

BE4 Study

Improving the quality of access to information and appropriate treatment in mental health and social care to Black and Minority Ethnic people in Cardiff

Equity, Empowerment, Effectiveness & Efficiency

Report submitted to the Health Policy Services & Development Division of the Welsh Assembly Government and the Awetu All Wales Black and Minority Ethnic Mental Health Group

Extended Summary

Prepared by
The Research Unit, School of Care Sciences, University of Glamorgan

March 2005



Academic Supervision

Professor Joyce Kenkre	Principal Investigator:	01/04 – 03/04
Dr Ann Fothergill	Principal Investigator:	09/03 – 12/03
Professor Sue Procter	Principal Investigator:	01/02 - 08/03
Mrs Liz Williams	Team member:	01/02 – 03/04
Ms Suzanne Smith	Team member:	01/02 – 03/04

BE4 Staff

Dr Roiyah Saltus	Research Fellow:	07/03 – 03/04
Ms Kalbir Kaur-Mann	Research Assistant:	03/03 – 02/04
Mr Akli Ahmed	Research Assistant:	03/03 – 05/03
Ms Patricia Millard	BE4 Administrator:	01/02 – 03/04

BE4 Steering Group Members

Tim Bennett	Clinical Nurse Leader, Riverside and Sealock Community Mental Health Teams
Bronwen Bermingham	Project Manager of the Barefoot Health Workers Project, Cardiff Local Health Board
Pat Gregory	Researcher, Triangle Project
Alan Herbert	South Riverside Community Development Centre
Linda Newton	Cardiff & Vale Mental Health Community Development Project
Tony Hendrickson	Black Voluntary Sector Network Wales
Judy Noble	Families and Community Care, Cardiff County Council
Jane Williams	Voluntary Sector Liaison Manager (Cardiff & the Vale of Glamorgan), Cardiff Local Health Board

BE4 Reports

Report 1:	Scoping Literature Review of research on the mental health problems experienced by BME groups
Report 2:	Profile Notes on the Black and Minority Ethnic study groups and the targeted wards (Butetown, Grangetown & Riverside)
Report 3:	Establishing Effective Frameworks: BE4 Best Practice Visits
Report 4:	Needs Assessment - A thematic analysis of the interviews and focus group discussions (Technical report, with preliminary findings).
Report 4a:	Needs Assessment - A thematic analysis of the interviews and focus group discussions (Final report, with recommendations)

This project was commissioned by Awetu, who received funding from the Health Policy Services Policy & Development Division of the Welsh Assembly Government. All the reports can be downloaded from Awetu's website at: www.awetu.org.uk

ISBN: 1-84054-119-0

Any comments or queries about this report should be sent to:

Dr Roiyah Saltus
Research Unit, School of Care Sciences
University of Glamorgan, Pontypridd, CF37 1DL
E: rsaltusb@glam.ac.uk T: 01443 483194

Background

'Race', ethnicity and mental health have become increasingly significant considerations for practitioners, as well as policy makers. Recent drivers include the MacPherson Report on institutional racism and the Race Relations (Amendment) Act 2000 - both of which insist that by law public authorities must provide a quality of service to BME groups that does not exclude and discriminate. In Wales, as with all public services in the UK, attempts are being made to critically appraise the National Health Service and the care that is provided.

The Awetu All-Wales Black and Minority Ethnic Mental Health Group is a Cardiff-based organisation dedicated solely to working with the public and private sector, user and survivor groups, and voluntary agencies to promote and foster the mental health of BME individuals, families, and communities. In 2002, Awetu received funding from the Health Services Policy and Development Division of the Welsh Assembly Government to undertake research to strengthen the evidence base for improving access to mental health and social care information and treatment to BME people in Cardiff, in particular those living in Butetown, Grangetown and Riverside.

The current transformation of the statutory and non-statutory mental health service in Cardiff has created pressures on the management and staff as old priorities shift to incorporate revised and new statutory priorities, care standards, and legal obligations. Added to this is the constant pressure caused by the high turnover of health professionals, in particular, those working in the wards targeted for this study. This 'moment of change and transformation' may, however, provide welcome opportunities for re-ordering service priorities in the direction of greater responsiveness to the needs of a diverse population. For what is very clear is that, underpinning the Wales Mental Health National Service framework and all policy documentation following this document, is the importance of providing services that are appropriate for all. Although pockets of good practice have been uncovered, from the findings of this study, it is equally clear that there are many barriers and issues that need to be tackled in regard to improving access to information and appropriate treatment for those from BME backgrounds living in Cardiff.

BE4 study - What's in a name?

In this study, 'BE' was used as a shortened version of Black and Minority Ethnic people (BME). BME is the term used to refer to all groups of the population not indigenous to the UK who hold cultural traditions and values derived, at least in part, from countries of their or their ancestors' origin. The BME groups targeted in this study were: African, Black Caribbean, South Asian (Bangladeshi, Indian & Pakistani) and South East Asian (Chinese & Vietnamese). The South Asian subgroups were sub-divided further into the following ethno-religious categories: Pakistani Muslims, Bangladeshi Muslims, Punjabi Sikhs, and Gujarati Hindus. Subgroups that reflect Cardiff's demography that were added include Somali, Yemeni, Egyptian, and Sudanese. It is important to note that we chose to use terms that enabled us to more clearly identify and map issues facing the target groups, mindful of the fact that terminology used to describe different ethnic minority groups - not least those that have been racialised and oppressed - is fraught with difficulties. Reducing inequalities in health and social care is one of the Welsh Assembly Government's priorities, with mental health being one of three top priorities (*Well Being in Wales, 2002*). The '4' in the name of this study refers to the four principles underpinning *Improving Mental Health Services in Wales: A Strategy for Adults of Working Age: Equity, Empowerment, Effectiveness, and Efficiency (2001)*. The strategy, together with the *Mental Health National Service Framework for Adults in Wales (2002)*, is the guide by which mental health and related social care is to be assessed and monitored. Lastly, BE4 can also be understood phonetically as *before*. Taken as a fundamental aspect of the

work to mainstream equalities by conducting high quality, community-based action research, the name serves as a constant reminder of the need to consult Black and Minority Ethnic groups *before*, rather than *after* the launching of regional and national frameworks and strategies and the implementation of policy.

Aims of study

The aims of the study were as follows:

1. To map and explore the quality of information and service provision provided by mental health and social care professionals to people of African, Caribbean, South Asian, and South East Asian descent;
2. To carry out a needs assessment in order to provide a baseline of evidence of the mental health and social care information and treatment needs of the target groups and;
3. To identify gaps in access to service provision and care, making recommendations on how to develop a multi-agency, multi-sector, multi-professional practice framework.

Key summary points & recommendations

1. Terminology across cultures: The issue of transferability of meaning across the multi-ethnic spectrum, as well as the link between language, communication and the accessibility of available services remains problematic, with no easy solutions. For instance, notions of wellbeing and good general health are good starting points to a discussion of mental health and ill health for many BME groups. However, like notions of mental health, concepts such as wellbeing or good health are not easily translated across cultures and languages. What is clear is that 'bridging' work needs to be done between western and non-western notions, concepts, and explanatory models of mental health.
2. Transcultural mental health assessment models: There was a clear indication of the need to be aware of the weaknesses of the dominant western psychiatric assessment models and, when appropriate, to be able to broaden existing assessment models or draw on transcultural assessment models. Such models will include cultural and demographic factors, allow for an exploration of health beliefs and practices, as well as the possible role of family organisation and community networks (traditional and non-traditional). Also important is a model that will allow for consideration of the effects of various stressors including racism and discrimination.
3. Development of practice frameworks: There is a need to recognise, collect, and promote good practice already in operation in Cardiff to underpin the development of practice frameworks that not only address but also provide action plans for improving existing services and developing new services.
4. Establish cultural competencies as part of a health care worker's continuing professional development: All healthcare and reception staff should receive cultural competency training that emphasises the importance of critically

reflecting on one's own health beliefs and on the changing context of professional and clinical practice. Key components should include (a) introducing key concepts and theories of transcultural health care; (b) revisiting essential aspects of care (i.e., assessment, language and communication, personal hygiene, as well as dying, death and bereavement); and (c) exploring transcultural health care in their professional practice setting. Other key components include an awareness of societal inequalities and the possible impact of racism to one's mental health.

5. **BME Mental Health Strategy for Cardiff:** The evidence collected on the quality of access to information and mental health care among the targeted groups was, as it was planned to be, introductory. The findings from this pilot study, however, point to the need to be concerned about the appropriateness of health care provision, the level of equitable access to care, how better to commission services, and the capacity and competency building that is necessary for service providers to deliver appropriate and responsive care to all in Cardiff. Moreover, unlike in England, in Wales there has yet to be a national strategy or policy specifically intended to improve the mental health of minority ethnic groups, or the care and treatment they receive from mental health services. To date, health advocates, mental health practitioners, as well as managers and commissioners, have no specific national policy documentation or long-term directives to use to underpin their funding allocation for new services. As such, they do not have to hand the 'sharp teeth of a specific national policy' that most often underpins government priorities and funding commitments. A Black and Minority Ethnic Mental Health Strategy should be developed by the statutory mental health services and the voluntary mental health and social welfare sector (including BME groups and organisations). This could be part of a larger Black and Minority Ethnic Health Strategy. Underpinning this strategy must be set targets, performance indicators, ongoing evaluation and dissemination, as well as the statutory and legal requirements of public services.
6. **Leadership:** Health and social care managers noted that there was a need for strong, committed and senior leadership to ensure that changes were made that impacted on a consistent and far-reaching level.
7. **Population Profiling:** An evaluation of health care for BME communities in Wales cannot be adequately undertaken in the absence of a critical examination of the interface of 'race', ethnicity, culture and gender with the management of mental health care in Wales. In order to plan services effectively, demographic and health profiling information on the BME communities in Wales should be collated and made available. Ongoing national, regional, as well as ward and neighbourhood level profiling work is necessary. Presently there is a dearth of statistical health data on BME groups. Reliable data on ethnic groups and ethnic monitoring are essential tools for ascertaining the mental health care needs of a population, as well as for monitoring current services and commissioning new services.
8. **Talking therapies:** The experiences of service users and members of the targeted groups indicated that 'talking therapies' such as psychotherapy and counselling

are welcomed – either alongside or as an alternative to pharmacological interventions. Developing existing services, taking on board the advice and guidance of transcultural psychologists and psychiatrists, as well as present and past service users should be considered.

9. Comprehensive package of care delivered by specialist BME mental health organisations: From the comments of both service users and members of BME groups (as well as the best practice visits to specialist BME organisations in London and Birmingham – see BE4 Report 3) there remains a clear need for specialist BME mental health services as well as for ‘mainstream’ organisations to take on board the needs of BME clients from a transcultural/cross-cultural perspective. The core services offered by the four BME specialist mental health organisations that were visited (befriending; outreach and community support; counselling; user groups; advocacy; resource and information service; and social care and welfare work) are underpinned by the attention to: (a) the ethnic and cultural background of the targeted group/s, and (b) the awareness of how social determinants and institutional barriers impact on access and the delivery of services. Presently in Cardiff there is a befriending service which was considered by the majority of participants to be an important service. However, the data revealed a need to provide support and interventions at a number of different points in the patient’s care journey. There is a clear need for the full complement of services to be developed in Cardiff and the building up of the existing BME specialist mental health services.
10. Language and communication: All messages targeted at BME groups and communities need to be written in a form which is culturally relevant to the target community or community groups. The message needs to be ‘translated’ into a concept which is relevant and understandable to the community. Written materials should be bilingual to assist both health workers and community members. Interpretation services should be well publicised, fully operational, and adept in keeping up with the demands of service providers and the needs of service users. This is a matter of urgency considering the fact that there presently exists a significant lack of information about the services that are available and no information (statistical or otherwise) of the utilisation of present interpretation services.
11. Family and community involvement: There is a need to address and coordinate the mental health needs of the individual within the context of the entire family. Health and social care professionals should consider the preference for therapeutic linkages with local ethnic community groups and organisations, as well as exploring the role religious and community leaders can play in providing specific groups with access to mental health information.
12. Tackling the information gaps in the mental health and social care sector: Health and social care professionals were in general agreement that cultural knowledge about the diverse groups they were in contact with and the range of health beliefs and expectations they may have, would be useful to have to hand to ‘dip in and out of’ as necessary. Although such knowledge will need to be used critically, easily accessible information about the backgrounds, health beliefs and cultural practices of BME groups is needed. Such information could be housed on one of the numerous NHS or WAG sponsored health websites.

-
13. Tackling dominant perceptions of accessibility and treatment: From the dataset, it is clear that there is limited knowledge of mental health services available in Cardiff. At the same time, there is a widespread perception (by non-recipients of mental health services) that existing services will not be accessible, appropriate or responsive to the needs of people from BME backgrounds. There is a need for culturally competent mental health promotion educational programs that explain the problems or conditions that are treatable and introduce treatment methods, concepts of recovery, advice on prevention, and self-help approaches. The communication styles and structure of such programmes will have to be understandable to, and specifically targeted, at BME people. Specific strategies will be needed for service users, members of the public from BME backgrounds and those working in mental health services.
 14. The mental health and related social care needs of BME groups in Cardiff: There remain major gaps in research, and thus our knowledge, of the mental health needs of BME people in Cardiff (indeed in Wales). Additional research - drawing on a larger sampling frame – is needed to further explore and map the needs of Wales’ increasing BME populations.

Nodau'r astudiaeth

Nodau'r astudiaeth oedd:

1. Mapio ac archwilio ansawdd yr wybodaeth a darpariaeth y gwasanaeth y mae gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd meddwl a gofal cymdeithasol yn ei ddarparu i bobl o dras Affricanaidd, Caribiaidd, o Dde Asia ac o Dde-ddwyrain Asia;
2. Cynnal asesiad anghenion er mwyn darparu tystiolaeth ddechreuol ynghylch anghenion gwybodaeth a thriniaeth iechyd meddwl a gofal cymdeithasol y grwpiau targed; a
3. Rhestru bylchau mewn cael gofod ar ddarpariaeth gwasanaeth a gofal, gwneud argymhellion ynglŷn â sut i ddatblygu fframwaith arferion amlasiantaeth, amlsector ac amlbroffesiynol.

Y prif bwyntiau a'r argymhellion yn gwyno

1. *Terminoleg ledled diwylliannau:* Mae pa mor drosglwyddadwy yw ystyr ledled y gwahanol amlethnigion, yn ogystal â'r cyswllt rhwng iaith, cyfathrebu a hygyrchedd y gwasanaethau sydd ar gael yn dal i achosi problemau, heb unrhyw atebion hawdd. Er enghraifft, mae amcanion fel daioni ac iechyd cyffredinol dda yn fannau cychwyn da er mwyn trafod iechyd meddwl ac afiechyd ymysg llawer o grwpiau BDdE. Fodd bynnag, yn yr un modd ag amcanion iechyd meddwl, nid hawdd yw dehongli cysyniadau fel daioni ac iechyd da ledled diwylliannau ac ieithoedd. Yr hyn sy'n amlwg yw bod angen gwneud gwaith 'pontio' rhwng amcanion, cysyniadau a modelau eglurhaol o iechyd meddwl – yn y gorllewin a thu allan i'r gorllewin.
2. *Modelau asesu iechyd meddwl trawsddiwylliannol:* Gwelwyd yn amlwg bod angen bod yn ymwybodol o fodolau asesiadau seiciatrig trechol y gorllewin a, phan oedd hynny'n briodol, roedd gofyn ehangu'r modelau asesiadau sy'n bodoli eisoes neu ddibynnu ar fodolau asesiadau trawsddiwylliannol. Bydd modelau o'r fath yn cynnwys ffactorau diwylliannol a demograffig, ac yn rhoi lle i archwilio'r credoau a'r arferion ynghylch iechyd, yn ogystal â swyddogaeth bosibl trefniadaeth y teulu a'r rhwydweithiau cymunedol (traddodiadol ac anhraddodiadol). Peth arall sy'n bwysig yw cael model sy'n caniatáu ar gyfer rhoi ystyriaeth i effeithiau amryw ddirboenwyr; yn cynnwys hiliaeth ac anffafiaeth.
3. *Datblygu fframweithiau arferion:* Mae angen cydnabod, casglu a hybu arferion da sydd eisoes ar waith yng Nghaerdydd er mwyn iddynt fod yn gynhaliach i ddatblygu fframweithiau arferion da sy'n mynd i'r afael â ac yn gwella'r gwasanaethau sy'n bodoli eisoes a datblygu gwasanaethau newydd.
4. *Sefydlu galluoedd diwylliannol fel rhan o ddatblygiad proffesiynol parhaol gweithiwr gofal iechyd:* Dylai'r holl weithwyr gofal iechyd a derbynfa gael hyfforddiant mewn galluedd diwylliannol sy'n pwysleisio ar ba mor bwysig yw meddwl, yn feiriadol, ynghylch eich credoau'ch hun ynghylch iechyd ac ar gyd-destun newidiol yr arferion proffesiynol a chlinigol. Dylai'r cydrannau allweddol gynnwys (a) cyflwyno cysyniadau a theorïau allweddol ynghylch

gofal iechyd trawsddiwylliannol; (b) ailystyried agweddau hanfodol ar ofal (h.y. asesu, iaith a chyfathrebu, hylendid personol, yn ogystal â marw, marwolaeth a phrofedigaeth); a (c) edrych yn fanwl ar ofal iechyd trawsddiwylliannol yn lleoliad eu practis proffesiynol. Ymysg y cydrannau allweddol eraill mae ymwybyddiaeth o anghydraddoldebau cymdeithasol a'r effaith bosibl a gaiff hiliaeth ar eich iechyd meddwl chi.

