มานุษยวิทยากับสมรรถนะทางวัฒนธรรม
Anthropology Cultural competence

สมรรถนะทางวัฒนธรรม เป็นแนวคิดที่ถูกนำเสนอในหลายสาขาวิชา หลายแวดวงวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นในแวดวงการแพทย์หรือการดูแลรักษาผู้ป่วย งานด้านสังคมสงเคราะห์ งานด้านการศึกษา งานด้านจิตวิทยา งานด้านการทหารและความมั่นคง รวมทั้งในแวดวงมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) ที่มีการนำเสนอแนวคิดนี้และถกเถียงกันอยู่เช่นกัน

ในทศวรรษ 1960 สมรรถนะทางวัฒนธรรมได้ถูกกล่าวถึงในแวดวงการแพทย์ ในความหมายของ ‘การรักษาข้ามวัฒนธรรม’ (Cross-cultural medicine) ซึ่งเป็นช่วงที่ประเด็นการเมืองของอัตลักษณ์ ขบวนการเรียกร้องสิทธิกำลังขยับขยายในสหรัฐเมริกา ต่อมาในทศวรรษ 1970 ก็ได้มีการเสนอเรื่องความแวดไวทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity) โดยเชื่อมโยงวัฒนธรรมกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ กระทั่งในทศวรรษ 1980 และ 1990 คำว่า ‘cultural competence’ ก็ปรากฏขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พร้อมๆ กับแนวคิดเรื่อง cultural responsiveness, cultural humility และ cultural safety ซึ่งมีรายละเอียดทั้งเหมือนและแตกต่างกันไป (Kirmayer, 2012; Jernigan et al., 2016)

สมรรถนะทางวัฒนธรรมในทางการแพทย์ (the clinical cultural competence) หมายถึงการมีชุดของพฤติกรรม (behaviors) ทัศนคติ (attitudes) และแนวทาง/นโยบาย (policies) อันมีความสอดคล้องกันซึ่งรวมกันอยู่ภายในระบบ หน่วยงาน หรือในหมู่ผู้เชี่ยวชาญ โดยการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมจะช่วยให้การทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์ข้ามวัฒนธรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของวิถีปฏิบัติ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการของผู้ป่วยหรือชุมชนวัฒนธรรมของเขา ทั้งนี้ ผู้ทำการดูแลรักษาทั้งในฐานะปัจเจกหรือองค์กร ต้องมีความรอบรู้ในมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคภัยไข้เจ็บของคนในวัฒนธรรมต่างๆ อีกทั้งควรมีทักษะที่สามารถเข้าใจการให้ความหมายต่อโรค (disease) ต่อความเจ็บป่วย (illness) หรือต่อความตาย ที่มีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม มีทักษะที่สามารถเข้าใจการรับรู้และการแสดงออกทางอาการหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ต่างวัฒนธรรมกันได้ รวมทั้งเข้าใจอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและผู้ทำการดูแลรักษาเอง (เท่าทันต่อตนเอง) กระทั่งสามารถสร้างความสัมพันธ์แบบไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างกันได้ โดยอดทนอดกลั้นและเคารพในความแตกต่างหลากหลายของผู้คน/ผู้ป่วย (Cross et al., 1989; Joralemon, 2006; Jernigan et al., 2016)

ทั้งนี้ แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทางการแพทย์ มองว่าการรักษาสุขภาพแบบ one-size-fits-all ไม่สามารถตอบสนองต่อความแตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคมได้อย่าง

