

Một số vấn đề lý luận về năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe cho người dân¹

Lê Thị Đan Dung^(*)

Tóm tắt: 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 yếu tố quan trọng trong quá trình 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 đồng bào các 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 chăm sóc sức khỏe cho người dân. Trên cơ sở tổng hợp, phân tích tài liệu, bài viết 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, Hiệu quả chăm sóc sức khỏe

Abstract: Cultural competence in health care, that is, acknowledging and respecting patients' culture to suggest ways of behaving, communicating and healing which are consistent with their cultural beliefs and desires, constitutes a fundamental factor in health care delivery. It does matter because the health care quality and satisfaction are concerned by each and all, especially 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 a literature review, the paper clarifies the concept of cultural competence and its relation 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 (NLVN) được hiểu là “khả năng hiểu và làm việc hiệu quả

của các cá nhân 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 người dân trên nhiều lĩnh vực (giáo dục, công tác xã hội, sức khỏe và phúc lợi) trong bối cảnh người dân đến từ nhiều nền văn hóa khác nhau. Trong lĩnh vực chăm

¹ Bài viết được thực hiện trong khuôn khổ Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở năm 2023 “Năng lực văn hóa trong chăm sóc sức khỏe của người dân: Một số vấn đề lý luận” do tác giả chủ nhiệm, Viện Nghiên cứu Con người chủ trì.

(*) TS.; Viện Nghiên cứu Con người;
Email: ldandung@gmail.com

sóc sức khỏe, NLVN là “một quá trình đa chiều nhằm đạt được sự chăm sóc sức khỏe đồng bộ về văn hóa”. Chăm sóc sức khỏe đồng bộ về mặt văn hóa đề cập đến việc chăm sóc sức khỏe 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 chăm sóc sức khỏe cần phải có năng lực hiểu biết sâu sắc và thấy được 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.

Nhiều nghiên cứu ở Hoa Kỳ, Canada, New Zealand, Anh và một số nước châu Âu đã chỉ ra rằng, NLVN 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, NLVN đã được khuyến nghị như một chiến lược để giải quyết sự chênh lệch đó. Điều này được luận giải rằng, việc cải thiện giao tiếp giữa người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bệnh nhân là một yếu tố quan trọng để giải quyết những khác biệt về chất lượng chăm sóc do những khác biệt về dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân (Betancourt và các cộng sự, 2014).

Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu liên quan đến các chiều cạnh của NLVN trong chăm sóc sức khỏe cho người dân nhưng ít có nghiên cứu bàn thảo một cách trực tiếp, sâu rộng. Các nghiên cứu của UNFPA và Bộ Y tế (2017), Phạm Ngọc Thanh và Trần Minh Hiền (2019), Lê Thị Thủy (2020), Lê Thị Đan Dung

(2022) chỉ xem xét từng yếu tố/khía 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 với bệnh nhân 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 chăm sóc sức khỏe; mà chưa đi sâu phân tích một cách hệ thống vấn đề lý luận về NLVN trong chăm sóc sức khỏe. Bài viết góp phần làm rõ một số vấn đề lý luận về NLVN, quan điểm về NLVN trong chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là mối liên hệ giữa NLVN và hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho người dân.

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

Khái niệm NLVN trong chăm sóc sức khỏe xuất hiện vào những năm đầu thập niên 80 của thế kỷ XX, trong bối cảnh có sự chênh lệch/khác biệt giữa các nhóm dân tộc trong việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe và chất lượng của việc chăm sóc sức khỏe. Sự khác biệt/chênh lệch này do nhiều yếu tố. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguyên nhân lớn nhất là các yếu tố xã hội như yếu tố kinh tế, học vấn, nghề nghiệp... 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 đã thu hút được sự chú ý trong những nghiên cứu gần đây (Xem: 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 chăm sóc sức khỏe, 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, Benson, 2006: 1673).

Cho đến nay đã có nhiều định nghĩa khác nhau về NLVN. Định nghĩa được coi là đầu tiên về NLVN do Cross và các cộng sự (1989) đưa ra. Theo đó, NLVN 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”. NLVN 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, Boyle, 2003). Betancourt, Green và Carrillo (2002) định nghĩa: NLVN là khả năng của các nhà cung cấp và tổ chức trong việc cung cấp hiệu quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của người bệnh. Ngoài việc đề cập đến kiến thức và kỹ năng, một số tác giả khác chú trọng đến sự nhạy cảm về văn hóa (Xem: Kim và các cộng sự, 2001), coi NLVN là một quá trình liên tục để đạt được sự thấu hiểu về văn hóa của người khác (Castillo và Guo, 2011).