5. *Strategaeth Iechyd Meddwl BDdE ar gyfer Caerdydd*: Roedd y dystiolaeth a gasglwyd ar ansawdd y mynediad at wybodaeth a gofal iechyd meddwl ymysg y grwpiau targed, fel y bwriadwyd iddi fod, yn rhagarweiniol. Roedd casgliadau'r astudiaeth ragbrofol hon, fodd bynnag, yn dweud yn amlwg bod angen pryderu am ba mor briodol oedd y ddarpariaeth gofal iechyd, faint o fynediad teg sydd at ofal, sut y dylid comisiynu gwasanaethau'n well, a meithrin y galluedd a'r medr sydd ei angen er mwyn i ddarparwyr gwasanaethau ddarparu gofal priodol ac ymatebol i bawb yng Nghaerdydd. Ar ben hynny, yn annhebyg i Loegr, nid oes gan Gymru strategaeth na pholisi cenedlaethol sydd â'r bwriad penodol o wella iechyd meddwl y grwpiau ethnig lleiafrifol, neu'r gofal a'r driniaeth a gânt gan wasanaethau iechyd meddwl. Hyd yn hyn, nid oes gan adfocadau iechyd, ymarferwyr iechyd meddwl, na rheolwyr na chomisiynwr chwaith, unrhyw ddogfennaeth polisi genedlaethol benodol na chyfarwydddebau tymor hir i'w defnyddio i fod yn gynhafiaeth i'w dyraniad cyllid ar gyfer gwasanaethau newydd. Fel y cyfryw, nid oes ganddynt, wrth law, "Y gafael cadarn sy'n perthyn i bolisi cenedlaethol penodol" sydd gan amlaf yn gynhafiaeth i flaenoriaethau ac ymrwymadau ariannol y llywodraeth. Dylai Strategaeth dros Iechyd Meddwl y Bobl Dduon a'r Ethnigion Lleiafrifol gael ei datblygu gan y gwasanaethau iechyd meddwl statudol a'r sector iechyd meddwl a lles cymdeithasol gwirfoddol (yn cynnwys grwpiau a sefydliadau BDdE). Gallai hyn fod yn rhan o Strategaeth fwy dros Iechyd y Bobl Dduon a'r Ethnigion Lleiafrifol. Yn gynhafiaeth i'r strategaeth hon mae targedau'n gorfod cael eu pennu, ynghyd â dangosyddion perfformiad, gwerthuso a lledaenu yn barhaol, yn ogystal â gofynion statudol a chyfreithiol y gwasanaethau cyhoeddus.
6. *Arweinyddiaeth*: Dywedodd rheolwyr iechyd a gofal cymdeithasol bod angen arweinyddiaeth gadarn, ymroddedig ac uwch er mwyn sicrhau bod newidiadau'n cael eu gwneud sy'n cael effaith ar lefel sy'n gyson ac eang ei chwmpas hefyd.
7. *Proffilio Poblogaeth*: Nid yw gwerthusiad o'r gofal iechyd ar gyfer cymunedau BDdE yng Nghymru yn gallu cael ei gynnal yn ddigonol heb archwiliad beirniadol o ryngwyneb 'hil', ethnigrwydd, diwylliant a rhyw gyda maes rheoli iechyd gofal meddwl yng Nghymru. Er mwyn cynllunio gwasanaethau yn effeithiol, dylid casglu a darparu gwybodaeth ddemograffig a phroffiliau iechyd am y cymunedau BDdE yng Nghymru. Mae angen cynnal gwaith proffilio yn barhaol, yn genedlaethol, rhanbarthol yn ogystal â fesul wardiau a chymdogaethau. Ar hyn o bryd mae prinder data ystadegol ynghylch iechyd grwpiau BDdE. Mae data dibynadwy ynghylch grwpiau ethnig a monitro ethnigion yn offer hanfodol ar gyfer gweld yn union beth yw'r anghenion iechyd meddwl sydd gan boblogaeth, yn ogystal ag er mwyn monitro'r gwasanaethau cyfredol a chomisiynu gwasanaethau newydd.

-
8. *Therapiau siarad*: Yn ôl profiadau defnyddwyr y gwasanaethau ac aelodau'r grwpiau targed mae "therapiau siarad" fel seicotherapi a chynghori yn cael eu croesawu - naill ai ochr yn ochr â neu fel dewis posibl arall yn lle ymyriadau ffarmacolegol. Dylid ystyried datblygu'r gwasanaethau sy'n bodoli eisoes, meddwl am a derbyn cyngor a chyfarwyddyd seicolegwyr a seiciatryddion trawsddiwylliannol, yn ogystal â'r bobl sy'n defnyddio'r gwasanaethau nawr ac yn y gorffennol.
 9. *Pecyn cynhwysfawr o ofal wedi'i ddarparu gan sefydliadau arbenigol iechyd meddwl BDdE*: Yn sgîl y sylwadau a gafwyd gan ddefnyddwyr gwasanaethau ac aelodau'r grwpiau BDdE (yn ogystal ag ymweliadau arfer gorau â sefydliadau arbenigol BDdE yn Llundain a Birmingham - gweler Adroddiad 3 BE4) mae'n amlwg bod angen gwasanaethau arbenigol iechyd meddwl BddE yn ogystal â sefydliadau 'prif ffrwd' er mwyn ystyried anghenion cleientiaid BDdE o safbwynt trawsddiwylliannol/croesddiwylliannol. Caiff y gwasanaethau creiddiol a gynigir gan y pedwar sefydliad sy'n arbenigo mewn iechyd meddwl BDdE yr ymwelwyd â hwy (cynllun cyfeillion; ymestyn allan a chefnogaeth gymunedol; cynghori; grwpiau defnyddwyr; adfocatiaeth; gwasanaeth adnoddau a gwybodaeth; a gofal cymdeithasol a gwaith lles) eu hategu gan roi sylw i: (a) cefndir ethnig a diwylliannol y grŵp/iau targed, a (b) ymwybyddiaeth o sut mae penderfynyddion cymdeithasol a rhwystrau sefydliadol yn cael effaith ar fynediad at a darparu'r gwasanaethau. Ar hyn o bryd yng Nghaerdydd mae cynllun cyfeillion sy'n wasanaeth pwysig ym marn y rhan fwyaf o'r bobl a fu'n cymryd rhan ynddo. Fodd bynnag, yn ôl y data a gafwyd, mae angen darparu cefnogaeth ac ymyriadau mewn nifer o fannau yn ystod taith ofal y claf. Mae angen pendant yn bodoli am gael y nifer llawn o wasanaethau ac iddynt gael eu datblygu yng Nghaerdydd ynghyd ag ychwanegu at wasanaethau arbenigol iechyd meddwl BDdE sy'n bodoli eisoes.
 10. *Iaith a chyfathrebu*: Dylai'r holl negeseuon a dargedir at grwpiau a chymunedau BDdE gael eu hysgrifennu ar ffurf sy'n ddiwylliannol berthnasol i'r gymuned darged neu'r grwpiau cymunedol. Rhaid 'troi'r neges yn gysyniad sy'n berthnasol a dealladwy i'r gymuned.' Dylai'r deunyddiau ysgrifenedig fod yn ddwyieithog er mwyn cynorthwyo'r gweithwyr iechyd yn ogystal ag aelodau'r gymuned. Dylid rhoi'r cyhoeddusrwydd priodol i'r gwasanaethau cyfieithu/dehongli, dylent weithredu'n llawn, a bod yn fedrus o ran cadw'n wastad â galwadau'r darparwyr gwasanaethau ac anghenion defnyddwyr y gwasanaethau. Mae'n fater brys o ystyried bod prinder gwybodaeth, a hwnnw'n brinder sylweddol, am y gwasanaethau sydd ar gael ac nid oes unrhyw wybodaeth (ystadegol neu fel arall) am ddefnyddio'r gwasanaethau dehongli/cyfieithu sydd ar gael ar hyn o bryd.
 11. *Teuluoedd a chymunedau'n cymryd rhan*: Mae angen cydlynu a mynd i'r afael ag anghenion iechyd meddwl yr unigolyn o fewn cyd-destun y teulu cyfan. Dylai gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol ystyried a yw'n well cael cysylltiadau therapiwtig â grwpiau a sefydliadau cymunedol ethnig lleol, yn ogystal ag archwilio y rhan y gall arweinwyr crefyddol a

chymunedol ei chwarae mewn sicrhau y bydd gwybodaeth am iechyd meddwl ar gael i grwpiau penodol.

12. *Mynd i'r afael â'r bylchau mewn gwybodaeth yn y sector iechyd meddwl a gofal cymdeithasol:* Roedd gweithwyr proffesiynol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yn cytuno'n gyffredinol y byddai gwybodaeth ddiwylliannol am y grwpiau amrywiol yr oeddent mewn cysylltiad â hwy ynghyd ag ystod y credoau a'r disgwyliadau iechyd a fyddai ganddynt o bosibl, yn fuddiol i'w cael wrth law er mwyn 'cipedrych' arnynt yn ôl yr angen. Er y bydd rhaid defnyddio gwybodaeth o'r fath mewn modd beirniadol, serch hynny mae angen gwybodaeth, sydd ar gael yn rhwydd, am gefndiroedd, credoau iechyd ac arferion diwylliannol y grwpiau BDdE. Gellid cadw gwybodaeth o'r fath ar yr amryw wefannau iechyd a noddir gan y GIG a LICC.
13. *Mynd i'r afael â'r canfyddiadau trechol ynghylch hygyrchedd a thriniaeth:* Ar sail y set data, mae'n amlwg mai dim ond hyn a hyn o wybodaeth sy'n bodoli am y gwasanaethau iechyd meddwl sydd ar gael yng Nghaerdydd. Ar yr un pryd, mae canfyddiad pell ei gwmpas yn bodoli (ymysg pobl nad ydynt yn derbyn gwasanaethau iechyd meddwl) na fydd y gwasanaeth sy'n bodoli eisoes o fewn cyrraedd, yn briodol nac yn ymatebol i anghenion y bobol o gefndiroedd BDdE. Mae angen cael rhaglenni addysgol sy'n hybu iechyd meddwl - rhaglenni sy'n ddiwylliannol gymwys - sy'n egluro'r problemau neu'r anhwylderau y gellir eu trin ac yn cyflwyno dulliau rhoi triniaeth, cysyniadau adfer, cyngor ynghylch atal, a dulliau hunangymorth. Bydd arddulliau a strwythur cyfathrebu rhaglenni o'r fath yn gorfod bod yn ddealladwy i, ynghyd â'u targedu'n benodol at, bobl BDdE. Bydd yn rhaid cael strategaethau penodol ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau, aelodau'r cyhoedd o gefndiroedd BDdE a'r bobl hynny sy'n gweithio yng ngwasanaethau maes iechyd meddwl.
14. *Anghenion iechyd meddwl a gofal cymdeithasol cysylltiedig grwpiau BDdE yng Nghaerdydd:* Mae bylchau mawr yn bodoli o hyd yn yr ymchwil; ac, o ganlyniad, yn yr wybodaeth sydd gennym am anghenion iechyd meddwl pobl BDdE yng Nghaerdydd (ac yng Nghymru yn wir). Mae angen gwneud gwaith ymchwil ychwanegol - gan ddefnyddio nifer samplu fwy - er mwyn mapio ac archwilio rhagor ar anghenion y poblogaethau BDdE sy'n cynyddu yng Nghymru.

أهداف الدراسة تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1 تنظيم واستكشاف نوعية المعلومات والإمداد بالخدمات التي يقدمها العاملون في مجال الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية للأشخاص الذين ينحدرون من أصول أفريقية أو كاريبية، أو من جنوب آسيا أو جنوب شرق آسيا؛
- 2 إجراء عملية تقييم للاحتياجات بهدف توفير قاعدة من البيانات الخاصة بالصحة النفسية ومعلومات الرعاية الاجتماعية، والاحتياجات العلاجية للجماعات المستهدفة؛
و
- 3 التعرف على العقبات التي تعترض سبيل الحصول على الخدمات والرعاية، ووضع توصيات حول كيفية تطوير إطار للعمل يضم وكالات متعددة وقطاعات متعددة وتخصصات متعددة أيضا.

نقاط موجزة وتوصيات أساسية

- 1 المصطلحات الفنية عبر الثقافات المختلفة: قضية تحويل المعاني بين أطراف الأعراق المتعددة، والربط بين اللغات المختلفة، والاتصال وسبل التوصل إلى الخدمات المتاحة، ما زالت تمثل مشكلة تستعصي على الحل. وعلى سبيل المثال، تشكل مفاهيم الرفاهية وارتفاع مستويات الصحة العامة نقطة بداية جيدة لمناقشة الصحة النفسية وسوء الأوضاع الصحية بالنسبة للعديد من جماعات الـ BME. ولكن، كما هو الحال بالنسبة لمفاهيم الصحة النفسية، يصعب ترجمة مفاهيم أخرى مثل الرفاهية والصحة الجيدة، بين الثقافات واللغات المختلفة. والشيء الواضح هو ضرورة القيام بعمل "لكسر الفجوة" بين الأفكار والمفاهيم والنماذج التوضيحية الغربية وغير الغربية فيما يتعلق بالصحة النفسية.
- 2 نماذج تقييم الصحة النفسية عبر الثقافات: كانت هناك إشارة واضحة على ضرورة إدراك ضعف نماذج التقييم الغربية السائدة في مجال الطب النفسي، والقدرة - كلما كان ذلك ملائما - على توسيع نماذج التقييم القائمة، أو الاعتماد على نماذج التقييم عبر الثقافات. وتشمل مثل هذه النماذج عوامل ثقافية وديموغرافية، وتتيح الفرصة لاستكشاف المعتقدات والممارسات الصحية، وأيضا الدور المحتمل لتنظيم الأسرة والشبكات المجتمعية (تقليدية وغير تقليدية). ومن المهم أيضا النموذج الذي يأخذ في الاعتبار عوامل الضغط المختلفة، بما في ذلك العنصرية والتمييز.
- 3 تطوير أطر العمل: هناك حاجة إلى تمييز وجمع وتشجيع الممارسات الجيدة المتبعة بالفعل في "كارديف" لتعزيز تطوير أطر الممارسة التي لا تخاطب فقط، بل توفر أيضا خطط عمل لتحسين الخدمات القائمة وتطوير خدمات جديدة.
- 4 تأسيس كفاءات ثقافية كجزء من التطوير المهني المتواصل للعاملين في مجال الرعاية الصحية: يجب أن يتلقى جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية والاستقبال تدريباً على الكفاءة الثقافية يركز على أهمية التفكير ملياً في المعتقدات الصحية للشخص والسياق المتغير للممارسة المهنية والكلينيكية. ويجب أن تشمل المكونات الأساسية (أ) إدخال مفاهيم أساسية ونظريات خاصة بالرعاية الصحية عبر الثقافات؛ (ب) مراجعة الجوانب الأساسية للرعاية (هذا يعني التقييم، واللغة، والاتصال، والصحة الشخصية، وأيضا الاحتضار والموت والنتيم)؛

و(ج) استكشاف الرعاية الصحية عبر الثقافات في مواطن ممارستها المهنية. وتشمل المكونات الأساسية الأخرى الوعي بالتفاوت الاجتماعي والتأثير المحتمل للتمييز العنصري على الصحة النفسية للشخص.

5 استراتيجية BME للصحة النفسية في "كارديف": كانت الأدلة التي تم جمعها بشأن وسيلة الحصول على المعلومات وعلى الرعاية الصحية النفسية بين الجماعات المستهدفة، كما كان مخططا لها، أدلة تمهيدية. إلا أن نتائج هذه الدراسة التجريبية تؤكد الحاجة إلى الاهتمام بملاءمة إمدادات الرعاية الصحية، ومستوى الإنصاف في الحصول على الرعاية، ومدى التحسن في توصيل الخدمات، وسعة وكفاءة المبنى الذي يرى متعهدو تقديم الخدمة أنه ضروري حتى يتمكنوا من تقديم الخدمة الملائمة سريعة الاستجابة لجميع سكان "كارديف". وإضافة إلى ذلك، وعلى عكس ما هو الحال في إنجلترا، مازال من الضروري في ويلز وجود استراتيجية أو سياسة قومية تهدف تحديدا إلى تحسين الصحة النفسية بين أفراد الأقليات العرقية، أو ما يتلقونه من رعاية أو علاج من خدمات الصحة النفسية. وحتى الآن، فإن المدافعين عن الصحة، وممارسي الصحة النفسية، وأيضا المدراء والمفوضين، ليس لديهم توثيق لسياسة قومية محددة أو توجيهات بعيدة المدى، لاستخدامها في تعزيز مخصصاتها المالية لخدمات جديدة. وما دام الأمر كذلك، فإنها ليست مضطرة لتسليم "أنياب السياسة القومية المحددة" التي غالبا ما تدعم أولويات الحكومة والتزامات التمويل. ويجب تطوير استراتيجية الصحة النفسية الخاصة بالسود والأقليات العرقية، عن طريق الخدمات القانونية للصحة النفسية، وأيضا عن طريق القطاع التطوعي للصحة النفسية والرفاهية الاجتماعية (بما في ذلك جماعات وتنظيمات BME). ومن الممكن أن يكون ذلك جزءا من استراتيجية صحية أكبر للسود والأقليات العرقية. ولدعم هذه الاستراتيجية يجب أن تكون هناك أهداف ومؤشرات للأداء، وتقييم وانتشار متطور، واشتراطات قانونية وتشريعية للخدمات العامة.

6 القيادة: لاحظ مدراء الرعاية الصحية والاجتماعية أن هناك حاجة إلى قيادة قوية وملتزمة ومتفوقة، لضمان إجراء التغييرات التي تحدث أثرا دائما وبعيد المدى.