เบ็ดเสร็จ แต่ต้องสร้างทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสมรรถนะทางวัฒนธรรมจะเป็นตัวบ่งบอกว่าเราควรทำหรือไม่ทำอะไรบ้างในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางชาติพันธุ์ (ethnic background) แตกต่างกันไป ซึ่งในทศวรรษ 1990 สังคมอเมริกันได้จัดทำสำมะโน (the U.S. census) โดยแบ่งกลุ่มทางเชื้อชาติ-ชาติพันธุ์ (The ethno-racial blocs) ออกเป็น 5 กลุ่มหลักๆ คือ African American, Asian American and Pacific Islanders, Latino, American Indian and Alaska Native และ White อันเป็นการจัดจำแนกความแตกต่างอย่างง่ายจากภูมิหลังดังกล่าว ก่อนที่ต่อมาจะขยับขยายมาสู่ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยในมิติของเพศสภาพ (gender) เพศวิถี (sexual orientation) ศาสนา (religion) วัย (age) สมรรถภาพ (ability) ภาษา (language) ชนชาติ (nationality) และบุคลิกหรือตัวตนอื่นๆ ที่สัมพันธ์อยู่กับภูมิหลังทางวัฒนธรรมอย่างสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทางการแพทย์ ยังเป็นแนวคิดที่เรียกร้องให้มีการทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถี่ถ้วนต่อความไม่เป็นธรรมของกระบวนการทางสังคมการเมืองและทางเศรษฐกิจ ภายใต้มิติของความสัมพันธ์ทางอำนาจ การมีอภิสิทธิ์ในสังคม การกีดกันหรือเลือกปฏิบัติ หรือการเหยียดเชื้อชาติ รวมทั้งทำความเข้าใจต่อปัญหาเชิงโครงสร้างที่บิดเบี้ยวที่อยู่ในรูปของระบบการบริการสุขภาพ กฎเกณฑ์/ระเบียบการจัดแบ่งพื้นที่ โครงสร้างพื้นฐานในเมืองและชนบท กฎระเบียบในการนิยามความเจ็บป่วย ซึ่งล้วนสนับสนุนให้ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของผู้คนยังคงดำรงอยู่ได้และเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดอาการ (Symptom) ของโรคต่างๆ หรือกล่าวได้ว่าคือการให้ความสำคัญต่อสมรรถนะเชิงโครงสร้าง (structural competency) ด้วยเช่นกัน โดยที่การมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทางการแพทย์ได้ถูกคาดหวังว่าจะช่วยลดทอนปัญหาเชิงโครงสร้างและความไม่เป็นธรรมดังกล่าวลงได้ ทั้งนี้ ในช่วงทศวรรษ 1990 และทศวรรษ 2000 หน่วยงานด้านการแพทย์ของหลายประเทศ อาทิ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร สวีเดน ก็ได้เริ่มพัฒนาและส่งเสริมแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรม (รวมถึงแนวคิดในทำนองเดียวกัน) ผ่านการจัดทำหลักสูตร ตำราเรียน และการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการกับความแตกต่างหลากหลายทางชาติพันธุ์ของผู้คนในสังคมนั้นๆ (Brach & Fraser, 2000; Fuller, 2002; Betancourt, Green, Carrillo & Ananeh-FirempongI, 2003; Kleinman & Benson, 2006; Qureshi et al., 2008; Kirmayer, 2012; Willen & Carpenter-Song, 2013; Metzl & Hansen, 2014; Jernigan et al., 2016; Ashkinazy, 2017; Curtis et al., 2019; Wedel, 2020)

Arthur Kleinman นักมานุษยวิทยาการแพทย์ท่านหนึ่งได้เสนอว่า

> แพทย์ถือเป็นนักมานุษยวิทยาจำพวกหนึ่งเพราะต้องเอาใจใส่ต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งต้องพยายามเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งมันเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมที่แพทย์จะต้องมีความอ่อนไหว แวดไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม และพยายามที่จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นมีความสอดคล้องกับประเด็นทางวัฒนธรรมด้วยมุมมองทางมานุษยวิทยา

โดย Kleinman มองว่าวิธีการที่ดีในเบื้องต้นคือการฝึกฝนแพทย์ให้เข้าใจเครื่องมือทางชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) ที่ให้ความสำคัญกับโลกของชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ (local world) ชาติพันธุ์วรรณนาจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยให้แพทย์ต้องไตร่ตรอง ทบทวน และเท่าทันต่อตนเอง โดยเฉพาะเท่าทันต่อวัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่ (the culture of biomedicine) และคำว่า “First do no harm by stereotyping” ควรจะถูกนำมาติดไว้บนผนังของคลินิกทุกที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย หรือชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ (Kleinman & Benson, 2006) สอดคล้องกับที่ Donald Joralemon (2006) นักมานุษยวิทยาการแพทย์อีกท่านที่เสนอว่า

