunitate;
- identificați cine ia deciziile: pacientul, familia sau o altă instanță din comunitatea căreia îi aparține;
- evaluați competențele lingvistice (limba maternă și limba secundară);
- determinați pattern-urile comunicării verbale și non-verbale ale subiectului;
- evaluați genul și problemele de putere în cadrul relațiilor de familie și comunitare;
- evaluați stima de sine a subiectului;
- identificați influența religiei sau a spiritualității asupra expectanțelor și comportamentelor pacientului și familiei sale;
- stabiliți percepțiile pacientului privind discriminarea și rasismul;
- identificați regulile și tradițiile referitoare la regimul alimentar al persoanei;
- determinați nivelul educațional și statusul socio-economic al pacientului;

- evaluați atitudinile, credințele și practicile relaționate cu sănătatea, boala, suferința și moartea;
- determinați preferințele pacientului și ale familiei sale privind locul unde ar prefera să moară (acasă sau în unitatea de îngrijiri paliative);
- determinați gradul de activism sau fatalism în controlarea sau acceptarea mortalității;
- evaluați nivelul de cunoaștere și încredere al pacientului în sistemul de îngrijire paliativă;
- evaluați valoarea și folosirea tratamentelor farmacologice, non-farmacologice și a terapiilor alternative;
- identificați discutați modalitățile (de natură personală și culturală) de menținere a speranței.

Pentru specialiștii în îngrijire paliativă din țara noastră, necesitatea dobândirii și extinderii competenței culturale reprezintă nu doar o provocare incitantă ci și o oportunitate de dezvoltare personală și profesională. Întânirea, fie ea și în acest context dureros al confruntării mortalității, cu persoane venind din alte spații culturale și existențiale poate fi un bun prilej de a re-descoperi esența a ceea ce se află dincolo de orice bariere culturale: umanitatea profundă și eternă.

Bibliografie

- Barclay, J., Blackhall, L., Tulskey, J. (2007). Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 958-977.
- Bookbinder, Marilyn, Kiss, Margaret, LaPorte Matzo, Marianne. (2006). Death and Society. În Marianne LaPorte Matzo și Deborah Witt Sherman, *Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of life* (89-115). New York: Springer Publishing Company.
- Boog, Kathryn M. (2008). Challenges in palliative care. În Kathryn M. Boog și Claire Y. Tester, *Palliative Care: A Practical Guide for The Health Professional* (pp. 3-16). Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Castles, S. Miller, M.J. (2009). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World* (4th ed.). London: Palgrave Macmillan.
- Corey, G., Schneider Corey, Marianne, Callahan, P. (2011). *Issues and Ethics in the Helping Professions* (8th ed.). Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Cort, M. (2004). Cultural mistrust and use of Hospice care: Challenges and remedies. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 63-71.
- Crawley, L., Marshall, P., Lo, B., Koenig, B. (2002). Strategies for culturally effective end of life care. *Annals of Internal Medicine*, 136, 673-679.
- DeSpelder, L. (1998). Developing cultural competency. În K.J. Doka și J. Davidson (eds.), *Living with grief* (pp. 97-106). Washington: Hospice Foundation of America.
- DeSpelder, L., Strickland, A. (1999). *The last dance: Encountering death and dying*. Mountain View: Mayfield.
- Doka, K.J. (1989). *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington: Lexington.
- Doka, K.J. (1997). *AIDS, Fear and Society: Challenging the Dreaded Disease*. Washington: Taylor & Francis.

- Doorenbos, A., Schim, S. (2004). Cultural competence in Hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 21(1), 28-32.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of healthcare: A systematic review. *Medical Care Research Review*, 62, 255-299.
- Gunaratnam, Yasmin. (1997). Culture is not enough. A critique of multi-culturalism in palliative care. În D. Field, Jenny Hockney și N. Small (eds.) *Death, Gender and Ethnicity* (pp. 166-186). London: Routledge.
- Gunaratnam, Yasmin. (2007). Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International Journal of Palliative Nursing*, 13(10).
- Hrițuleac, Aurora. (2013). Specificul holistic al îngrijirii paliative, *Symposion*, 1(21), 73-78.
- Huzum, E. (2009). Ce este multiculturalismul? În Ana Gugiuman (coord.) *Idei și valori perene în științele socio-umane. Studii și cercetări* (pp. 45-60). Cluj-Napoca: Argonaut.
- Kagawa-Singer, M., Blackhall, L. (2001). Negotiating cross-cultural issues at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2993-3001.
- McGrath, P., Vun, M., McLeod, L. (2001). Needs and experiences of non-english speaking Hospice patients and families in an english speaking country. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 18(5), 305-312.
- Nyatanga, B. (2002). Culture, palliative care and multiculturalism. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(5). 240-246.
- Parkes, C.M. (2004). Help for dying and the bereaved. În C.M. Parkes, P. Laungani și B. Young (eds.), *Death and Bereavement Across Cultures* (pp. 206-217). London: Routledge, Taylor & Francis e-Library.
- Pedersen, P. (2000). *A handbook for developing multicultural awareness* (3rd ed.). Alexandria: American Counseling Association.
- Sherman, Deborah Witt. (2005). Culture and Spirituality as Domains of Quality Palliative Care. În Marianne LaPorte Matzo și Deborah Witt Sherman (eds.). *Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life* (3rd ed.). New York: Spring Publishing Company.
- Saunders, Cicely. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41 7:13.
- WHO Definition of Palliative Care: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Retrieved 3.12.2013.