7 التركيبة السكانية: ليس من الممكن إجراء عملية تقييم دقيقة للرعاية الصحية التي تقدم لجماعات BME في ويلز، دون دراسة دقيقة لتأثير "الجنس" والعرق والثقافة والنوع على إدارة الصحة النفسية في ويلز. ولكي يتسنى وضع البرامج للخدمات بطريقة فعالة، يجب مقارنة ونشر المعلومات الخاصة بالصحة والتركيبة الديموغرافية لـ BME في ويلز، والعمل القومي والإقليمي المتطور، وكذلك العمل على مستوى الدائرة أو المنطقة بعد أمرا ضروريا. وتوجد في الوقت الحالي ندرة في البيانات الصحية الإحصائية فيما يتعلق بجماعات BME. وتعد البيانات التي يمكن الاعتماد عليها بشأن الجماعات العرقية والمراقبة العرقية من الأدوات الأساسية لتأكيد احتياجات الرعاية الصحية النفسية للسكان، وأيضا لمراقبة الخدمات الجارية وتشغيل خدمات جديدة.

8 العلاج بالكلام: أشارت تجارب مستخدمي الخدمات وأعضاء الجماعات المستهدفة إلى أن "العلاج بالكلام" مثل العلاج النفسي والاستشارة يلقي ترحيبا - إما جنبا إلى جنب مع التدخل بالعقاقير، أو كبديل لها. ويجب أن يؤخذ في الاعتبار تطوير الخدمات القائمة، وتنفيذ نصائح وإرشادات أخصائيي علم النفس والأطباء النفسيين عبر الثقافات، بالإضافة إلى مستخدمي الخدمة في الحاضر والماضي.

9 برنامج الرعاية النفسية الشاملة التي يقدمها أخصائيو الصحة النفسية في مؤسسات BME: من تعليقات كل من مستخدمي الخدمة وأعضاء جماعات BME (إلى جانب زيارات أفضل العيادات في مؤسسات BME المتخصصة في لندن وبيرمنجهام - انظر 3 BE4 Report) يتضح أنه مازالت هناك حاجة ملحة لأخصائيين في خدمات BME للصحة النفسية، إلى جانب اهتمام المؤسسات الرئيسية باحتياجات عملاء BME من منظور تعدد الثقافات وتعارضها. الخدمات الرئيسية التي تقدمها مؤسسات BME الأربع المتخصصة في الصحة النفسية التي تمت زيارتها (تكوين الصداقات؛ تقديم الخدمات والدعم للمجتمع؛ الاستشارات؛ مجموعات المستخدمين؛ المساندة؛ خدمة المصادر والمعلومات؛ أعمال الرعاية الاجتماعية والرفاهية) تم التركيز عليها بالانتباه إلى: (أ) الخلفية العرقية والثقافية للجماعة/ الجماعات المستهدفة، و(ب) الوعي بكيفية تأثير المحددات الاجتماعية والحوالز بين المؤسسات على الحصول على الخدمات وتقديمها. يوجد في الوقت الحالي في كارديف خدمة لتكوين الصداقات يعتبرها أغلبية المشاركين خدمة هامة. ولكن البيانات أظهرت الحاجة إلى ضرورة تقديم الدعم والتدخل في عدة نقاط مختلفة من رحلة رعاية المرضى. هناك حاجة واضحة لضرورة الاستكمال التام للخدمات المقرر تطويرها في كارديف وإنشاء خدمات BME الحالية للصحة النفسية المتخصصة.

10 اللغة والاتصال: جميع الرسائل المستهدفة في جماعات وجاليات BME يجب أن تكون مكتوبة بصيغة تناسب ثقافة الجالية أو الجماعات المستهدفة. ويجب ترجمة الرسالة إلى مفهوم مناسب يمكن فهمه من قبل الجالية. ويجب أن تكون المواد الخطية مكتوبة بلغتين لمساعدة العاملين بالصحة وأفراد الجالية. ويجب أن تكون خدمات الترجمة الفورية معلنة للجمهور، وتعمل بكامل طاقتها، وقادرة على تلبية احتياجات مزودي ومستخدمي الخدمة. ويعد هذا موضوعا هاما بسبب النقص الحالي الهائل في المعلومات الخاصة بالخدمات المتاحة، وعدم توفر أي معلومات (إحصائية أو خلافة) عن استخدام خدمات الترجمة الفورية الحالية.

11 اشترك الأسرة والجالية: هناك حاجة لتلبية وتنسيق احتياجات الصحة النفسية للفرد داخل محيط الأسرة ككل. ويجب على متخصصي الرعاية الصحية والاجتماعية التفكير في أهمية وجود روابط علاجية مع الجاليات العرقية المحلية والمؤسسات، واستكشاف الدور الذي يمكن أن يلعبه القادة في مجال الدين وفي الجاليات نفسها لتزويد جماعات معينة بمعلومات الصحة النفسية.

12 التعامل مع ثغرات المعلومات في قطاع رعاية الصحة النفسية والاجتماعية: اتفق متخصصو الرعاية الصحية والعقلية بوجه عام على أنه من المفيد الإمام بالمعرفة الثقافية الخاصة بالمجموعات المختلفة التي كانوا على اتصال بها، ومعرفة مدى ما لديهم من معتقدات وتوقعات صحية للرجوع إليها كلما لزم الأمر. وعلى الرغم من أنه يجب استخدام هذه المعرفة بشكل نادر، فهناك حاجة لسهولة الوصول إلى معلومات عن خلفيات مجموعات BME ومعتقداتهم الصحية وممارساتهم الثقافية. ويمكن حفظ تلك المعلومات على أحد المواقع الصحية العديدة على الإنترنت التي ترعاها NHS أو WAG.

13 التعامل مع الإدراك السائد بشأن إمكانية الحصول على الخدمات والمعالجة: يتضح من البيانات أن هناك معرفة محدودة بخدمات الصحة النفسية المتوفرة في كارديف. وفي نفس الوقت، هناك إدراك سائد (من قبل الأفراد الذين لا يحصلون على خدمات الصحة النفسية) بأن الخدمات الحالية لا يمكن الحصول عليها أو أنها غير مناسبة أو لا تلبى احتياجات الأفراد من خلفيات BME هناك حاجة لبرامج تعليمية على دراية بالثقافات المختلفة لترويج خدمات

الصحة النفسية، حيث تقوم بشرح المشكلات أو الحالات التي يمكن علاجها وإدخال طرق العلاج ومفاهيم الشفاء وتقديم المشورة للوقاية من المرض واستخدام أساليب المساعدة الذاتية. ويجب أن تكون أساليب الاتصال ومحتوى هذه البرامج مفهومة وتستهدف أفراد BME بالتحديد. هناك حاجة لاستراتيجيات محددة لمستخدمي الخدمة وأفراد الجمهور من خلفيات BME والعاملين في خدمات الصحة النفسية..

14 الصحة النفسية واحتياجات الرعاية الاجتماعية المتعلقة بها لدى جماعات BME في كارديف: مازالت هناك فجوات كبيرة في البحث، وبالتالي في معرفتنا باحتياجات الصحة النفسية لأفراد BME في كارديف (في ويلز حقا). هناك حاجة إلى بحوث إضافية - تستند إلى عينات أكبر حجما - لتحقيق المزيد من الاستكشاف وتحديد احتياجات أفراد BME المتزايدة.

অধ্যয়নের উদ্দেশ্য

অধ্যয়নের নিম্নোক্ত উদ্দেশ্য ছিল :

1. আফ্রিকান, ক্যারিবিয়ান, দক্ষিণ এশিয়ান এবং দক্ষিণ পূর্ব এশিয়ার বংশোদ্ভূত লোকজনের জন্য মানসিক স্বাস্থ্য ও সামাজিক পরিচর্যা বিশেষজ্ঞরা যে পরিষেবা ও তথ্য সরবরাহ করছে তার গুণমান পরীক্ষা ও বিচার বিবেচনা করা;
2. প্রয়োজনগুলির মূল্যায়ন করা, যাতে লক্ষীভূত দলগুলির মানসিক স্বাস্থ্যের মূল লক্ষণ ও সামাজিক পরিচর্যার তথ্য ও চিকিৎসার প্রয়োজনগুলি জানানো যায় এবং;
3. পরিষেবা ব্যবস্থা ও পরিচর্যা পাওয়ার উপায়ে যে ব্যবধান রয়েছে তা খুঁজে বার করা, কিভাবে বহু-এজেন্ডা, বহুক্ষেত্রীয়, বিশেষজ্ঞের কাজের রীতির কাঠামোর বিকাশ করা যায় সে ব্যাপারে পরামর্শ দেওয়া।

মৌলিক বিষয় ও পরামর্শের সংক্ষিপ্তসার

1. *বিভিন্ন সংস্কৃতিব্যাপী পরিভাষা* : বিভিন্ন জাতি ব্যাপী অর্থ রূপান্তর, এবং ভাষা, সংযোগ ও উপস্থিত পরিষেবার প্রাপ্তিসাধ্যতার মধ্যে পারস্পরিক যোগাযোগ এখনও সমস্যার বিষয়, এর কোনো সহজ সমাধান নেই। যেমন, বেশ কয়েকটি বিএমই (BME) গ্রুপ, মানসিক স্বাস্থ্য এবং স্বাস্থ্য অধিকার নিয়ে আলোচনা করার জন্য, সুস্বাস্থ্য ও সাধারণ সুস্থতা সম্বন্ধে ধারণা ভালো প্রারম্ভিক বিষয়। তবে, মানসিক স্বাস্থ্য সম্বন্ধে ধারণার মতই সুস্বাস্থ্য বা সুস্থতা বিভিন্ন সংস্কৃতিতে ও ভাষায় সহজে অনুবাদ করা যায় না। যা সুস্পষ্ট তা হল, মানসিক স্বাস্থ্য সম্বন্ধে পাশ্চাত্য এবং অ-পাশ্চাত্য ধারণাধারনা, মতামত ও ব্যাখ্যামূলক মডেলের “সেতুবন্ধ” গড়ে তুলতে হবে।
2. *আন্তর্সংস্কৃতিক মানসিক স্বাস্থ্য মূল্যায়নের মডেল* : স্পষ্ট ইঙ্গিত পাওয়া গিয়েছে যে, মনঃস্তম্ভগত মূল্যায়নের প্রধান পাশ্চাত্য মডেলের অসামর্থের ব্যাপারে সচেতন থাকা প্রয়োজন, এবং যেখানে উপযুক্ত সেক্ষেত্রে, বর্তমান মূল্যায়নের মডেলকে বিস্তীর্ণ করে নেওয়া বা আন্তর্সংস্কৃতিক মূল্যায়নের মডেল প্রস্তুত করাতে হবে। এইসব মডেলের সংস্কৃতিক ও জনসংখ্যা সংক্রান্ত বৈশিষ্ট্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে, স্বাস্থ্য সম্বন্ধে ধারণাধারনা ও স্বাস্থ্য চর্চা পদ্ধতি পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে বিচার করার সুযোগ থাকবে এবং তাতে পারিবারিক সংগঠন ও সামাজিক (প্রথাগত এবং অ-প্রথাগত) নেটওয়ার্কের সম্ভাব্য ভূমিকাগুলি বিচার বিবেচনা করে দেখার সুযোগ থাকবে। এছাড়া, এমন একটি মডেল প্রয়োজন, যাতে জাতিবৈষম্য ও বৈষম্যের মত বিভিন্ন উদ্বেগ সৃষ্টিকারক বিষয়গুলির প্রভাব নিয়ে বিচার বিশ্লেষণ করা যাবে।
3. *কর্মরীতির কাঠামো তৈরী করা* : কার্ডিফে ইতিমধ্যে যে ভালো কর্মরীতি বজায় রয়েছে সেগুলিকে চিনে, একত্র করে, আরো উন্নয়নের সুযোগ দেওয়া যাতে, কর্মরীতির এমন এক কাঠামো তৈরী করা যায় যা এখনকার পরিষেবার উন্নতিতে বিশেষ লক্ষ্য রাখা ছাড়াও নতুন পরিষেবা তৈরী করার কর্মপরিকল্পনা তৈরী করবে।
4. *স্বাস্থ্য পরিচর্যাকর্মীর অবিরাম পেশাগত বিকাশের অংশ স্বরূপ সংস্কৃতিগত কর্মদক্ষতা গড়ে তোলা* : সব স্বাস্থ্যপরিচর্যা ও রিসেপশন (অর্থাৎ দলের) কর্মচারীতে সংস্কৃতিগত দক্ষতায় প্রশিক্ষণ দেওয়া প্রয়োজন, যাতে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত নিজস্ব ধারণাধারণার সমালোচনামূলক বিশ্লেষণের গুরুত্ব দেওয়া ও পেশাগত ও নিদানিক কর্মপ্রথায় পরিবর্তনশীল প্রসঙ্গে বিশেষ জোর দেওয়া হবে। মূল উপাদানগুলিতে এগুলি থাকা প্রয়োজন (a) আন্তর্সংস্কৃতিক স্বাস্থ্য পরিচর্যার মূল ধারণা ও তত্ত্বগুলির উপস্থাপিত করা ; (b) পরিচর্যার গুরুত্বপূর্ণ বিষয়গুলি নিয়ে পুনর্বিচার করা (যেমন, মূল্যায়ন, ভাষা ও সংযোগস্থাপন, ব্যক্তিগত পরিচ্ছন্নতা, এছাড়া মৃত্যুকাল , মৃত্যু ও শোক করা); এবং (c) তাদের

পেশাগত কর্মরীতির ব্যবস্থাপনায় আন্তর্সংস্কৃতিক স্বাস্থ্যপরিচর্যা নিয়ে বিচার বিশ্লেষণ করা। অন্যান্য মূল উপাদানগুলিতে রয়েছে সামাজিক অসমতার ব্যাপারে সচেতনতা এবং মানুষের মানসিক স্বাস্থ্যে জাতি বৈষম্যের সম্ভাব্য প্রভাব।

5. *কার্ডিফে বিএমই (BME) মেটাল হেলথ স্ট্রাটেজি* : যেমন পরিকল্পনা করা হয়েছিল সেইমত, লক্ষীভূত দলের মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা ও তথ্য সহজসাধ্য কতটা তার গুণমান সম্বন্ধে যে প্রমাণ সংগ্রহ করা হয়েছিল তা ভূমিকাস্বরূপ ছিল। তবে, এই প্রারম্ভিক অধ্যয়নে জানা যায় যে, কার্ডিফে সকলকে উপযুক্ত ও প্রতিক্রিয়াশীল পরিচর্যা দেওয়ার জন্য, স্বাস্থ্য পরিচর্যা ব্যবস্থাপনার উপযুক্ততা, পরিচর্যায় সকলকে সমান সুযোগ দেওয়া, আরো ভালো পরিষেবা কি করে দেওয়া যায়, পরিষেবা ব্যবস্থাপকদের জন্য জরুরী কর্মদক্ষতা ও ক্ষমতার বৃদ্ধির ব্যাপারে ভাবনাচিন্তা করা প্রয়োজন। তাছাড়া, ইংল্যান্ড থেকে ভিন্ন ওয়েলসে সংখ্যালঘু জাতিগত দলগুলির মানসিক স্বাস্থ্যের উদ্দেশ্যে, অথবা মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবার কাছ থেকে তারা যে যত্ন পরিচর্যা পাচ্ছে সে ব্যাপারে, বিশেষ কোনো পলিসি বা রাষ্ট্রীয় কর্মকৌশল এখনও তৈরী করা হয়নি। আজ পর্যন্ত, স্বাস্থ্য বিষয়ে বক্তা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসক এবং ম্যানেজার ও কমিশনারদের কাছে এমন কোনো বিশিষ্ট রাষ্ট্রীয় পলিসির দলিল অথবা দীর্ঘকালীন নির্দেশ নেই, যা তারা নতুন পরিষেবার আর্থিক অনুদান বন্টনের জন্য ব্যবহার করতে পারেন। সুতরাং, তাদের “বিশেষ রাষ্ট্রীয় পলিসির ধারালো” নিয়মকানূনের মুখোমুখি হতে হয় না, যা সরকারি প্রাধান্যের বিষয় ও অনুদানের প্রতিশ্রুতির ক্ষেত্রে প্রায়ই দেখা যায়। বাধ্যতামূলক মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং ঐচ্ছিক মানসিক স্বাস্থ্য ও সমাজ কল্যাণ ক্ষেত্র (এতে বিএমই (BME) দল এবং সাংগঠনগুলিও অন্তর্ভুক্ত) দ্বারা একটি ব্ল্যাক অ্যাণ্ড মাইনরিটি এথনিক মেটাল হেলথ স্ট্রাটেজি (কৃষ্ণাঙ্গ ও সংখ্যালঘু জাতিগত সম্প্রদায়ের মানসিক সুস্থাস্থ্যের কর্মকৌশল) তৈরী করা প্রয়োজন। এটা বৃহত্তর ব্ল্যাক অ্যাণ্ড মাইনরিটি এথনিক হেলথ স্ট্রাটেজির অংশ হতে পারে। এই কর্মকৌশলের মূলে সুনির্দিষ্ট লক্ষ্য, কাজ সম্পূর্ণ করার ইঙ্গিত, অবিরাম মূল্যায়ন ও প্রসার, একই সঙ্গে জনসেবার বাধ্যতামূলক ও আইনী শর্ত রাখতে হবে।
6. *নেতৃত্ব* : স্বাস্থ্য ও সামাজিক পরিচর্যা ক্ষেত্রের ম্যানেজাররা লক্ষ্য করেছেন যে সঙ্গতিপূর্ণ ও সুদূরপ্রসারী পরিবর্তন সুনিশ্চিত করার জন্য সুদৃঢ়, অঙ্গীকারবদ্ধ ও বরিষ্ঠ নেতৃত্ব প্রয়োজন।
7. *জনসংখ্যার পরিলেখ তৈরী করা* : ওয়েলসে মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনা ও “জাতি”, জাতিগত বৈশিষ্ট্য, সংস্কৃতি ও লিঙ্গের মধ্যে পারস্পরিক সম্পর্কের সমালোচনামূলক পরীক্ষানিরীক্ষা না করা হলে ওয়েলসের বিএমই (BME) সম্প্রদায়গুলির স্বাস্থ্য পরিচর্যার পর্যাপ্ত মূল্যায়ন করা যাবে না। কার্যকরভাবে পরিষেবার পরিকল্পনা তৈরী করার জন্য, ওয়েলসের বিএমই (BME) সম্প্রদায়গুলির জনসংখ্যা ও স্বাস্থ্য-পরিলেখ সংক্রান্ত তথ্য পৃথকভাবে সংগ্রহ ও প্রাপ্তিসাধ্য করতে হবে। রাষ্ট্রীয়, আঞ্চলিক এবং ওয়ার্ড ও পাড়া স্তরে অবিরাম পরিলেখ প্রস্তুতি প্রয়োজন। বর্তমানে বিএমই (BME) দলগুলির ব্যাপারে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের পরিসংখ্যানের অভাব রয়েছে। যে কোনো জনসাধারণের মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রয়োজনগুলি সুনিশ্চিত করা, এবং বর্তমান সেবার পুঙ্খানুপুঙ্খ পর্যবেক্ষণ করা ও নতুন সেবা শুরু করার জন্য, জাতিগত দলগুলির বিষয়ে বিশ্বাসযোগ্য তথ্য সংগ্রহ ও জাতিগত পর্যবেক্ষণ একান্ত জরুরী।
8. *কথোপকথনের ধেরাপির* : সেবা ব্যবহারকারী এবং লক্ষীভূত দলগুলির অভিজ্ঞতা থেকে জানা যায়, ঔষুধ বিজ্ঞান দ্বারা চিকিৎসার পাশাপাশি বা তার বিকল্প হিসাবে সাইকোথেরাপি ও কাউন্সেলিং (উপদেশ)-এর মত “কথোপকথন ধেরাপি” কে সাগ্রহে স্বীকার করে নেওয়া হয়। আন্তর্সংস্কৃতিক মনোবিদ ও মনোরোগ চিকিৎসকদের এবং বর্তমান ও বিগত পরিষেবা ব্যবহারকারীদের পরামর্শ ও নির্দেশ অনুসরণ করে বর্তমান পরিষেবা বিকাশের কথা বিবেচনা করে দেখা প্রয়োজন।