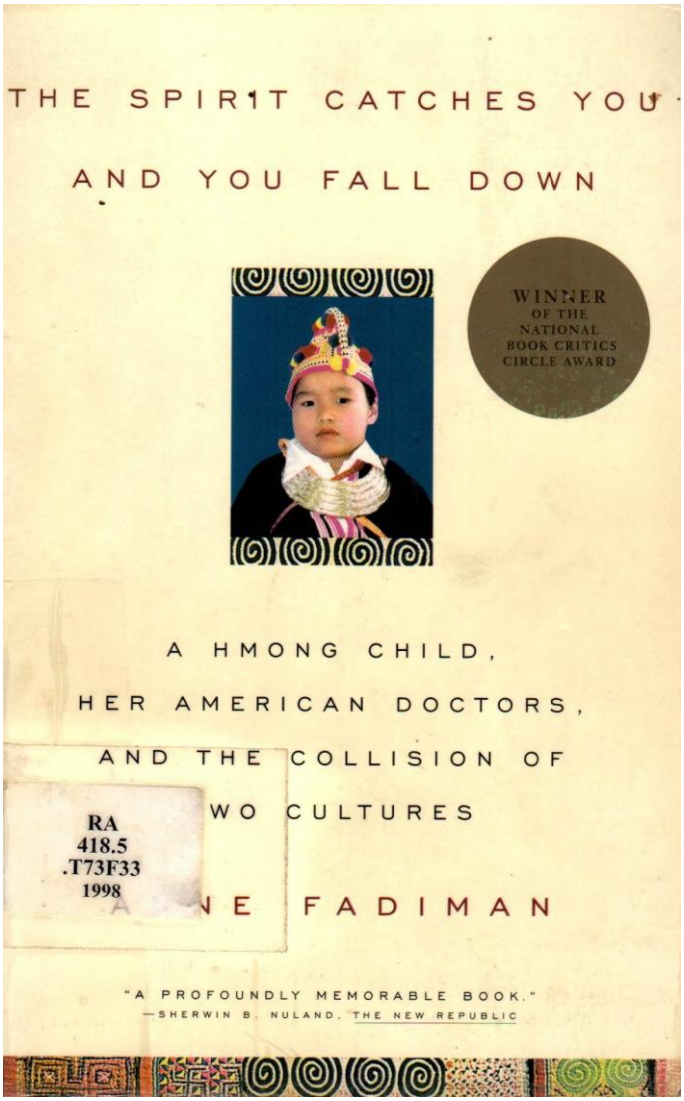
> ชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) คือเครื่องมือที่สำคัญในการทำความเข้าใจต่อความทุกข์ของมนุษย์อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ และยังเป็นสิ่งที่ขาดไปไม่ได้ (*sin qua nun*) สำหรับการทำความเข้าใจแบบองค์รวมต่อความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษา

อย่างไรก็ตาม ข้อถกเถียงสำคัญประการหนึ่งต่อแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการแพทย์คือ ในบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์ (รวมทั้งตัวหลักสูตรการฝึกอบรมสมรรถนะทางวัฒนธรรม) อาจจะมีการลดทอนวัฒนธรรมให้เป็นสิ่งที่ตายตัว เป็นเอกลักษณ์ที่แข็งทื่อ หรือเป็นลักษณะทั่วไปที่เข้าใจโดยง่าย (simplistic trait-based) รวมทั้งอาจจะยัดเยียดตีตราให้ผู้ป่วยมีอัตลักษณ์หนึ่งๆ อย่างชัดเจนเกินไป ซึ่งมันสัมพันธ์กับการที่บุคลากรทางการแพทย์มักมีความเชื่อมั่นว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้นสามารถฝึกฝนเป็นทักษะเชิงเทคนิคจนเกิดความเชี่ยวชาญได้โดยทั่วไป (process-oriented) ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญมาจากคำจำกัดความต่อ ‘วัฒนธรรม’ ที่ไม่ตรงกัน โดยนักมานุษยวิทยามองว่าเราไม่สามารถให้ภาพต่อวัฒนธรรมหนึ่งๆ ได้อย่างชัดเจนตายตัว เพราะวัฒนธรรมสำหรับนักมานุษยวิทยาเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว มีความยืดหยุ่น มี

พลวัตสูง คนหนึ่งคนใดไม่จำเป็นต้องสังกัดวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งเพียงเท่านั้น (Kleinman & Benson, 2006; Kirmayer, 2012; Willen & Carpenter-Song, 2013; Good & Hannah, 2015)

ทำนองเดียวกันกับข้อสังเกตที่ว่า แม้ว่าแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการแพทย์จะช่วยลดทอนการกลืนกลาย (assimilation) กลุ่มชนที่แตกต่างให้เป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน และต่อต้านการทำให้เป็นชายขอบ (marginalization) ต่อชนกลุ่มน้อย แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งแนวคิดดังกล่าวก็อาจจะเป็นการพยายามมุ่งหาสารัตถะทางวัฒนธรรม (essentializing) การทำให้วัฒนธรรมเป็นสินค้าหรือสิ่งของอย่างหนึ่ง และเกิดการฉกฉวยทางวัฒนธรรม (appropriating) ซึ่งอาจนำไปสู่การเหมารวมทางอัตลักษณ์และวัฒนธรรม การตีตราเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์กับโรคภัยไข้เจ็บ กระทั่งเกิดการลดทอนอำนาจในการต่อรองของผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน (Fuller, 2002; Taylor, 2003; Kleinman & Benson, 2006; Good & Hannah, 2015)