Mặc dù có nhiều định nghĩa về NLVN được đưa ra, nhưng có thể thấy hầu hết các định nghĩa đều cho rằng NLVN bao gồm sự kết hợp của một số yếu tố như kiến thức, kỹ năng, nhận thức, hiểu biết và nhạy cảm văn hóa. Từ những phân tích ở trên, NLVN có thể được hiểu là “*kiến thức, nhận biết, kỹ năng và sự nhạy cảm của các nhân viên y tế về văn hóa để có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe một cách hiệu quả đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của người bệnh*”.

Khi đề cập đến NLVN, các tác giả cũng bàn tới NLVN ở cả cấp độ tổ chức. Ở cấp độ này, NLVN 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 NLVN khi tổ chức/hệ thống đó đảm bảo rằng bệnh nhân nhận được dịch vụ chăm sóc phù hợp với ngôn ngữ, niềm tin và thực hành về sức khỏe của họ, có sự tôn trọng dành cho họ; các nhân viên ở tất cả các cấp được đào tạo liên tục về cách cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ của người dân; tổ chức phải coi NLVN như là một phần không thể thiếu trong sứ mệnh của mình và phải tích hợp nó vào các chính sách của tổ chức (Bernard, Moriah, 2007).

NLVN của cá nhân và NLVN của tổ chức là không thể tách rời, để phát triển và thực hành NLVN trong chăm sóc sức khỏe cần kết hợp trách nhiệm của cả cá nhân và tổ chức.

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

NLVN và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

NLVN của các nhân viên y tế có ảnh hưởng tới việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là đối với nhóm yếu thế như nhóm dân tộc thiểu số. Nhiều bằng chứng ở các nước đã chỉ ra mối liên hệ giữa các yếu tố thuộc NLVN của nhân viên y tế với việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhóm dân tộc thiểu số, bao gồm việc tái khám và duy trì khám chữa bệnh. Nghiên cứu của Campbell và Alexander (2002) về điều trị lạm dụng chất gây nghiện (SAT) tại 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 ở nhóm người này. Các nghiên cứu của Alegria và các cộng sự (2002) về người gốc Tây Ban Nha ở Mỹ cũng cho thấy, 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.

Sự khác biệt về ngôn ngữ là một trong những rào cản đối với hiệu quả chăm sóc sức khỏe. 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 ở bác sĩ ít hơn và là nguyên nhân người dân ít sử dụng các dịch vụ phòng ngừa bệnh tật cũng như bỏ lỡ các cuộc hẹn tái khám hoặc bỏ điều trị (Xem: Derose, Baker, 2000; Takeuchi và các cộng sự, 1999).

Thiếu NLVN có thể dẫn đến sự thiên kiến, phân biệt đối xử với người bệnh và kết quả là ảnh hưởng tới việc tiếp cận các cơ sở chăm sóc sức khỏe 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 chăm sóc sức khỏe và ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Laveist và các cộng sự (2000), O'Malley (2022) chỉ ra rằng, việc người dân trì hoãn hoặc không tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết có thể là do họ không tin tưởng, hoặc có cảm giác bị phân biệt đối xử, thậm chí có trải nghiệm tiêu cực khi tương tác với hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Trong bối cảnh Việt Nam, vấn đề rào cản ngôn ngữ và định kiến trong chăm sóc

sức khỏe, đặc biệt đối với nhóm 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 và bác sĩ đang là một trong những rào cản đối với việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của đồng bào, đặc biệt là nhóm phụ nữ (UNFPA và Bộ Y tế, 2017). Nghiên cứu của Lê Thị Đan Dung (2022) trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản của vị thành niên nữ dân tộc thiểu số cho thấy, 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. Ngoài ra, nhân viên y tế còn có thái độ và định kiến đối với người bệnh là người dân tộc thiểu số, định kiến với hành vi sức khỏe sinh sản của vị thành niên dân tộc thiểu số. Điều này dẫn đến thực trạng là tỷ lệ tiếp cận các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản công lập của vị thành niên dân tộc thiểu số rất thấp. Theo đó, chỉ có 27% trong số họ tìm kiếm sự trợ giúp ở các cơ sở y tế công lập khi có vấn đề về sức khỏe sinh sản. Họ có xu hướng tìm kiếm những dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể 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.