9. **বিশিষ্ট বিএমই (BME) মানসিক স্বাস্থ্য সংগঠন দ্বারা প্রদত্ত পরিচর্যার ব্যাপক প্যাকেজ :** পরিষেবা ব্যবহারকারী এবং বিএমই (BME) দলের সদস্যদের মস্তব্য শুনে (এবং লগুন ও বার্মিংহামে বিশিষ্ট বিএমই (BME) সংস্থাগুলিতে বেস্ট প্র্যাকটিস ভিসিট থেকেও জানা যায় - বিই4 (BE4) রিপোর্ট 3 দেখুন) বোঝা যায় যে আন্তর্সংস্কৃতিক / বিভিন্ন সংস্কৃতির প্রেক্ষাপটে, বিএমই (BME) মডেলদের প্রয়োজন বিবেচনা করে দেখার জন্য বিশিষ্ট বিএমই (BME) মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবার পাশাপাশি “মূলধারার” সংগঠনের স্পষ্ট প্রয়োজন রয়েছে। যে চারটি বিএমই (BME) বিশিষ্ট মানসিক স্বাস্থ্য সংগঠন পরিদর্শন করা হয়েছিল তাদের মৌলিক পরিষেবায় (বন্ধুত্বগঠন; আউটরিচ ও সামাজিক সহায়তা, উপদেশ, ব্যবহারকারীদের দল; পক্ষ সমর্থন; সংস্থান ও তথ্য পরিষেবা; এবং সামাজিক পরিচর্যা ও সমাজকল্যাণমূলক কাজকর্ম) এগুলির প্রতি বিশেষ মনোযোগ আকর্ষণ করা হয়েছে : (a) লক্ষীভূত দল /গুলির জাতিগত এবং সংস্কৃতিগত পশ্চাদ্গতি, এবং (b) সামাজিক নির্ধারক ও প্রতিষ্ঠানগত প্রতিবন্ধক কিভাবে পরিষেবা সহজসাধ্য ও সরবরাহ করার প্রভাব ফেলে সে বিষয়ে সচেতনতা। বর্তমানে কার্ডিফে বন্ধুত্ব গড়ে তোলার একটি পরিষেবা রয়েছে, অধিকাংশ অংশগ্রহণকারীর মতে এটি এক গুরুত্বপূর্ণ পরিষেবা। তবে, তথ্য থেকে জানা যায় যে, রুগীর সেবা গুজরার পথে, বিভিন্ন স্থানে সমর্থন ও হস্তক্ষেপের প্রয়োজন রয়েছে। কার্ডিফে পরিষেবায় অসম্পূর্ণতা পূরণ করা এবং বর্তমান বিএমই (BME) বিশিষ্ট মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা আরো সুদৃঢ় করে তোলার স্পষ্ট প্রয়োজন রয়েছে।
10. **ভাষা ও সংযোগ :** বিএমই (BME) দল ও সম্প্রদায়গুলির উদ্দেশ্যে তৈরী সব বার্তা এমনভাবে লেখা উচিত যা ঐ লক্ষীভূত সম্প্রদায় বা সামাজিক দলগুলির জন্য সাংস্কৃতিক দৃষ্টিতে প্রাসঙ্গিক। বার্তাকে এমন এক ধারণায় “ভাষান্তরিত” করে নিতে হবে যা সম্প্রদায়ের জন্য সহজবোধ্য ও প্রাসঙ্গিক হবে। স্বাস্থ্যকর্মী ও সম্প্রদায়ের সদস্য, উভয়কে সাহায্য করার জন্য লিখিত বস্তু দ্বিভাষিক হতে হবে। অনুবাদ ব্যবস্থার যথেষ্ট প্রচার করতে হবে, সম্পূর্ণ কার্যোপযোগী হতে হবে এবং সেবা প্রদানকারীর চাহিদা ও সেবা ব্যবহারকারীর প্রয়োজনগুলির সঙ্গে মানানসই হতে হবে। এটা অত্যন্ত জরুরী, কেননা যেসব পরিষেবা পাওয়া যায় সেগুলির বিষয়ে যথেষ্ট তথ্যের অভাব রয়েছে এবং বর্তমান অনুবাদ ব্যবস্থা সদ্যবহার করার কোনোরকম (পরিসংখ্যানগত বা অন্য) তথ্য পাওয়া যায় নি।
11. **সমাজ ও সম্প্রদায়ের অঙ্গীভূত হওয়া :** সম্পূর্ণ পরিবারের পরিপ্রেক্ষিতে ব্যক্তিবিশেষের মানসিক স্বাস্থ্যের প্রয়োজন পূরণ ও সমন্বয়স্থাপন করা প্রয়োজন। স্বাস্থ্য এবং সামাজিক পরিচর্যার সঙ্গে যুক্ত পেশাগত বিশেষজ্ঞদের খেরাপি সংক্রান্ত সংযোগে স্থানীয় জাতিগত সম্প্রদায় ও গোষ্ঠিগুলির পছন্দ অপছন্দ বিবেচনা করে দেখতে হবে, এবং বিশেষ দলগুলিকে মানসিক স্বাস্থ্য বিষয়ে তথ্য প্রদানে ধর্মীয় ও সাম্প্রদায়িক নেতাদের ভূমিকা বিচার করে দেখতে হবে।
12. **মানসিক স্বাস্থ্য এবং সামাজিক পরিচর্যার ক্ষেত্রে তথ্যগত ব্যবধান দূর করা :** স্বাস্থ্য ও সামাজিক পরিচর্যার ক্ষেত্রে পেশাদাররা একটি ব্যাপারে সাধারণভাবে একমত যে, তারা যেসব বিভিন্ন দলের সংস্রবে ছিল, তাদের সংস্কৃতি সম্বন্ধে জ্ঞান এবং তাদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত মত ও প্রত্যাশা সম্বন্ধে জ্ঞান থাকলে তা প্রয়োজনমত “ব্যবহার করা” যায়। যদিও এইসব জ্ঞান সমালোচনামূলকভাবে ব্যবহার করতে হবে, তবে বিএমই (BME) দলের পশ্চাদ্গতি, স্বাস্থ্যসংক্রান্ত ধারণা ও মত ও সাংস্কৃতিক রীতি ও প্রথা সম্বন্ধে সহজে প্রাপ্তিসাধ্য তথ্য থাকা দরকার। এনএইচস (NHS) বা ডব্লিউএজি (WAG)-দ্বারা স্পনসর করা (পৃষ্ঠপোষকতায়) একাধিক স্বাস্থ্যের ওয়েবসাইটের একটিতে এইসব তথ্য সংগৃহীত রাখা যায়।
13. **সহজে প্রাপ্তিসাধ্যতা ও চিকিৎসা সম্বন্ধে বহুমূল ধারণার সমাধান করা :** তথ্যসম্ভার থেকে এ কথা সুস্পষ্ট যে, কার্ডিফে যে মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা পাওয়া যায় সে বিষয়ে খুব সীমিত ব্যবহারিক

জ্ঞান রয়েছে। একই সঙ্গে (যারা মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা পায় না তাদের মধ্যে) একটি ব্যাপক বহুমূল ধারণা রয়েছে যে বিএমই (BME) পশ্চাদ্গতের মানুষের প্রয়োজন পূরণে অথবা তাদের জন্য বর্তমান পরিষেবা সহজে প্রাপ্তিসাধ্য বা উপযুক্ত না। সংস্কৃতিগত দৃষ্টিতে সুদক্ষ মানসিক স্বাস্থ্যসেবা শিক্ণসূচি প্রয়োজন, যা চিকিৎসাযোগ্য পরিস্থিতির বা সমস্যার ব্যাখ্যা করতে পারে, এবং চিকিৎসা পদ্ধতির সূত্রপাত করতে পারে, আরোগ্যলাভের বিষয়ে স্পষ্ট ধারণা তৈরী করতে পারে, প্রতিরোধ সম্বন্ধে পরামর্শ দিতে পারে ও স্বাবলম্বনের উপায় জানাতে পারে। বিশেষ করে বিএমই (BME) লোকদের উদ্দেশ্যে, এবং তাদের জন্য সহজবোধ্য উপায়ে, এসব কর্মসূচি বোঝানোর শৈলী ও কাঠামো তৈরী করতে হবে। সেবা ব্যবহারকারী, বিএমই (BME) পশ্চাদ্গতের জনসাধারণ ও মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবার কর্মরত লোকদের জন্য বিশেষ কর্মকৌশলের প্রয়োজন হবে।

14. কার্ডিফে বিএমই (BME) দলের মানসিক স্বাস্থ্য ও আনুসঙ্গিক সামাজিক পরিচর্যার প্রয়োজন: কার্ডিফে (সত্যি কথা বলতে, ওয়েলসে) বিএমই (BME) লোকদের মানসিক স্বাস্থ্যের প্রয়োজন সম্বন্ধে আমাদের গবেষণা এবং সতরাং জ্ঞানে বিস্তারিত ব্যবধান রয়েছে। ওয়েলসে ত্রম্বর্ষিক বিএমই (BME) জনসংখ্যার প্রয়োজনগুলির পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে বিচার করা ও বোঝার জন্য - বৃহত্তর নমুনাস্বরূপ কাঠামোর ভিত্তিতে - আরো গবেষণা করা প্রয়োজন।

અધ્યયનના હેતુઓ

આ અધ્યયનના હેતુઓ નીચે મુજબ છે:

1. માનસિક આરોગ્ય અને સામાજિક સારસંભાળક્ષેત્રના વ્યાવસાયિકો દ્વારા આફ્રિકન, ઈરેબિયન, દક્ષિણ એશિયા અને અગ્નિ એશિયામાં મૂળ ધરાવતાં લોકોને આપવામાં આવતી સેવા અને માહિતીની ગુણવત્તાનો ક્યાસ કાઢવો;
2. જે જૂથને લક્ષ્યાંક બનાવીને આ અધ્યયન હાથ ધરવામાં આવ્યું છે, તેના માનસિક આરોગ્ય તથા સામાજિક સારસંભાળ અને તેની ઉપચારને લગતી જરૂરિયાતોના પુરાવા પરથી આધારરૂપ બની રહે એવી બાબતો નક્કી કરવાના આશયથી જરૂરિયાતોનું મૂલ્યાંકન કરવું;
3. ઉપલબ્ધ સેવાઓ અને સંભાળનો લાભ લેવામાં ક્યાં ઊણપ છે તે નક્કી કરી, આવી સેવાઓ માટેનું એક બહુ-કેન્દ્રિય, બહુ-ક્ષેત્રીય, વિવિધ વ્યવસાયિકોને સમાવિષ્ટ કરતું અમલમાં મૂકી શકાય એવું માળખું કેવી રીતે વિકસાવી શકાય તેને માટેની ભલામણો કરવી.

સારાંશના મહત્વના મુદ્દાઓ અને ભલામણો

1. વિવિધ સંસ્કૃતિઓને સાંકળતી પરિભાષા: વિવિધ જાતિઓના બનેલા સમુહમાં અર્થને એકબીજા સમજી શકે તે બાબત અને વિવિધ ભાષાને એકબીજા સાથે સાંકળતી કડી, સંદેશાવહેવાર અને ઉપલબ્ધ સેવાઓનો ઉપયોગ સુગમતાપૂર્વક કરી શકાય એ તમામ મુદ્દા જેનો સરળતાપૂર્વક ઉકેલ ન લાવી શકાય એવી સમસ્યાઓ છે. ઉદાહરણ તરીકે લઈએ તો તંદુરસ્ત સ્થિતિ અને સારા સામાન્ય આરોગ્યની ભાવના એ ઘણા બીએમઈ જૂથો માટે માનસિક આરોગ્ય અને માંદગીને લગતી ચર્ચા શરૂ કરવા માટેના સારા મુદ્દાઓ છે. જો કે આવી માનસિક આરોગ્યની ભાવના કે તંદુરસ્ત સ્થિતિ અથવા તો સારા આરોગ્યના વિચારને વિવિધ જાતિઓ અને ભાષાઓ વચ્ચે મૂર્તિમંત બનાવવો એ સહેલું કાર્ય નથી. આવા સંજોગોમાં પશ્ચિમી અને બિન-પશ્ચિમી ભાવના, વિચારો અને માનસિક આરોગ્યની સ્થિતિને સમજાવતા જે નમુના છે તે વચ્ચેના તફાવતને દૂર કરવા કાર્યવાહી હાથ ધરવી જોઈએ એ બિલકુલ સ્પષ્ટ બને છે.
2. એકથી વધુ સંસ્કૃતિઓને ઉપયોગી બને એવા માનસિક આરોગ્યની સ્થિતિનું મૂલ્યાંકન કરવા માટેના નમૂનાઓ : પશ્ચિમી જગતમાં માનસિક રોગની ચિકિત્સા કરવા માટે મૂલ્યાંકનના ખૂબ જ પ્રભાવી એવા જે નમૂના વિકસાવવામાં આવ્યા છે, તેની નબળાઈઓ વિષે જાણકારી મેળવી લેવી જરૂરી છે અને જ્યારે યોગ્ય લાગે ત્યારે મૂલ્યાંકન માટેના આવા હયાત નમૂનાઓને વધુ વ્યાપક બનાવી શકાય એવી જોગવાઈ રાખવી અને તેના આધારે એકથી વધુ સંસ્કૃતિઓ માટે ઉપયોગી બને એવા મૂલ્યાંકન માટેના નમૂના વિકસાવવા એ પણ જરૂરી છે. આવા નમૂનાઓમાં સાંસ્કૃતિક તથા જનસંખ્યાને લગતાં પરિબળો, આરોગ્યને લગતી માન્યતાઓ તથા રીતભાતો અને કૌટુંબિક વ્યવસ્થા તથા સામાજિક માળખાની સંભવિત ભૂમિકાને ચકાસવાની છૂટ આપવી - આ બાબતોનો સમાવેશ થાય છે. આ પ્રકારે વિકસાવવામાં આવેલો નમૂનો વંશવાદ અને ભેદભાવ

જેવી દ્રઢ માન્યતાઓની શી અસર થાય છે તેને ગણતરીમાં લેવાની છૂટ આપતો હોય એ પણ એટલી જ અગત્યની બાબત છે.