ตัวอย่างเช่น งานของ Ann Fadiman เรื่อง *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures* ในปี 1997 ที่แม้จะช่วยแสดงให้เห็นว่าการไม่ใส่ใจต่อมิติทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อการดูแลผู้ป่วยได้ โดยในกรณีของงานชิ้นนี้เป็นเรื่องราวของเด็กชาวม้งจากประเทศลาวที่ครอบครัวได้อพยพมาสหรัฐอเมริกาและเธอเป็นโรคลมชัก ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1982 เธอก็ได้เข้ารับการรักษาในแบบแผนของตะวันตกสมัยใหม่ แต่ทว่าเธอก็ยังคงมีอาการไม่ดีขึ้นและแย่ลงอย่างมากในท้ายที่สุด (สมองตาย) โดย Ann Fadiman ได้สัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหลายฝ่ายและพบว่ามีสาเหตุหนึ่งมาจากความไม่เข้าใจกันระหว่างครอบครัวของเด็กชาวม้งและแพทย์สมัยใหม่ โดยเฉพาะในเรื่องวัฒนธรรมของชาวม้งที่มีความแตกต่างไปจากวิธีการพิจารณาโรคและวิธีการดูแลรักษาแบบตะวันตกสมัยใหม่ ซึ่งจากกรณีดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หลายหน่วยงานได้บูรณาการประเด็นการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural education) รวมทั้งสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับฝึกหัดบุคลากรทางการแพทย์ และเกิดบริการการแปลภาษาสำหรับการรักษาทางการแพทย์เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามต่อมาในปีค.ศ. 2003 Janelle Taylor นักมานุษยวิทยาการแพทย์คนหนึ่งก็ได้ตั้งข้อสังเกตสำคัญต่องานชิ้นดังกล่าวเช่นว่า อาจทำให้เกิดการอธิบายวัฒนธรรมม้ง (Hmong culture) แบบเน้นสารัตถะที่สร้างการเหมารวมต่อชาวม้งหรือสร้างความแข็งทื่อให้กับวัฒนธรรมหนึ่งๆ หรือทำให้เกิดการเหมารวมต่อผู้ป่วยในวัฒนธรรมหนึ่งๆ ได้เช่นกัน เพราะความจริงแล้วชาวม้งหรือชาติพันธุ์ใดๆ ก็มีส่วนที่มีความเป็นปัจเจกชนอันลื่นไหลและอาจจะไม่ได้มีภูมิหลังที่เหมือนกันเสียหมด (Taylor, 2003; Kleinman & Benson, 2006; Gregg & Saha, 2006; Good & Hannah, 2015).



หนังสือ The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures ของ Ann Fadiman
มีให้บริการที่ห้องสมุดศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

ขณะเดียวกันก็ยังมีข้อสังเกตต่อแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการแพทย์อีกว่า ในบางครั้งผู้ป่วยและครอบครัวก็อาจตีความว่า ความสนใจของแพทย์ที่มีต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมนั้นเป็นการล่วงล้ำมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากำลังถูกแบ่งแยกและถูกตีตรา (stigmatized) ได้เหมือนกัน ทั้งนี้ ในบางครั้งมิติทางวัฒนธรรมก็อาจจะไม่ได้เป็นศูนย์กลางหรือต้นตอปัญหาของผู้ป่วยเสมอไป โดยการสนใจต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มากเกินไปนั้นอาจจะนำไปสู่การบดบังต้นตอของปัญหาที่แท้จริง หรืออาจทำให้ไขว้เขวออกจากประเด็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่บิดเบี้ยว ปัญหาการกีดกันเลือกปฏิบัติ ปัญหาความเหลื่อมล้ำภายในระบบบริการสุขภาพก็เป็นได้ (Gregg & Saha, 2006; Metzl & Hansen, 2014) ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่กุมารแพทย์ในรัฐ