NLVN và hiệu quả chăm sóc sức khỏe người dân

Hiệu quả chăm sóc sức khỏe thường được đề cập đến như mức độ hài lòng của bệnh nhân, chất lượng chăm sóc sức khỏe, sự tuân thủ của bệnh nhân đối với những hướng dẫn của nhân viên y tế. Các nghiên cứu về hành vi chăm sóc sức khỏe 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 thiểu số (bao gồm nhóm dân tộc thiểu số, nhóm di cư...) trải nghiệm giao tiếp hiệu quả, được chẩn đoán chính xác hơn, hợp tác để trị liệu tích cực và mức độ hài lòng của họ cao hơn (Cross và cộng sự, 1989; Brach và Fraser, 2000). Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, khách hàng cảm nhận được chất lượng chăm sóc sức khỏe khi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể hiện NLVN (Harmsen và cộng sự, 2005; Harper, 2006; Lucas và các cộng sự, 2008; Tayab & Narushima, 2015). 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 nhiều nguy cơ 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 NLVN, khách hàng sẽ hài lòng và do vậy sẽ tuân thủ phác đồ điều trị và lời khuyên của nhân viên y tế (Harmsen và các cộng sự, 2005; Ishikawa và các cộng sự, 2014; Owiti và các cộng sự, 2014).

Tương tự, nghiên cứu của Kamali và cộng sự (2011) cũng chứng minh việc tích hợp NLVN vào các khía cạnh tổ chức, lâm sàng và cấu trúc của một tổ chức chăm sóc sức khỏe là cần thiết để tạo ra một hệ thống chăm sóc đáp ứng đầy đủ và toàn diện nhu cầu chăm sóc của người bệnh. 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 NLVN và tham gia vào tương tác hiệu quả dẫn đến kết quả cuối cùng là cải thiện sức khỏe. Norcross và 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, một

số nghiên cứu khác cho thấy cảm xúc tích cực về bản thân, văn hóa và nhóm dân tộc của một người sẽ thúc đẩy khả năng phục hồi của họ và có liên quan đến các hành vi tích cực, giảm các hành vi nguy cơ trong điều trị (ví dụ, sinh hoạt tình dục sớm, sử dụng ma túy) (Whaley, 1993). Nghiên cứu của Laveist và các cộng sự (2000) chỉ ra rằng, cảm nhận của bệnh nhân về sự tôn tại của phân biệt chủng tộc trong hệ thống chăm sóc y tế và sự thiếu tin tưởng vào y tế của bệnh nhân là những yếu tố có ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân.

NLVN sẽ góp phần giải quyết tình trạng chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe do khác biệt về dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân. 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 sẽ không hài lòng, không tuân thủ điều trị, dẫn đến kết quả là sức khỏe kém hơn, chất lượng chăm sóc thấp hơn.

Ở Việt Nam nơi có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, việc các cơ sở y tế hiểu và tích hợp được yếu tố tộc người, 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 dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cấu trúc của hệ thống chăm sóc sức khỏe vẫn là một thách thức. Ở vùng dân tộc thiểu số, cán bộ y tế tại các cơ sở y tế phần lớn vẫn là người Kinh, những người có sự khác biệt với nhiều dân tộc khác về văn hóa và quan niệm về ốm đau, bệnh tật (UNFPA và Bộ Y tế 2017; Lê Thị Đan Dung, 2022). Thêm vào đó là sự khác biệt về ngôn ngữ, trong khi chưa có hệ thống phiên dịch. Như đã phân tích ở trên, sự hạn chế trong hiểu biết về đa dạng văn hóa, về giá trị, niềm tin và hành vi cá nhân liên quan đến sức khỏe

của các nhóm dân tộc thiểu số dẫn tới những định kiến, điều đó ảnh hưởng nhất định đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ. Do vậy, cần có những nghiên cứu sâu về NLVN trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam để đưa ra những chiến lược phù hợp nhằm cải thiện và nâng cao NLVN ở các cơ sở y tế đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho người dân.

Kết luận

NLVN đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cho người dân, đặc biệt là ở những cộng đồng/quốc gia đa văn hóa. Mặc dù hiện nay chưa có một định nghĩa thống nhất về NLVN, nhưng tựu trung lại NLVN nhấn mạnh đến việc thừa nhận và tôn trọng văn hóa của người bệnh để đưa ra những cách thức giao tiếp và chữa bệnh phù hợp với niềm tin văn hóa và mong muốn của người bệnh. NLVN được xem xét không chỉ ở cấp độ cá nhân mà còn ở cấp độ tổ chức. NLVN của cá nhân và NLVN của tổ chức là không thể tách rời nhau. Để phát triển và thực hành NLVN trong chăm sóc sức khỏe, cần kết hợp trách nhiệm của cả cá nhân và tổ chức nhằm mang lại hiệu quả cho việc chăm sóc sức khỏe cho người dân.