3. અમલમાં મૂકી શકાય એવા માળખાનો વિકાસ : સમસ્યાનું નિવારણ તો કરે પણ તેની સાથે હાલ જે સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે તેના સ્તરને સુધારે અને નવી સેવાઓ વિકસાવે એવા પગલાં માટેનું આયોજન પુરું પાડતા, અમલમાં મૂકી શકાય એવા માળખાનો વિકાસ કરવા માટેનો આધાર તૈયાર કરવા કાર્ડિકમાં પહેલેથી જ જે સારી પદ્ધતિ પ્રચલિત છે તેને ઓળખવી, એકત્ર કરવી અને ઉત્તેજન આપવું જરૂરી છે.
4. આરોગ્ય સંભાળ માટે પ્રવૃત કાર્યકર્તાઓની વ્યવસાયિક નિપુણતાના સતત વિકાસના એક ભાગરૂપે સાંસ્કૃતિક ક્ષમતા પ્રસ્થાપિત કરવી : આરોગ્ય સંભાળ અને સ્વાગત માટેના તમામ કર્મચારીગણને આરોગ્ય અંગે જે-તે વ્યક્તિની અંગત માન્યતા હોય તેની પર અને વ્યવસાયિક ઢબ કે ઉપચાર માટેની રીતભાતમાં જે પરિવર્તન થતું હોય તે બાબત પર ખુબ જ કાળજીપૂર્વક ધ્યાન આપવાના મહત્વ પર ભાર મૂકતી હોય એવી સાંસ્કૃતિક ક્ષમતા વિકસાવવા માટેની તાલીમ મળવી જોઈએ. આવી તાલીમ અંતર્ગત જે ચાવીરૂપ ઘટકોનો સમાવેશ કરવો જરૂરી છે, તેમની યાદી આ મુજબ છે : (અ) એકથી વધુ જાતિઓને ઉપયોગી બને એવા આરોગ્યની સંભાળ માટેના વિચારો અને સિદ્ધાંતો અમલમાં મૂકવા ; (બ) સંભાળના અનિવાર્ય પાસાઓની પુનઃવિચારણા કરવી (જેવા કે મૂલ્યાંકન, ભાષા તથા વાતચીત, અંગત સ્વચ્છતા, મૃત્યુ પહેલાની ક્ષણો, મૃત્યુ અને મૃત્યુને કારણે મિત્રો - સગાંથી વિખૂટા પડવાની સ્થિતિ) ; અને (ક) કર્મચારીઓની વ્યવસાયિક ઢબ નક્કી કરતી વખતે એકથી વધુ જાતિઓને ઉપયોગી બને એવી સંભાળ માટેની પદ્ધતિને ચકાસી જોવી. આ તાલીમમાં સમાવિષ્ટ કરવા જેવા અન્ય મહત્વના ઘટકોમાં સામાજિક અસમાનતા અંગે જાગૃત્તિ અને જે-તે વ્યક્તિના માનસિક આરોગ્ય પર વંશવાદની સંભવિત અસરનો સમાવેશ થાય છે.
5. કાર્ડિક માટેની બીએમઈની માનસિક આરોગ્ય માટેની વ્યૂહરચના : જે જૂથોને ધ્યાનમાં રાખીને આ અધ્યયન કરવામાં આવ્યું હતું તેમની ઉપલબ્ધ માહિતી અને માનસિક આરોગ્ય માટેની સેવાઓ સુધીની પહોંચની ગુણવત્તા અંગેના એકત્ર કરવામાં આવેલા પુરાવા આવી માહિતી અને સેવાના આયોજનને અનુરૂપ અને પ્રાથમિક હતા. પ્રાયોગિક ધોરણે હાથ ધરવામાં આવેલા આ અધ્યયનનું તારણ જો કે આરોગ્યવિષયક સેવાઓની યોગ્યતા, આવી સેવાઓનો લાભ પ્રત્યેક વ્યક્તિ સમાનતાના ધોરણે મેળવી શકે એવું સેવાઓનું સ્તર, આ સેવાઓને વધુ સારી રીતે કેવી રીતે પૂરી પાડી શકાય અને સર્વિસ પ્રોવાઈડર્સ કાર્ડિકમાં તમામને યોગ્ય તથા પ્રતિક્રિયાજનક સેવાઓ આપી શકે તે માટે જરૂરી ક્ષમતા અને યોગ્યતા પ્રત્યે ધ્યાન આપવાની જરૂરિયાતના પરત્વે ધ્યાન દોરે છે. વળી, ઈંગ્લેન્ડથી વિપરીત, વેલ્સમાં લઘુમતિ વંશીય જૂથોના માનસિક આરોગ્યની અથવા તો આ પ્રકારના જૂથો માનસિક આરોગ્યને લગતી સેવાઓ દ્વારા જે ઉપચાર કે સારવાર મેળવે છે તેની સુધારણા પર ખાસ ધ્યાન કેન્દ્રિત કરતી હોય એવી રાષ્ટ્રીય વ્યૂહરચના કે નીતિને હજુ ઘડવાની બાકી છે. આજપર્યંત આરોગ્યના ક્ષેત્રના વકીલો, વ્યાવસાયિકો, મેનજરો અને કમિશનરો પાસે દસ્તાવેજરૂપે ખાસ પ્રકારની રાષ્ટ્રીય નીતિ કે નવી સેવાઓ માટેની

ફાળવણી માટે ભંગોળ એકત્ર કરવા માટે આધાર ઊભો કરવા જેનો ઉપયોગ કરી શકાય એવા નિર્દેશો ઉપલબ્ધ નથી. આવા સંજોગોમાં સરકારની અગ્રિમતા અને પ્રતિબદ્ધતા માટે મોટા ભાગે આધારરૂપ બનતી કોઈ એક ચોક્કસ રાષ્ટ્રીય નીતિને ધારદાર બનાવવામાં તેમને કોઈ યોગદાન આપવાનું રહેતું નથી. માનસિક આરોગ્ય માટેની કાનૂની સેવાઓ અને સ્વૈચ્છિક માનસિક આરોગ્ય અને સામાજિક કલ્યાણક્ષેત્ર (બીએમઈ જૂથો અને સંસ્થાઓ સહિત) દ્વારા એક શ્યામ અને લઘુમતિ જાતિઓ માટેની માનસિક આરોગ્ય માટેની નીતિ ધડી કાઢવામાં આવે તે જરૂરી છે. આ નીતિ શ્યામ અને લઘુમતિ જાતિઓ માટેની આરોગ્યવિષયક વ્યાપક નીતિનો એક ભાગ બની શકે છે. આ નીતિને આધાર આપતાં તત્ત્વોએ અનિવાર્યપણે લક્ષ્યાંકો, કામગીરીને દર્શાવતાં નિર્દેશાંકો, હાલમાં ચાલી રહેલી મૂલ્યાંકન અને જાગૃત્તિ માટેના અભિયાનની પદ્ધતિ અને જાહેર સેવાઓ માટેની કાનૂની તથા કાયદાકીય જરૂરિયાતો નક્કી કરવી જોઈએ.

6. નેતૃત્વ : આરોગ્ય અને સામાજિક સંભાળના ક્ષેત્રે કાર્યરત મેનેજરોએ એ વાતની નોંધ લેવી જોઈએ કે જે પરિવર્તનો કરવામાં આવે તેની દૂરોગામી અને સતત અસરકારકતા સુનિશ્ચિત કરવા માટે દ્રઢ, પ્રતિબદ્ધ અને અનુભવી નેતૃત્વ જરૂરી છે.
7. રહેવાસીઓનું વર્ગીકરણ : વેલ્સમાં માનસિક આરોગ્યની સંભાળ માટેની વ્યવસ્થાનું જે પ્રકારે સંચાલન થઈ રહ્યું છે તેના કારણે વિવિધ જાતિઓ, વંશ, સંસ્કૃતિ અને સ્ત્રી-પુરુષ વચ્ચેના સંબંધોની ઘનિષ્ટ ચકાસણી થઈ શકતી ન હોવાને કારણે બીએમઈ સમુદાયો માટે આરોગ્ય સંભાળની સેવાઓનું મૂલ્યાંકન પૂરતા પ્રમાણમાં થઈ શકતું નથી. સેવાઓ અસરકારક બને તે માટેનું આયોજન કરવાના હેતુસર વેલ્સમાં આવેલા બીએમઈ સમુદાયોની જનસંખ્યા અને આરોગ્યને લગતા આંકડાઓની માહિતી એકત્ર કરી અને તેની વિગતવાર સરખામણી કરી, આવી માહિતીને ઉપલબ્ધ બનાવવી જોઈએ. હાલમાં રાષ્ટ્રીય, પ્રાદેશિક તથા વિભાગીય સ્તરે અને કોઈ એક ચોક્કસ વિસ્તારના રહેવાસીઓને વર્ગીકૃત કરવાનું જે કાર્ય ચાલી રહ્યું છે તે જરૂરી છે. હાલમાં બીએમઈ જૂથોને લગતી આરોગ્યવિષયક આંકડાકીય માહિતીનો અભાવ છે. વસતીના કોઈ એક ચોક્કસ વર્ગની માનસિક આરોગ્યની સંભાળ માટેની જરૂરિયાતો શું છે તે ચોક્કસપણે નક્કી કરવા માટે અને હાલની સેવાઓ પર દેખરેખ રાખવા તથા નવી સેવાઓ શરૂ કરવા માટે વંશીય જૂથો અને તેમની પરની દેખરેખને લગતી વિશ્વાસપાત્ર માહિતી એ અનિવાર્ય સાધન છે.
8. વાતચીત દ્વારા ઉપચારની પદ્ધતિ : સેવાઓનો લાભ લેનારા અને લક્ષ્ય બનાવવામાં આવ્યા છે એવા જૂથોના સભ્યોના અનુભવ પરથી એ ફલિત થાય છે કે “વાતચીત દ્વારા ઉપચાર કરવાની પદ્ધતિ” જેવી કે માનસોપચાર અને સલાહ-સૂચન, દવાઓ દ્વારા અપાતી સારવારના વિકલ્પ તરીકે કે તેની સાથે સાથે ઉપયોગ કરાય - તે બન્ને રીતે આવકારદાયક છે. આના માટે હાલની સેવાઓને વિકસાવવી અને વિવિધ જાતિઓને સલાહ આપતા માનસશાસ્ત્રના નિષ્ણાતો, માનસિક રોગોની ચિકિત્સા કરતાં નિષ્ણાતો, સેવાઓનો ભૂતકાળમાં લાભ લેનારા અને હાલમાં લાભ લેતાં વ્યક્તિઓની સલાહ તથા માર્ગદર્શનને ગણતરીમાં લેવું જોઈએ.

9. **વિશિષ્ટ શાખામાં નિપુણતા ધરાવતી બીએસઈ માનસિક આરોગ્ય સંસ્થાઓ દ્વારા અપાતાં સંભાળ માટેના સર્વગ્રાહી પેકેજ :** સેવાઓનો લાભ લેનારા અને બીએમઈ જૂથોના સભ્યો દ્વારા (આ ઉપરાંત વિશિષ્ટ શાખામાં નિપુણતા ધરાવતી હોય એવી લંડન અને બર્મિંગહામની બીએમઈ સંસ્થાઓની શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓની મુલાકાત - જુઓ બીઈજ અહેવાલ ૩) જે પ્રતિક્રિયા વ્યક્ત કરવામાં આવી છે તેના પરથી વિશિષ્ટ શાખામાં નિપુણતા ધરાવતી હોય એવી બીએમઈ માનસિક આરોગ્યને લગતી સેવાઓ અને આ ક્ષેત્રે પ્રવૃત મુખ્ય પ્રવાહની સંસ્થાઓ બીએમઈ ગ્રાહકોની જરૂરિયાતો એકથી વધુ જાતિઓને ઉપયોગી બને એવા/એકથી વધુ જાતિઓના સમુહના દ્રષ્ટિકોણથી ધ્યાન પર લે તે જરૂરી છે એ બિલકુલ સ્પષ્ટ બને છે. વિશિષ્ટ શાખામાં નિપુણતા ધરાવતી ચાર બીએમઈ સંસ્થા દ્વારા અપાતી જે મુખ્ય સેવાઓની મુલાકાત લેવામાં આવી હતી (મિત્રતાપૂર્ણ વર્તન; પહોંચ બહારનો અને સામાજિક ટેકો; સલાહ-સૂચન; સેવાઓનો લાભ લેનારા જૂથો; તરફદારી; સ્રોત અને માહિતીને લગતી સેવા; અને સામાજિક સંભાળ તથા કલ્યાણકારી કાર્ય) તેને આ મુદ્દાઓ પ્રત્યે ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવાથી આધાર મળતો હતો : (અ) લક્ષ્ય બનાવવામાં આવેલા જૂથ/થોની વંશીય અને સાંસ્કૃતિક પશ્ચાદભૂમિકા અને (બ) સેવા પૂરી પાડવામાં આવે અને સેવા સુધીની પહોંચ પર સામાજિક રીતે નિર્ણાયક બનતી બાબતો અને સંસ્થાકીય અવરોધોની કેવી રીતે અસર થાય છે તે અંગેની જાણકારી. હાલમાં કાર્ડિફમાં એક મિત્રતાપૂર્ણ મદદ આપતી સેવા ચાલુ છે, જેને આ સેવાનો લાભ લેનારા મોટા ભાગના વ્યક્તિઓ દ્વારા એક અગત્યની સેવા તરીકે ગણવામાં આવે છે. જો કે ઉપલબ્ધ માહિતી દરદીની સારવાર દરમિયાન વિવિધ તબક્કે ટેકો આપવાની અને દરમિયાનગીરી કરવાની જરૂર છે એમ સૂચવે છે. કાર્ડિફમાં અપાતી સેવાઓ સંપૂર્ણપણે પૂરક બની રહે એવી રીતે તેને વિકસાવવાની અને વિશિષ્ટ શાખામાં નિપુણતા ધરાવતા હયાત બીએમઈ જૂથો દ્વારા આપવામાં આવતી માનસિક આરોગ્ય માટેની સેવાઓ સુદૃઢ બનાવવાની જરૂરિયાત અંહી બિલકુલ સ્પષ્ટ બને છે.
10. **ભાષા અને વાતચીત:** લલિત જૂથો અને સમુદાયોને માટેના તમામ સંદેશાઓ એવી રીતે લખવામાં આવે કે જેથી તે આ જૂથો અને સમુદાયો માટે સાંસ્કૃતિક દ્રષ્ટિએ સુસંગત બને તે જરૂરી છે. આવા સંદેશાઓનું એવા વૈચારિક સ્વરૂપમાં રૂપાંતર કરવું જોઈએ કે જેથી તે સંબંધિત સમુદાયને સુસંગત અને સમજી શકાય એવા લાગે. આરોગ્યક્ષેત્રના કાર્યકર્તાઓ અને સમાજના સભ્યો બન્નેને મદદરૂપ થાય તે માટે લેખિત સામગ્રી બે ભાષાઓમાં હોવી જોઈએ. દરેક બાબતની સ્પષ્ટ સમજણ આપતી સેવાની અસરકારક રીતે જાહેરાત થવી જોઈએ, તે સંપૂર્ણ રીતે સંચાલિત હોવી જોઈએ અને તે સર્વિસ પ્રોવાઈડર્સની માગણીઓ અને સેવાનો લાભ લેનારાઓની જરૂરિયાતો બન્નેને અનુરૂપ આવે એવી હોવી જોઈએ. આ એક ખૂબ તાકીદથી ધ્યાન આપવી પડે એવી બાબત છે કારણ કે હાલમાં જે સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે તે અંગે નોંધપાત્ર પ્રમાણમાં માહિતીનો અભાવ પ્રવર્તમાન છે અને વિવિધ બાબતોની સ્પષ્ટ સમજણ આપે એવી હયાત સેવાઓના ઉપયોગ અંગે કોઈ માહિતી (આંકડાકીય કે અન્ય) ઉપલબ્ધ નથી.
11. **કોઈબિક અને સામાજિક ભાગીદારી :** કોઈ પણ વ્યક્તિની તેના સંપૂર્ણ કુટુંબ સાથે સંદર્ભ ધરાવતી માનસિક આરોગ્યને લગતી જરૂરિયાતો સંતોષાય અને તેનું સંકલન થાય તે જરૂરી છે. આરોગ્ય અને સામાજિક સંભાળ ક્ષેત્રના વ્યાવાસાયિકોએ સ્થાનિક વંશીય સમાજના જૂથો અને સંસ્થાઓ

સાથે ઉપચારની પદ્ધતિને સાંકળતી જે કડી હોય તેને માટેની અગ્રિમતા પર અને માનસિક આરોગ્યને લગતી માહિતીની પહોંચ ચોક્કસ જૂથોને ઉપલબ્ધ બનાવવા ધાર્મિક અને સામાજિક નેતાઓ ક્યા પ્રકારની ભૂમિકા નિભાવી શકે છે તે ચકાસવા પર ધ્યાન આપવું જોઈએ.