แคลิฟอร์เนียได้ขอให้นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์ช่วยให้คำปรึกษาแก่ชาวเม็กซิกันที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ยอมพาลูกชายวัย 4 ขวบมารักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเดิมทีแพทย์ได้สันนิษฐานว่าปัญหานี้เกิดจากการที่พ่อของเด็กขาดความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของการดูแลรักษาโรคเป็นอย่างมาก จึงไม่ยอมพาเด็กมาดูแลรักษา แต่ทว่านักมานุษยวิทยาทางการแพทย์กลับพบว่า ชายคนนี้มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับเอชไอวีและการดูแลรักษาอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนขององค์กรไม่แสวงหากำไรในท้องถิ่นที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยชาวเม็กซิกัน-อเมริกันที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ นักมานุษยวิทยาพบว่าปัญหาที่แท้จริงเป็นเพราะชายคนนั้นเป็นคนขับรถบัสที่มีรายได้ต่ำมาก มักจะทำงานกะดึก และไม่มีเวลาพาลูกชายไปดูแลรักษาเป็นประจำตามที่แพทย์ร้องขอ ความล้มเหลวในการมารักษาของเขาไม่ใช่เพราะความแตกต่างทางวัฒนธรรมแต่เป็นเพราะสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมในขณะนั้น การพูดคุยกับเขาควรคำนึงและพิจารณาถึงโลกของชุมชนท้องถิ่น (local world) ที่เป็นจริงของเขา มากกว่าการมองไปที่ความแตกต่างทางความเชื่อเรื่องสุขภาพแบบชาวแม็กซิกัน (Mexican health beliefs) (Kleinman & Benson, 2006)

นอกจากนี้ Kleinman และ Benson (2006) ยังเสนอว่า ที่ผ่านมานั้นผู้ป่วยหรือครอบครัวได้กลายเป็นศูนย์กลางที่ถูกเพ่งพิจารณาในมิติทางวัฒนธรรมที่แตกต่าง แต่อันที่จริงแล้วสิ่งที่เราควรพิจารณาร่วมด้วยคือ วัฒนธรรมบางอย่างของกลุ่มผู้ชำนาญการทั้งหลาย (the culture of the professional) รวมทั้งควรพิจารณาภูมิหลังทางวัฒนธรรมของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และวัฒนธรรมการแพทย์สมัยใหม่ (biomedicine) ที่อาจจะมีแง่มุมของการเป็นตัวการสำคัญที่ผลิตซ้ำอคติทางเชื้อชาติในสถาบันต่างๆ ให้คงอยู่ และอาจค้ำจุนปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของชนกลุ่มน้อยต่างๆ (minority groups) ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องขจัดออกไป

.....

ผู้เขียน
สัมพันธ์ วารี
นักวิชาการ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

รายการอ้างอิง

Ashkinazy, B. (2017). Cultural Competence in Theory and Practice (master's thesis). Georgia: Georgia State University. Retrieved from https://scholarworks.gsu.edu/anthro_theses/129

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, *118*(4), 293–302.

Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical care research and review : MCRR, 57* Suppl 1(Suppl 1), 181–217.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. Washington, D.C: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International journal for equity in health, 18*(1), 174.

Fuller K. (2002). Eradicating essentialism from cultural competency education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 77*(3), 198–201.

Good, M. J., & Hannah, S. D. (2015). "Shattering culture": perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcultural psychiatry, 52*(2), 198–221.

Gregg, J.L., & Saha, S. (2006). Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine, 81*, 542-547.

Jernigan, V. B., Hearod, J. B., Tran, K., Norris, K. C., & Buchwald, D. (2016). An Examination of Cultural Competence Training in US Medical Education Guided by the Tool for Assessing Cultural Competence Training. *Journal of health disparities research and practice, 9*(3), 150–167.

Joralemon, D. (2006) Exploring medical anthropology (2nd ed.). Boston : Pearson.

Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural psychiatry, 49*(2), 149–164.

Kleinman A, Benson P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med 3*(10): e294. Retrieved from https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294

Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine (1982)*, *103*, 126–133.

Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, 23* Suppl 1, 49–58.

Taylor, J. S. (2003). The story catches you and you fall down: Tragedy, ethnography, and ''cultural competence''. *Medical Anthropology Quarterly, 17*(2), 159–181.

Wedel, J. (2020). Facing the Challenges of Cultural Competency in Swedish Mental Healthcare. *Swedish Journal of Anthropology, 3*(2). 55-68.

Willen, S. S., & Carpenter-Song, E. (2013). Cultural competence in action: "lifting the hood" on four case studies in medical education. *Culture, medicine and psychiatry, 37*(2), 241–252.