NLVN là một thành phần quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và được khuyến nghị như một chiến lược để giải quyết sự chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe. Việc nâng cao/cải thiện NLVN 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 NLVN vào việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Ở Việt Nam, để đạt được mục tiêu phát triển bền vững và phát triển bao trùm, việc giảm thiểu sự chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe là rất cần thiết. Các vấn đề lý luận về NLVN trong chăm sóc sức khỏe 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 NLVN trong chăm sóc sức khỏe cho người dân tại Việt Nam □

Tài liệu tham khảo

1. Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderon, J., Rusch, D., Ortega, A.N. (2002), "Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non Latino whites", *Psychiatric Services* 53: 1547-1555.
2. Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2003), *Transcultural concepts in nursing care* (4. ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa.
3. Bernard, W.T and Moriah, J. (2007), Cultural competency: An Individual or Institutional Responsibility?, *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 24(1).
4. Brach, C., 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.
5. Betancourt, J.A., Corbett, J., Bondaryk, M.R. (2014), "Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation", *Chest* 145(1): 143-148.
6. Betancourt, J.R., Green, A.R., &

- Carrillo, J. E. (2002), *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*, The Commonwealth Fund, New York.
7. Campbell, C.I, 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.
 8. Castillo, Richard & Guo, Kristina (2011), “A framework for cultural competence in health care organizations”, *The health care manager*, 30: 205-214.
 9. Cross, T.L., Bazron, B.J., Dennis, K.W. and Isaacs, M.R. (1989), *Towards a culturally competent system of care. A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*, Vol. 1. Georgetown University Child Development Center, Washington.
 10. 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.
 11. Lê Thị Đan Dung (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*, Nxb. Khoa học xã hội, Hà Nội.
 12. Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwse, L., Thomas, S., Dorrenboom, G., Bruijnzeels, M. (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.
 13. Harper, M. G. (2006), “Ethical multiculturalism: An evolutionary concept analysis. ANS”, *Advances in Nursing Science*, 29(2): 110-124.
 14. 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.
 15. Kamali, K., Grobovsky, L., Levy, J., and Keatings, M. (2011), “Enhancing cultural competence for improved access to quality care”, *Healthcare Quarterly*, 14 Special Issue (3).
 16. 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.
 17. Kleinman A., Benson P. (2006), “Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It”, *PLoS Med*, 3(10).
 18. Laveist, Th., Nickerson, K.J., Bowie, J.V (2000), “Attitudes about racism, medical mistrust and satisfaction with care among African American and white cardiac patients”, *Med Care Res Rev*, 57 (suppl 1): 146-161.
 19. 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.
 20. NHMRC (National Health & Medical Research Council) (2005), *Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation*, Commonwealth of Australia, Canberra.
 21. Norcross J.G, Goldfried, M. (1992),

- Handbook of Psychotherapy Integration*, Basic Books, New York.
22. O'Malley, A.S. Forrest, C.B. Mandelblatt, J. (2022), "Adherence of low-income women to cancer screening recommendations", *J Gen Intern Med* 2002, 17: 144-154.
 23. Owiti, J.A., Ajaz, A., Ascoli, M., de Jongh, B., Palinski, A., & Bhui, K. S. (2014), "Cultural consultation as a model for training multidisciplinary mental healthcare professionals in cultural competence skills: Preliminary result", *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(9): 814-826.
 24. Phạm Ngọc Thanh, Trần Minh Hiền (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.
 25. Takeuchi, D.T., Uehara, E. and Maramba, G. (1999), "Cultural diversity and mental health treatment", in: *The Sociology of Mental Health*, edited by A. Horwitz and T. Scheid, Oxford, New York.
 26. Tayab, A., & Narushima, M. (2015), "Here are the residents: A case study of cultural competence of personal workers in a long-term care home", *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2): 146-156.
 27. Thomas, A. và cộng sự (2000), "Attitudes about racism, medical mistrust and satisfaction with care among African American and white cardiac patients", *Med Care Res Rev*, 57(suppl 1): 146-161.
 28. Lê Thị Thủy (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.
 29. UNFPA và 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.
 30. Whaley, A.L. (1993), "Self-esteem, cultural identity, and psychological adjustment in African American children", *Journal of Black Psychology*, 19(4): 406-422.
 31. William, C.C. (2001), "The epistemology of cultural competence. families in society" , *The Journal of Contemporary Social Services*, 87(2).
 32. Williams, D.R., and Rucker, T.D. (2000), "Understanding and addressing racial disparities in health care", *Health Care Financ Rev*, 21: 75-90.