12. માનસિક આરોગ્ય અને સામાજિક સંભાળક્ષેત્રે માહિતીનો જે અભાવ પ્રવર્તમાન છે, તેનો ઉપાય કેવી રીતે કરવો : આરોગ્ય અને સામાજિક સંભાળના ક્ષેત્રે કાર્યરત વ્યાવાસાયિકો એક બાબતે સહમત છે કે તેઓ જેના સંપર્કમાં છે એવા ભિન્નતા ધરાવતાં જૂથો અંગેની સાંસ્કૃતિક માહિતી અને આવા જૂથો આરોગ્યને લગતી જે માન્યતાઓ અને અપેક્ષાઓ ધરાવતા હોવાની શક્યતા છે તેનો સમુહ આવશ્યકતા ઊભી થાય ત્યારે મદદરૂપ બની શકે છે. આમ છતાં આવી માહિતીનો ઉપયોગ ખૂબ જ ગંભીરતાપૂર્વક કરવો જરૂરી છે અને બીએમઈ જૂથોની પશ્ચાદભૂમિકા, તેમની સાંસ્કૃતિક રીતભાતો અને આરોગ્યને લગતી માન્યતાઓ અંગેની માહિતીનો સ્ત્રોત આસાનીથી ઉપલબ્ધ બને તે પણ જરૂરી છે. એનએચએસ અને ડબ્લ્યુએજી દ્વારા પુરસ્કૃત કરવામાં આવેલી આરોગ્યને લગતી સંખ્યાબંધ વેબસાઈટમાંથી કોઈ પણ એકમાં આ પ્રકારની માહિતીનો સંગ્રહ થઈ શકે છે.
13. પહોંચ અને સારવાર અંગે જે દ્રઢ માન્યતાઓ છે તેની સમસ્યા કેવી રીતે હલ કરવી : જે માહિતી ઉપલબ્ધ છે તે મુજબ કાર્ડિકમાં માનસિક આરોગ્યને લગતી જે સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે તે અંગેની જાણકારી ખૂબ જ સીમિત છે. એની સાથે જ (માનસિક આરોગ્યને લગતી સેવાઓનો લાભ જે લોકો લેતા નથી એવા લોકોમાં) એવી વ્યાપક માન્યતા છે કે હાલમાં આ પ્રકારની જે સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે તે બીએમઈ પશ્ચાદભૂમિકા ધરાવતા લોકો માટે સરળતાથી લાભ લઈ શકાય એવી અને આવા લોકોની જરૂરિયાતો સંતોષી શકે એવી કે તેમના માટે યોગ્ય નથી. આવા સંજોગોમાં સાંસ્કૃતિક દ્રષ્ટિએ સક્ષમ હોય એવા માનસિક આરોગ્યની સેવાઓને ઉત્તેજન આપતાં શૈક્ષણિક કાર્યક્રમો જરૂરી છે કે જે જેની સારવાર શક્ય હોય એવી સમસ્યાઓ અને સ્થિતિ વિષે સમજણ આપે અને સારવારની પદ્ધતિ, સાજા થવાના વિચાર, સંરક્ષણાત્મક પગલાંઓ અંગે સલાહ તથા આપમેળે મદદરૂપ થવાના અભિગમની રજૂઆત કરે. આવા શૈક્ષણિક કાર્યક્રમોની વાતચીતની શૈલી અને માળખું એવું હોવું જોઈએ કે જે સરળતાથી સમજી શકાય અને જે બીએમઈ જૂથના લોકો પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરીને તૈયાર કરવામાં આવ્યું હોય. સેવાઓનો લાભ લેતા વ્યક્તિઓ, બીએમઈ પશ્ચાદભૂમિકા ધરાવતા જૂથોના સભ્યો અને માનસિક આરોગ્યની સેવા આપવાના ક્ષેત્રે કાર્યરત લોકો માટે ખાસ વ્યૂહરચના પણ જરૂરી છે.
14. કાર્ડિકમાંના બીએમઈ જૂથોની માનસિક આરોગ્યને લગતી અને તેને સંલગ્ન સામાજિક સંભાળને લગતી જરૂરિયાતો: આ અંગેનું સંશોધન ખૂબ જ અપૂરતું છે અને તેના પરિણામસ્વરૂપે કાર્ડિકમાંના (હકીકતમાં વેલ્સમાંના) બીએમઈ નાગરિકોની માનસિક આરોગ્યને લગતી જરૂરિયાતો અંગેનું આપણું જ્ઞાન પણ અધુરું છે. વધારાનું સંશોધન કે જે અંતર્ગત નમૂનારૂપે લેવામાં આવેલો સમુહ સંખ્યાની દ્રષ્ટિએ ખૂબ વિશાળ હોય તે જરૂરી છે કે જેથી વેલ્સમાં વધતી જતી બીએમઈ સમુદાયની વસતીની જરૂરિયાતોનો વધુ સારો ક્યાસ કાઢી શકાય.

ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼

ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਇਹ ਹਨ :

1. ਇਹ ਪਤਾ ਲਾਉਣਾ ਕਿ ਅਫ਼ਰੀਕਨ, ਕੈਰੀਬੀਅਨ, ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਅਤੇ ਦੱਖਣ ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਅਨ ਮੂਲ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਬਲ ਕੇਅਰ (ਸਮਾਜਕ ਦੇਖਭਾਲ) ਦੇ ਵਿਵਸਥਾਇਕਾਂ ਵਲੋਂ ਕਿੰਨੀ ਅਤੇ ਕਿਸ ਕੁਆਲਿਟੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ;
2. ਲੋੜਾਂ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈਣਾ ਤਾਂ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੀਆਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਬਲ ਕੇਅਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦਾ ਆਧਾਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ;
3. ਸੇਵਾ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਵਿਚ ਖਪਿਆਂ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨਦਹੀ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਕਰਨਾ ਕਿ ਕਿਵੇਂ ਇਕ ਬਹੁ-ਏਜੰਸੀ, ਬਹੁ-ਖੇਤਰੀ, ਬਹੁ-ਵਿਵਸਥਾਇਕ ਕੰਮ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕੀਤਾ ਜਾਏ;

ਖ਼ੁਲਾਸੇ ਦੇ ਮੁੱਖ ਨੁਕਤੇ ਅਤੇ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ

1. ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸ਼ਬਦਾਵਲੀ : ਬਹੁ-ਨਸਲੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ ਵਿਚ ਅਰਥਾਂ ਦਾ ਆਦਾਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਤੇ ਸੰਚਾਰ ਵਿਚਕਾਰ ਤਾਲਮੇਲ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਇਕ ਅਜਿਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਕੋਈ ਆਸਾਨ ਹਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮਿਸਾਲ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਆਮ ਸਿਹਤ ਦੇ ਵਿਚਾਰ ਕਈ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਲਈ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਖ਼ਰਾਬ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਵਿਚਾਰ ਲਈ ਚੰਗੇ ਆਰੰਭਕ ਨੁਕਤੇ ਹਨ। ਪਰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਜਾਂ ਚੰਗੀ ਸਿਹਤ ਜਹੇ ਸਿੱਧਾਂਤਾਂ ਨੂੰ ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਸਮਝਾਉਣਾ ਸੌਖਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਪੱਛਮੀ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਪੱਛਮੀ ਵਿਚਾਰਾਂ, ਸਿੱਧਾਂਤਾਂ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਵਿਆਖਿਆਤਮਕ ਮਾਡਲਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਖਪੇ ਨੂੰ 'ਪੂਰਨ' ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।
2. ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਵਿਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਜਾਇਜ਼ੇ ਦੇ ਮਾਡਲ : ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਕਿ ਭਾਰੂ ਪੱਛਮੀ ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਜਾਇਜ਼ੇ ਦੇ ਮਾਡਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਚਿਤ ਹੋਵੇ, ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਮਾਡਲਾਂ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ਾਲ ਬਣਾਉਣ ਜਾਂ ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਦੇ ਜਾਇਜ਼ਾ ਮਾਡਲਾਂ ਦੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਅਪਣਾਈਆਂ ਜਾਣ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਡਲਾਂ ਵਿਚ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਅਤੇ ਆਬਾਦੀ ਸੰਬੰਧੀ ਪੱਖ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੇ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤੂਰਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਗਠਨ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਨੌਟਵਰਕ (ਰਵਾਇਤੀ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਰਵਾਇਤੀ) ਦੇ ਸੰਭਵ ਰੋਲ ਦੀ ਘੋਖ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਨਾਲੇ ਇਕ ਅਜਿਹਾ ਮਾਡਲ ਅਪਣਾਉਣਾ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਨਸਲਵਾਦ ਅਤੇ ਵਿਤਕਰੇ ਸਮੇਤ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਵਖ ਵਖ ਗੱਲਾਂ ਦੇ ਅਸਰਾਂ 'ਤੇ ਵੀ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
3. ਕੰਮ ਦੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ : ਕਾਰਡਿਫ਼ (Cardiff) ਵਿਚ ਜਿਹੜਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਪਹਿਚਾਣਨ, ਤੱਥ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਅਮਲੀ ਕੰਮ ਦੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਕਾਰਜ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਵਲ ਕੇਵਲ ਧਿਆਨ ਹੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਸਗੋਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਰਜ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।
4. ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਵਰਕਰ ਦੇ ਨਿਰੰਤਰ ਵਿਵਸਥਾਇਕ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਯੋਗਤਾਈਆਂ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨਾ : ਸਾਰੇ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਅਤੇ ਰਿਸੈਪਸ਼ਨ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ ਅਤੇ ਵਿਵਸਥਾਇਕ ਅਤੇ ਕਲਿਨਿਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਦੇ ਬਦਲ ਰਹੇ ਸੰਦਰਭ ਨੂੰ ਆਲੋਚਨਾਤਮਕ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਤੋਂ ਵੇਖਣ ਦੀ ਮਹੱਤਤਾ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ, (a) ਬਹੁ-ਭਾਂਤੀ ਸਭਿਆਚਾਰ ਵਿਚ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਦੇ ਵਖ ਵਖ ਸਿੱਧਾਂਤਾਂ ਅਤੇ ਬਿਊਰੀਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ; (b) ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੱਖਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਾਇਜ਼ਾ, ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ, ਨਿਜੀ ਸਫ਼ਾਈ ਅਤੇ ਸੰਸਾਰ ਤੋਂ ਚਲ ਵਸਣਾ, ਮੌਤ ਅਤੇ ਸੰਗ; ਅਤੇ (c) ਵਿਵਸਥਾਇਕ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਦੇ ਪਰਿਵੇਸ਼ ਵਿਚ ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਵਿਚ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਦੀ ਘੋਖ ਕਰਨਾ। ਹੋਰ ਮੁੱਖ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿਚ

ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਮਾਜਕ ਅਸਮਾਨਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ 'ਤੇ ਪੈ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਨਸਲੀ ਵਿਤਕਰੇ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ।

5. **ਕਾਰਡਿਫ ਲਈ BME ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਰਣਨੀਤੀ :** ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿਚ ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਕੁਆਲਿਟੀ ਬਾਰੇ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਬੂਤ, ਵਿਉਂਤ ਅਨੁਸਾਰ, ਪਰਿਚੇ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੀ ਸਨ। ਇਸ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ੀ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਸਰੋਕਾਰ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਵਲ ਧਿਆਨ ਦੁਆਇਆ ਗਿਆ, ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਉਚਿਤ ਹੋਣ, ਦੇਖਭਾਲ ਤਕ ਨਿਆਂਪੂਰਨ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਪੱਧਰ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਹੋਰ ਬਿਹਤਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਚਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮੱਰਥਾ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਵਿਚ ਵਾਧਾ, ਜੋ ਕਿ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਕਾਰਡਿਫ ਵਿਚ ਸਾਰਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਮੁਨਾਸਬ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇੰਗਲੈਂਡ ਦੇ ਉਲਟ, ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ ਘਟ ਗਿਣਤੀ ਵਾਲੇ ਨਸਲੀ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ, ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਹੋਰ ਚੰਗਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਜੇ ਤਕ ਕੋਈ ਕੋਮੀ ਰਣਨੀਤੀ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਜੇ ਤਕ ਸਿਹਤ ਐਡਵੋਕੇਟਾਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ, ਨਾਲੇ ਮੈਨੇਜਰਾਂ ਅਤੇ ਕਮਿਸ਼ਨਰਾਂ ਕੋਲ ਨਵੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ ਨੂੰ ਵਾਜਬ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕੋਮੀ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ 'ਇਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕੋਮੀ ਨੀਤੀ ਦੇ ਤੇਜ਼ ਦੰਦ' ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜੋ ਬਹੁਤ ਕਰਕੇ ਸਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਾਥਮਿਕਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਮਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਵਚਨਾਂ ਦਾ ਆਧਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਵਿਧਾਨਕ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਭਲਾਈ ਬਾਰੇ ਵਾਲੰਟਰੀ ਸੈਕਟਰ ਨੂੰ ਕਾਲੇ ਅਤੇ ਘਟ ਗਿਣਤੀ ਵਾਲੇ ਨਸਲੀ ਗਰੁੱਪਾਂ (BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਅਤੇ ਸੰਗਠਨਾਂ ਸਮੇਤ) ਲਈ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਰਣਨੀਤੀ ਤਿਆਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲੇ ਅਤੇ ਘਟ ਗਿਣਤੀ ਵਾਲੇ ਨਸਲੀ ਗਰੁੱਪਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਰਣਨੀਤੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਰਣਨੀਤੀ 'ਤੇ ਆਧਾਰਤ ਨਿਸਚਤ ਟੀਚੇ, ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਦੇ ਸੰਕੇਤਕ, ਲਗਾਤਾਰ ਮੁੱਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਸਾਰ ਅਤੇ ਲੋਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਵਿਧਾਨਕ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਤੈਅ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।
6. **ਲੀਡਰਸ਼ਿਪ :** ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਝਲ ਕੇਅਰ ਮੈਨੇਜਰਾਂ ਨੇ ਇਸ ਗੱਲ ਵਲ ਧਿਆਨ ਦੁਆਇਆ ਹੈ ਕਿ ਲਗਾਤਾਰ ਅਤੇ ਦੂਰ-ਰਸ ਅਸਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇਕ ਮਜ਼ਬੂਤ, ਪ੍ਰਤਿਬਧ ਅਤੇ ਸੀਨੀਅਰ ਲੀਡਰਸ਼ਿਪ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।
7. **ਆਬਾਦੀ ਦੀ ਨੁਹਾਰ :** ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਕੋਲ ਉਪਲਬਧ 'ਨਸਲ', ਜਾਤੀ, ਸਭਿਆਚਾਰ ਅਤੇ ਮਰਦਾਂ ਇਸਤਰੀਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਆਲੋਚਨਾਤਮਕ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ BME ਕਮਿਊਨਿਟੀਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮੁੱਲਾਂਕਣ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ। ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਅਸਰਦਾਰ ਵਿਉਂਤਬੰਦੀ ਲਈ ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ BME ਕਮਿਊਨਿਟੀਆਂ ਦੀ ਆਬਾਦੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਨੁਹਾਰ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਦਾ ਮੀਲਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸੂਚਨਾ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕੋਮੀ, ਪ੍ਰਾਦੇਸ਼ਕ, ਅਤੇ ਵਾਰਡ ਅਤੇ ਨੇਬਰਹੁਡ ਦੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵੇਰਵੇ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦਾ ਕੰਮ ਜਾਰੀ ਰਖਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਵੇਲੇ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੀ ਕਮੀ ਹੈ। ਨਸਲੀ ਗਰੁੱਪਾਂ ਬਾਰੇ ਡਰੋਸੋਯੋਗ ਡਾਟਾ ਅਤੇ ਨਸਲੀ ਨਿਗਰਾਨੀ, ਕਿਸੇ ਆਬਾਦੀ ਦੀਆਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ, ਮੌਜੂਦਾ ਸੇਵਾਵਾਂ 'ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰਖਣ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਾਧਨ ਹਨ।
8. **ਗੱਲਬਾਤ ਦੀਆਂ ਖੈਰਿਪੀਆਂ :** ਇਸ ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਅਨੁਭਵਾਂ ਤੋਂ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਕਿ 'ਗੱਲਬਾਤ ਦੀਆਂ ਖੈਰਿਪੀਆਂ' ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਖੈਰਿਪੀ ਅਤੇ ਕੋਸਲਿੰਗ ਦਾ - ਭਾਵੇਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਵਜੋਂ ਸੁਆਗਤ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ। ਮੌਜੂਦਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਮਨੋਵਿਗਿਆਨੀਆਂ ਅਤੇ ਮਨੋਚਿਕਿਤਸਕਾਂ, ਅਤੇ ਇਸ ਸੇਵਾ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿਚ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

9. *BME ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੰਗਠਨਾਂ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਵਿਆਪਕ ਪੈਕੇਜ* : ਸੇਵਾ ਦੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਅਤੇ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੋਹਾਂ ਦੀਆਂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ (ਨਾਲੇ ਲੰਡਨ ਅਤੇ ਬਰਮਿੰਘਮ ਵਿਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ BME ਸੰਗਠਨਾਂ ਦੀਆਂ ਫੋਰੀਆਂ ਤੋਂ - ਦੇਖੋ BE4 ਰਿਪੋਰਟ 3) ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ BME ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ 'ਮੁੱਖਧਾਰਾ' ਦੇ ਸੰਗਠਨਾਂ ਨੂੰ BME ਦੇ ਵਖ ਵਖ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਅਤੇ ਮਿਲੇ ਜੁਲੇ ਸਭਿਆਚਾਰਾਂ ਦੇ ਪਰਿਪੇਖ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿਚ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਚਾਰ BME ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨਾਂ ਦੇ ਦੌਰੇ ਕੀਤੇ ਗਏ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਮਿੱਤਰਤਾ ਕਾਇਮ ਕਰਨਾ; ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਤਕ ਪਹੁੰਚਣ ਅਤੇ ਉਸਦਾ ਸਮਰਥਨ; ਕੌਂਸਲਿੰਗ; ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਦੇ ਗਰੁੱਪ; ਵਕਾਲਤ; ਵਸੀਲੇ ਅਤੇ ਸੂਚਨਾ ਸੇਵਾ; ਅਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਕੋਅਰ ਅਤੇ ਭਲਾਈ ਕਾਰਜ) ਦਾ ਆਧਾਰ ਹੈ (a) ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪ/ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੀ ਜਾਤੀ ਅਤੇ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਪਿਠਭੂਮੀ ਵਲ ਧਿਆਨ ਦੇਣਾ ਅਤੇ (b) ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕਾਂ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਇਕ ਹੱਦਾਂ ਬੰਨਿਆਂ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਕਿਵੇਂ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵੇਲੇ ਕਾਰਡਿਫ ਵਿਚ ਇਕ ਦੋਸਤੀ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਬਹੁਗਿਣਤੀ ਦੇ ਵਿਚਾਰ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਇਕ ਅਹਿਮ ਸੇਵਾ ਹੈ। ਪਰ ਡਾਟਾ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਸਫ਼ਰ ਵਿਚ ਕਈ ਵਖ ਵਖ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਸਮਰਥਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਕਾਰਡਿਫ ਵਿਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਇਕ ਪੂਰਾ ਸਮੂਹ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ BME ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਅਗੇ ਹੋਰ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿਚ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।
10. *ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ* : ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀਆਂ ਲਈ ਸਾਰੇ ਸੰਦੇਸ਼ ਅਜਿਹੇ ਰੂਪ ਵਿਚ ਲਿਖੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਜਾਂ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਗਰੁੱਪਾਂ ਲਈ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰਸੰਗਕ ਹੋਣ। ਸੰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਸਿੱਧਾਂਤ ਵਿਚ 'ਉਲਥਾਇਆ' ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਲਈ ਪ੍ਰਸੰਗਕ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਸਮਝ ਆ ਸਕੇ। ਲਿਖਤੀ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਵਰਕਰਾਂ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੋਹਾਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਦੋ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਕਾਫ਼ੀ ਪ੍ਰਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿਚ, ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਮੰਗਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਦੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰਥ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਇਕ ਅਤਿਅੰਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਮਾਮਲਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਪਲਬਧ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ ਦੀ ਇਸ ਵੇਲੇ ਪ੍ਰਤੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਾਟ ਹੈ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਨਾ (ਅੰਕੜਿਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਰੂਪ ਵਿਚ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।
11. *ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ* : ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਵਲ, ਸਮੁੱਚੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿਚ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਤਾਲਮੇਲ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਕੋਅਰ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਵਸਾਇਕਾਂ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਨਸਲੀ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਗਰੁੱਪਾਂ ਅਤੇ ਸੰਗਠਨਾਂ ਨਾਲ ਚਿਕਿਤਸਕ ਸੰਪਰਕਾਂ ਬਾਰੇ ਤਰਜੀਹ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਘੱਖ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਕਿ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਲੀਡਰ ਖ਼ਾਸ ਗਰੁੱਪਾਂ ਨੂੰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸੂਚਨਾ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕੀ ਰੋਲ ਅਦਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
12. *ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਕੋਅਰ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਸੂਚਨਾ ਖਪਿਆਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣਾ* : ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਕੋਅਰ ਬਾਰੇ ਵਿਵਸਾਇਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਆਮ ਸਹਿਮਤੀ ਸੀ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿਚ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਵਖ ਵਖ ਗਰੁੱਪਾਂ ਬਾਰੇ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ ਅਤੇ ਆਸਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ 'ਸੋਚ ਵਿਚਾਰ ਲਈ' ਡਾਇਲੋਗ ਹੋਵੇਗੀ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੋਚ ਸਮਝਕੇ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ, ਪਰ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੇ ਪਿਛੋਕੜ, ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਸ਼ਵਾਸਾਂ ਅਤੇ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਦਸਤੂਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਅਜਿਹੀ ਸੂਚਨਾ NHS ਜਾਂ WAG ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਯੋਜਿਤ ਸਿਹਤ ਵੈਬਸਾਈਟਾਂ ਵਿਚ ਰਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

-
13. ਪਹੁੰਚਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਕਲਪਨਾਵਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣਾ : ਡਾਟਾਸੈੱਟ ਤੋਂ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਕਾਰਡਿਓ ਵਿਚ ਉਪਲਬਧ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸੀਮਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਨਾਲ ਹੀ ਇਹ ਵਿਚਾਰ ਵੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦਾ ਆਮ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ BME ਪਿਛੋਕੜ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਅੰਦਰ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੀਆਂ, ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਢੁਕਵੀਆਂ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਵਾਧੇ ਲਈ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਪੱਖ ਤੋਂ ਸੁਯੋਗ ਵਿਦਿਅਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸਿਆ ਜਾਏ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ, ਰਾਜ਼ੀ ਹੋਣ ਦਾ ਸਿੱਧਾਂਤ, ਰੋਕਥਾਮ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਸਵੈ-ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਢੰਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਸ਼ੈਲੀਆਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਇਹ BME ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਆ ਸਕਣ ਅਤੇ ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ BME ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੀਚਾ ਮੰਨ ਕੇ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ, BME ਪਿਛੋਕੜ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ।
14. ਕਾਰਡਿਓ ਵਿਚ BME ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਤ ਸੋਸ਼ਲ ਕੋਅਰ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ : ਕਾਰਡਿਓ ਵਿਚ (ਨਿਰਸੰਦੇਹ ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ) BME ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਅਤੇ ਸਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਚ ਵੱਡੇ ਖਪੇ ਹਨ। ਵੇਲਜ਼ ਵਿਚ ਵਧ ਰਹੀ BME ਵਸੋਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਹੋਰ ਪਤਾ ਨਿਵਾਂ ਅਤੇ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਵਧੀਕ ਖੋਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਖੋਜ ਇਕ ਵਡੇਰੇ ਸੈਪਲ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

研究目标

研究目标如下：

1. 规划和研究精神健康和社会保健专业人士向非洲、加勒比海、南亚、东南亚血统的人们提供信息和服务的质量。
2. 为了提供目标群体精神健康和社会保健信息和医疗需要的根据基线，进行必要的评估。
3. 确定获得所提供服务和保健的困难性，对如何发展多方式、多部门、多业务的医务所体系提供建议。

要点和建议

1. *跨文化术语*：各个种族之间意思的可转移性，语言和交流之间的联系，以及有效服务的可获得性等问题依旧没有解决，并且没有容易的解决方法。例如：幸福感和良好的整体健康的概念是许多 BME 群体讨论精神健康和疾病的良好开始。然而，精神健康的概念，例如幸福感和良好的健康，在多种文化和语言之间是很难互译的。很清楚，在西方和非西方之间关于精神健康的概念、思想、解释方面需要进行“沟通”工作。
2. *跨文化精神健康评估模式*：有清楚的迹象表明，需要知道西方主流的精神病评估模式的弱点。当正确知道时，可以拓宽现有的评估模式或者引出跨文化评估模式。这样的评估模式将文化因素和人口统计学因素包括在内，并且调查健康信仰和习惯以及研究家庭组织和社区网络（传统和非传统）可能的作用。评估模式非常重要的一点是允许考虑各种刺激物的影响，包括种族主义和歧视。
3. *发展医务所体系*：需要认可、集中和提升已经在卡迪夫 (Cardiff) 市开业的好的医务所，加强医务所体系的发展，该体系不仅执行而且制定提高现有服务和发展新服务的行动计划。
4. *将文化能力确定为健康保健工作者持续职业发展的一部分*：所有的健康保健和接待人员都应当接受文化能力培训，其中强调仔细考虑一个人自己的健康信仰并且变换职业和临床实践环境的重要性。其中关键部分应当包括：(a) 介绍跨文化健康保健的核心概念和理论；(b) 重新认识保健方面的要点（也就是评估、语言和交流、个人卫生以及临终、死亡和亲人丧亡）；(c) 在专业规则背景下研究跨文化健康保健。其它关键部分包括：知道社会的不平等和种族主义对一个人精神健康的可能影响。
5. *卡迪夫市的 BME 精神健康策略*：正如按照原先的计划，在目标群体获得信息和精神健康保健的质量方面所收集的证据是介绍性的。不过，该试验研究的结果指出：关于适当的健康保健供应的需要，公平获得保健的程度，如何更好地开展服务，以及保健服务者向卡迪夫市内所有人提供适当的反应迅速的保健需要的场所的容量和能力。另外，和英格兰不

同，在威尔士还没有特定的国民策略或政策打算改善少数民族群体的精神健康，或者改善他们接受精神健康服务的保健和医疗。到目前为止，健康提倡者、精神健康从业者以及管理人员和专员都没有特定的国民政策文件或者长期指示用来加大新服务方面的资金投入。照这样，他们不必支持“特定的国民政策的强制”，这种政策往往加强政府的优先权并且使他们自己承担提供资金的义务。应当通过法定的精神健康服务部门和义务的精神健康服务部门以及社会福利部门（包括 BME 群体和组织）制定“黑人和少数民族精神健康策略”（Black and Minority Ethnic Mental Health Strategy）。这可以成为大“黑人和少数民族健康策略”的一部分。加强该策略必须制定目标、制定执行指标、制定发展评估和传播，同时也要制定公众服务的法定要求。

6. **领导：**健康和社会保健管理人员指出需要有坚强、尽责、资深的领导保证在稳定和长远的情况下进行精神健康保健服务方面的改变。
7. **种族分析：**缺乏威尔士精神健康保健管理下的“种族”、种族划分、文化和性别的临界试验，威尔士的 BME 社区健康保健的评估就不能充分的进行。为了规划高效的服务，应当收集威尔士 BME 社区的人口统计和健康分析信息，并且使得这些信息有效。正在进行中的国家、地区以及行政区和邻近地区级别的分析工作是非常必要的。目前缺乏 BME 群体的健康统计数据。种族群体可靠的数据和种族监测是确定种族精神健康保健需要，监测当前服务和开展新服务的基本方法。
8. **谈话疗法：**服务的用户和目标群体成员的经验表明“谈话疗法”受到大家的欢迎，例如精神疗法和辅导，这种疗法可以和药物疗法一起使用或者替代药物疗法使用。发展现有的服务，采纳跨文化心理学家和精神病学家的建议和指导，同时考虑目前和过去服务的用户的建议。
9. **BME 精神健康组织专家提供全面的保健方案：**服务的用户和 BME 群体成员的评论（伦敦和伯明翰 BME 专家组织最好的医务所参观，参见 BE4 Report 3）表明 BME 专家精神健康服务和“主流”组织明显需要考虑跨文化观点的 BME 客户的要求。调查的四个 BME 专家精神健康组织提供的核心服务（扶助、外展和社区支持、辅导、用户群体、提倡、资源和信息服务以及社会保健和福利工作）都得到了加强，这是通过注意以下情况实现的：(a) 目标群体的种族和文化背景。(b) 知道社会决定因素和制度障碍如何影响获得和提供这些服务。目前在卡迪夫市有扶助服务，大多数参与者认为这是一项很重要的服务。不过，数据表明病人在保健疗程中许多不同的时刻都需要支持和干预。卡迪夫市需要充分补充新的服务，这一点很明显；同时需要加强现有的 BME 专家精神健康服务。

-
10. *语言和交流*：以 **BME** 群体和社区为目标的所有信息需要写成和目标社区或者社区群体文化相应的形式。这些信息需要“翻译”成目标社区相关的和可理解的概念。为了帮助保健工作者和社区成员，书面材料应当是双语材料。口译服务应得到良好的宣传，充分的使用，并且该服务要擅长满足服务者和用户的需求。需要紧急考虑的问题是当前非常缺乏可获得服务的信息，并且没有目前口译服务使用的信息。
 11. *家庭和社区参与*：需要从事和协调在整个家族中个人的精神健康需要的工作。精神和社会保健专业人士应当考虑当地种族社区和组织进行保健的偏好，还要研究在向特定群体提供精神健康信息时，宗教和社区领导所起的作用。
 12. *解决精神健康和社会保健部门的信息缺乏问题*：健康和社会保健专业人士一般都认为，接触到的不同群体的文化知识和这些群体的健康信仰和期望，在必要的情况下必须进行“深入的交流”时非常有用。虽然 **BME** 群体的背景、健康信仰和文化习惯这些知识在紧急的时候才需要使用，但是这些容易得到的信息是必须的。这些信息可以在众多 **NHS** 或者 **WAG** 赞助的健康网站上找到。
 13. *解决医疗获得可能性的主流观念的问题*：数据库上的信息清楚的显示，大家对于在卡迪夫市可以获得的精神健康服务缺乏了解。同时，普遍的观念认为（来自未接受精神健康服务的人），来自 **BME** 的人将不能获得现有的服务，或者获得的服务不适当，或者获得的服务不及时。需要在文化上符合要求的精神健康促进教育计划，解释这些问题或者情况是可解决的，并且介绍精神健康的医疗方法、恢复思想、预防建议和自助方法。这种计划的交流方式和结构的特定的群体是 **BME** 人群，并且必须是他们可以理解的。对于健康服务的用户、**BME** 背景的公众成员和那些精神健康服务的工作人员，我们需要特定的策略。
 14. *卡迪夫市 BME 群体的精神健康和相关社会保健的需要*：研究在卡迪夫市（实际上在威尔士）的 **BME** 群体精神健康需要的资料还很欠缺，因此我们了解的也很少。我们需要更多的研究（利用较大的样本空间），进一步调查和规划威尔士正在增加的 **BME** 群体的需要。

Programme of Research & Extended Summary

Rooted in the principles underpinning key Welsh policy documents in mental health, the objectives of the BE4 study were developed across the following series of inter-related modules, or areas of activity:

Principle	BE4 Objectives	Activity
<ul style="list-style-type: none"> • Equity: Assessing the mental health and social care needs of BE4's target groups 	<ul style="list-style-type: none"> • Gather experiential evidence and current knowledge of services from users and members of the target group 	<ul style="list-style-type: none"> • Literature review • Needs assessment
<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment: Mental health and social care promotion & outreach 	<ul style="list-style-type: none"> • Raise awareness to empower communities to access appropriate services that are available 	<ul style="list-style-type: none"> • Profiling work • Outreach work
<ul style="list-style-type: none"> • Effectiveness: Establishing monitoring frameworks, and developing policy and practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Provide a baseline for planning to monitor mental health inequalities that may exist for the targeted BME groups in Cardiff 	<ul style="list-style-type: none"> • Best Practice visits
<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency: Documenting and disseminating information about the study's findings 	<ul style="list-style-type: none"> • Compile a set of recommendations that can be used to develop a draft multi-professional/multi-agency practice framework for providing appropriate mental health and related social care information 	<p>Reports:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Literature review 2. Profiling work 3. Best practice visits 4. Needs Assessment

Scoping Literature Review

The aim of the scoping literature review was to provide a thematic analysis of the research literature covering the mental health (and related) social care needs of Black and Minority Ethnic people in the UK. The keywords used in the search were: **service provision, ethnic minority health, mental illness across cultures, 'race', ethnicity and culture, health need, African, Caribbean, South Asian, Chinese, Vietnamese, appropriateness criteria, and forensic psychiatry.**

Key Findings

- The importance of 'race' and ethnicity: The significance of 'race' and ethnicity in understanding and assessing health needs is crucial to understanding how these factors influence people's access to services.
- Key themes: Several themes emerged from the literature, three of which were determined to be the most recurrent and noteworthy: (a) the over representation of BME groups within particular disorder and placement categories; (b) differing presentation of symptoms; and (c) issues surrounding care and service delivery.
- Formal and informal admissions: Some admissions are voluntary but evidence suggests that people from BME backgrounds are more likely to be sectioned under the Mental Health Act.
- Problems with statistics: Statistical data suggest that people from BME backgrounds are more likely to be admitted to hospital, rather than be treated as out-patients. This misrepresents illness patterns and only shows the more severe end of psychiatric illnesses.
- Health beliefs about illness, the body, and medical systems: Amongst many BME communities, illness is not viewed simply as a mechanical dysfunction but incorporates mind, emotion and spiritual aspects. This radically alters how illnesses are presented and also impacts on compliance with care packages.
- Health seeking behaviours and utilisation of services: Public health campaigns need to take into account the ways in which different ethnic groups seek support for their illness experiences.
- Causative factors of good and ill health: It is clear that it is not just pathology that affects health, but also environmental, socio-economic, educational, and other social factors impact on the quality of people's lives and their physical and psychological well being.
- Outcome of illness: Amongst different BME communities, the outcome of illness differs, with recovery and relapse rates being very different from white majority populations.
- Community capacity building initiatives: Community groups and organisations can play a positive role in promoting good mental health and wellbeing, as well as supplying useful information.

-
- Role of carers: The involvement of carers remains crucial, although their significance in caring for their family members is not properly recognised.

Taken from the literature, the following informed the questions and topics raised during the best practice visits, interviews, and focus group discussions:

BME people have tended to face:

- problems in accessing services
- lower satisfaction with services including hospital care
- cultural and language barriers in assessments
- lower GP involvement in care
- inadequate community-based crisis care
- lower involvement of service users, family and carers
- inadequate support for Black community initiatives
- an aversive pathway into mental health services:
 - higher compulsory admission rates to hospital
 - higher rates of transfer to medium and high secure facilities
 - higher involvement in the legal system and forensic settings

BME people have tended to face:

- lower effectiveness of hospital treatment
- longer stays in hospital
- higher rates of readmission to hospital
- a lesser likelihood of having social care/psychological needs addressed within care planning/treatments processes
- greater likelihood of severe and coercive treatments
- lower access to talking treatments

Profiles notes of the BME study groups and the targeted wards (Butetown, Grangetown & Riverside)

Awetu is based in the Cardiff ward of Riverside and although the organisation works with clients who live throughout Cardiff and beyond, a large number of service users are based in Riverside and the surrounding wards of Butetown and Grangetown. In commissioning the study, the aim was to explore the mental health needs of BME people living in Cardiff, with a particular emphasis on the needs of people living in these three wards. Presently, there exists a dearth of collated documentation on the targeted BME study groups. The aim of the profiling work was to:

- draw on new statistical data and anecdotal information in order to consolidate knowledge about BME study groups' history, settlement patterns, ethnicity, and religion and to highlight some prevalent health care beliefs and practices.
- provide information on the Cardiff wards of Butetown, Grangetown and Riverside.

Key Findings

- According to the 2001 Census, out of a population of approximately 2.9 million people in Wales, 2.1 percent (60,900) were from BME backgrounds . Since 1991, there have been increases in the proportion of African, Indian, Pakistani, Bangladeshi, and Chinese people as well as an increase in the number of people who classified themselves as having mixed ethnicities.
- BME groups were concentrated in the three largest centres of population in Wales: Cardiff just over 8.5 percent, Newport 5 per cent, and Swansea 2 percent. By far the highest concentrations were in Cardiff, with an approximate number of 25,700 people from BME backgrounds.
- The histories, settlement patterns, residential status and occupational profiles of BME groups in Wales are different from those in other parts of the UK, and there is a need to consider the particularities of the Welsh context.
- Under-enumeration remains a concern when making use of the recent Census findings and an important consideration is the dispersal policy underpinning the processing and settlement of asylum seekers. Although not necessarily included in the Census, the number of new residents from BME backgrounds is increasing - in the cluster areas of Cardiff, Swansea, Newport and Wrexham in particular. According to figures published in December 2003, there were over 5,000 asylum seekers in Wales (WAG, 2004).
- The African sub-groups were the Sudanese, Somalis, and people from North Africa and the Middle East These three subgroups were targeted based on either their established presence in Cardiff or their recent increasing numbers. The 2001 Census does not provide figures for African sub-groups, but the recorded number of Africans in Cardiff was 0.72 percent of the population (2,198). The recorded number of those with mixed ethnicities (White & Black African) was 0.34 percent of the population (1,038). However these, like all figures provided in Census reports must be taken as conservative estimates – not least because of the increasing number of African asylum seekers and refugees recently settled in Cardiff.
- Black Caribbean people and their descendants have lived in Britain for over 300 years, although there was a significant increase in the number of people from the Caribbean between the 1940s and 1970s. During this period in Wales, people came from several of the Caribbean islands, with the majority of people coming from the islands of St Kitts, Nevis, Barbados and Jamaica. Today, those who can trace their heritage directly, or in part, to the Caribbean live throughout Cardiff, with significant numbers in Ely and Llanrumney, as well as in Butetown and Grangetown. In terms of numbers, the Caribbean group has a population size of 0.44 percent (1,343) in Cardiff. However, the number of people of Caribbean descent is most likely greater, as many now fall in the ‘mixed ethnicity – White & Black Caribbean and ‘Black –Other Black’ census categories. The great majority of Black Caribbean people speak English or French, as well as Creole or patois (an amalgam of French or English and African words and phrases). Caribbean people tend to be members of a number of Christian denominations, including Church in Wales, Roman Catholic, Baptist, Methodist, and the Pentecostal Church. Some are

also devotees of Rastafarianism and Islam. Associated beliefs include those related to food and the impact certain foodstuffs might have on the body. Some people have firm beliefs in possession by devil and spiritual attacks as causing illness. Often, spiritual leaders will be sought to exorcise or pray over people as a source of support.

- The South Asian sub-groups included in this study were Bangladeshis, Indian (Gujarti, Hindus and Punjabi Sikhs), and Pakistani Muslims. The 2001 Census does not provide figures for all these subgroups, but the number of South Asians in Cardiff in 2001 was: Bangladeshi: 0.83 percent (2,534); Indian: 1.25 per cent (3,816); Pakistani: 1.40 per cent (4,274). The recorded number of those with 'mixed ethnicities': White & Asian: 0.43 percent (1,313) and 'Asian-Other': 0.47 per cent (1,435). However these, like all figures provided in Census findings must be taken as conservative estimates – not least because of the increasing number of South Asians (Bangladeshis in particular) who are entering Cardiff as asylum seekers and refugees via the dispersal policy.
- In the 2001 Census, the two main East Asian subgroups were 'Chinese' and 'Chinese other' and so it is very difficult to know the approximate number of Vietnamese people there are in the UK. In the 2001 Census, 0.60 per cent of the population in Cardiff were recorded as Chinese (1832) and 0.47 percent (1,435) of the population of Cardiff were recorded as 'Asian-Other'. It can only be assumed that a proportion of people in these two groups were Vietnamese. The Chinese first came to Britain in significant numbers in the 1860's to work on the docks. In the 1950's and 1960's, they came based on the increasing demand for Chinese cuisine and in the 1990's, to seek asylum after the Tiananmen Square revolt in 1989. There has been a recognisable Vietnamese community in Britain since the 1970's, when a significant number were invited to enter Britain as refugees. The main languages spoken by Chinese and Vietnamese people are Vietnamese, Hakka, Mandarin and Cantonese. The main religion and philosophical ideas followed by the Chinese and Vietnamese people are Buddhism, Confucianism and Taoism, ancestor worship, and Christianity (many in Britain are Roman Catholic).
- The greatest number of BME people live in Butetown, Grangetown and Riverside, followed by Plasnewydd, Adamsdown, Cathays, and Gabalfa.
- Each of the wards targeted is ethnically diverse and together they are the most diverse in Cardiff. They are also amongst the most deprived in terms of a host of socio-economic indicators (child poverty, housing stock, education, and access to services and amenities and health).
- Although Cardiff generally has above average health and social conditions compared with the rest of Wales, there are considerable variations between and within localities (including the ones targeted in this study), with people in some electoral divisions experiencing deprivation that is amongst the worst in Wales.
- The regeneration of the three targeted areas, including the building of the Millennium Stadium, the redevelopment of Cardiff Bay and the regeneration work along Ferry Road, has brought increased levels of economic growth, although these regeneration programmes have also brought in social problems and exclusion for many of the ethnic minority groups (and other local residents) who are not benefiting from these developments.

-
- The resident population of Butetown was recorded in 2001 as 4,487, living in 2,163 properties. Butetown is the most ethnically diverse ward in Cardiff and Wales, with 32 percent of the resident population from BME backgrounds, as recorded in the last Census. This includes Black or Black British/Welsh (13.4 percent), people of mixed ethnicity (8.3 percent), Asian or British Asian/Welsh (8.1 percent) and those from Chinese or Other Ethnic Groups (2.6 percent). In terms of religion, the biggest group was Christian (49.7 percent), the second largest recorded religion was Islam (19 percent) and 18 percent indicated that they had no religion (National Statistics website: www.statistics.gov.uk)
 - The resident population of Grangetown was, according to the 2001 census, 14,367 living in 6,036 households. There is a significant ethnic minority population in Grangetown (21 percent), making it the second most ethnically diverse area in Cardiff after Butetown. Key BME groups in Grangetown include Asian or Asian British/Welsh (13.2 percent) Black or Black British/Welsh (4.2 percent), Chinese (2.5 percent) and those of mixed ethnicity (3.8 percent). In terms of religion, 57.5 percent were Christian, with Muslims being the second largest religious group (12.4 percent) and people who declared themselves Hindus resident in Grangetown at 3.4 percent.
 - The resident population of Riverside was recorded in 2001 as 12,021, with residents living in 5,349 households. In Riverside, there is a significant ethnic minority population (23 percent), including Asian or Asian British/Welsh (15.6 percent), Black or Black British/Welsh (2.8 percent) Chinese (2.5 percent) and people of mixed ethnicity (2.41 percent). In terms of religion, the biggest group in Riverside is Christian (48.8 percent), followed by Muslims (14.6 percent), Hindus (2.4 percent), and Sikhs (1.6 percent). (National Statistics website: www.statistics.gov.uk).
 - There are a number of religious centres in the three locales which meet the needs of the local populations.
 - There are differences as well as similarities, between and among the targeted BME groups and there is a need for further data regarding the cultural beliefs, attitudes, knowledge and health practices of the numerous BME groups residing in Cardiff, as well as knowledge of the key issues impacting on all BME groups.

Best practice visits

Shortly after the start of the BE4 study, it became clear that it was going to be very difficult to access participants of Chinese and Vietnamese descent. This was due to the lack of established organisations for these community groups in Cardiff, the dispersed nature of their settlements and the lack of health and social care community workers linked to these two groups. Visits were initially conducted to national centres that worked specifically in delivering mental health services to these two groups. Visits were then made to an organisation working with South Asian people and one working specifically with African and African-Caribbean people. The four organisations visited are as follows:

- Chinese Mental Health Association (London)
- Vietnamese Mental Health Service (London)
- Franz Fanon Centre (Birmingham)
- Asian Services (Birmingham)

When conducting the visits, the questions raised sought to: (a) identify the services offered and (b) highlight why these services and the best practice underpinning them were significant for the particular ethnic minority group(s). In keeping with the aims of this study, information was also gathered on: (c) how best to improve access to information and (d) best practice tips on improving services and care provision. The four visits took place between March 2003 – September 2003. Best practice guidance was collated in order to highlight key services provided by specialist BME mental health organisations, as well as to provide effective examples of how services could be designed to meet the needs of Cardiff’s diverse population.

Key Findings

The visits:

- The core services offered by the four organisations (befriending; outreach and community support; counselling; user groups; advocacy; resource and information service; and social care and welfare work) are underpinned with attention to: (a) the ethnic and cultural background of the targeted group(s), and (b) the awareness of how social determinants and institutional barriers impact on access and the delivery of services.
- All four organisations ensure that individuals of their target client group have recourse to ‘spaces’ or services in which they feel supported and understood. Underpinning this are the histories of discrimination and unequal treatment based largely (although not exclusively) on ‘race’ and ethnicity, as well as the continued perception that mainstream mental health services are not able to meet the needs of their particular ethnic minority groups.
- All four organisations were aware of the importance of having specialised BME mental health services, but services that are well connected, even if not integrated with mainstream statutory service provision.

Best practice guidance:

Based on the visits to specialist BME organisations in London and Birmingham, the following summary of best practice guidance can be used to help develop services that are designed around, and responsive to, the diverse needs of Cardiff's population:

- Service providers should provide information about statutory and voluntary health, mental health, and social care/welfare organisations to cultural, religious and community groups on a consistent and engaged basis.
- Wider stakeholder and community engagement will improve the flow of mental health information messages and help in the development of more responsive services.
- Health promotion work undertaken that positions the differing perceptions of mental health and wellbeing as a starting point to educating and informing people about mental wellbeing, and the services that are available to those with mental ill health. Health promotion initiatives should take account of the differing notions of mental health, providing common ground and 'bridges' to available services.
- Interpretation services that are well publicised, fully operational, and adept in keeping up with the demands of service providers and the needs of service users.
- In the case of those of South and South East Asian descent in particular, counselling, or emotional support has to take into account the opinions, needs and values - and at times the presence - of other family members. Thus, the push is to develop talking therapies for the family as a unit, whilst giving recognition to the fact that this cannot be assumed to be the best method in all cases.
- Consultation should be an integral part of service development in order to examine the specificity of each group as well as to map common issues faced by BME groups across the board. There remains a need to tackle the specific needs of each BME group. However, there is an equally important need to explore the linkages between BME groups and the 'joined up' working that could be developed between these groups and the wider statutory and voluntary mental health and social care sector.
- The production of high quality research to impact at a practical, as well as at a strategic level. Research into the mental health information needs of BME groups is essential in tackling mental health inequalities, further improving the provision of services, identifying solutions to unmet need and unequal access, as well as mapping, spotlighting, and disseminating areas of success and improvement.
- Ongoing training to service providers so that they are confident and competent in conducting patient profiling, assessment, and delivering care to all those accessing services. This is not only a statutory duty; it is a legal requirement.
- Useful ethnicity data collected and used in order to inform the commissioning and development of services.

The Needs Assessment

For the needs assessment, primary data collection comprised interviews with service users and members of the BME targeted communities, interviews with stakeholders and focus groups with BME community members:

Service users who took part in the study (n =12; women = 11, men = 1)

Bangladeshi	3
Caribbean	3
Indian	2
Pakistani	2
Asian Welsh	1
Asian other	1

Stakeholders (n = 44; women = 28, men = 16)

The stakeholders are categorised into the following sub sectors:

Statutory health sector	5
Voluntary health sector	1
Statutory mental health sector	14
Voluntary mental health sector	11
Statutory social care sector	5
Voluntary social welfare sector	8

BME individuals not targeted or identified as being mental health service users who took part in the study (n = 45; women = 37, men = 8)

Five participants in this key group were interviewed, with the remaining number (n = 40) part of the following focus groups:

	Number of participants
Chinese group	8
Caribbean group	7
Gujarti women's group	4
Pakistani and Bangladeshi women's group	12
Egyptian, Yemeni, Palestinian and Sudanese women's group	9

Dataset

Interviews:	61 participants
Focus groups:	40 participants
Total:	101 participants

The interviews were tape recorded and transcribed (and translated where applicable) with the consent of the participants. A manual thematic analysis of the data was conducted and then the anonymised data was entered onto NVivo, a qualitative software package. The framework of the interviews and focus groups, although tailored to each key group, covered the following themes:

-
- Perceptions of health and mental health
 - Access to information
 - Use of services
 - Knowledge of services
 - Experience of services
 - Working with a diverse client base
 - Solutions to specific issues
 - Role of non-statutory services
 - Commissioning and management issues
 - Change management

The findings of the needs assessment were organised around a number of key questions that were, in turn, rooted in the above a priori themes and those themes that were identified by the dataset.

Key summary points and findings

How is the term mental health understood by BME service users and people from the targeted BME groups?

- The term mental health was not commonly used or understood by all the targeted BME participants, with many of the alternative phrases displayed during the interview considered to be more meaningful and appropriate. The most commonly chosen phrases were 'feeling low', 'depressed', 'feeling down sometimes', 'mind body-soul balance', and 'state of mind'.
- For some, mental health was a new or 'foreign' concept. In explaining the family's reaction to her explanation for help, one service user (C00001) stated, 'they don't realise that there is a thing called mental health and if you go to a doctor that they can help you...(I) t is foreign, to them: what is mental health? What are you talking about?' With this comes confusion as to the range of mental illnesses understood in western psychiatry and psychology, which can lead to the rejection of the term mental health.
- The importance of the words or phrases spoken in various languages that were offered during the interviews and discussion groups. The use of these non English words and phrases highlights the fact that although the alternative English words and phrases proved useful, they did not cover the range of ways people from different BME cultural, ethnic and religious backgrounds understood mental health and mental ill health to be.
- The notion of community plays a crucial symbolic role in generating people's sense of belonging. For people from BME backgrounds, the issue of stigma – a common theme when dealing with how people understand mental health - is best understood in the particular layering of family connections, community affinities and ongoing issues of societal inequality.

How do BME mental health service users and people from the targeted BME groups access mental health and related social care information? What are some of the barriers?

- The targeted BME services users and participants accessed health information via religious leaders, their GPs, family and friends, as well as via word of mouth, informal networks and community recommendations.
- Access to faith-based information, such as faith-based counselling information was an important first step for adherents
- BME groups and organisations - although they may not have mental health expertise – nonetheless played an important role in how some people from BME backgrounds access health information.
- Lack of awareness of available services is common across all ethnic groups, but this issue is particularly relevant to disadvantaged groups and those facing societal discrimination, as well recent arrivals and those who do not speak or read English.
- The decision not to access information from mainstream services is rooted in an individual's perception, knowledge and understanding of the services being offered. Central to this are benefits to be obtained, as well as whether or not the service will be able to understand and provide for their needs.
- Suspicion and distrust of mental health services held by some people is rooted in a particular history in the UK which must be understood when discussing how people from BME backgrounds make choices about where and who to go to for mental health information and care.

Indications of service provision- views and perceptions of BME users of mental health services

- Perceptions of appropriate and responsive care revolved around the lack of access to 'talking treatments' (including psychotherapy and counselling), coupled with a reliance on medication alone; the lack of access to prayer rooms, as well as to health professionals or religious leaders who could offer faith-based or transcultural perspectives to their care; and issues around ongoing care from mental health and social care voluntary organisations, as well as their needs when healthy and well;
- Although the majority agreed that there was a need for pharmacological interventions, some expressed concerns about being over-medicated or only medicated. Also highlighted was the issue of choice – choosing not to take the medication options that were offered;
- Those who did describe experiencing racism while making use of primary and secondary care services framed these issues in terms of personal (one-to one) and organisational discriminatory practices in various ways;

-
- For those who made use of mental health services, 'talking therapies' were generally welcomed – either alongside or instead of prescription medicines;
 - For some participants, it was important to have treatments that were rooted in a trans- or cross cultural perspective and it was also evident that faith-based treatments, such as faith- based counselling, were important to those who gained strength through prayer or elements of spirituality;
 - Of those interviewed, the majority felt that the interaction with members of the two community mental health teams covering Grangetown, Riverside and Butetown was useful, helpful and important.

Indications of service provision - views and perceptions of a sample of the targeted BME groups (non recipients of mental health services)

- Language and communication remain of paramount importance and concern to this group of participants, not least those with limited or very limited English language proficiency;
- Services are needed that recognise the impact of racism as well as cultural factors such as religion and diet, on people's experiences of everyday life. Under this theme was the impact of 'race', ethnicity, environment and gender on mental health, in particular the stresses of Black Caribbean masculinity and the gender roles negotiated by some South Asian women;
- There were concerns about the mental health needs of children, in particular how children negotiate conflicts that may arise when forging identities that are rooted in Welsh society, as well as the mores and cultural norms of their family's links and connections to countries beyond British borders. Linked to this were the intergenerational differences in how mental health is perceived; the links that need to be made between carers and family members; and the issues facing young people seeking help;
- Perceptions of racism or discrimination were most often couched in terms of not being understood, or fears that specific and important issues would or could not be addressed;
- Religion was also considered important, as was faith-based counselling for those who are facing a spiritual crisis as well;
- Importance was attached to getting more psychiatrists or counsellors who can address issues raised by, or linked to wider societal racism and discrimination.

How do health and social care professionals view their work in terms of support in addressing well-known barriers to access and treatment for BME people?

- The issue of BME mental health care and treatment was one of a host of issues being addressed by health and social care professionals. Singled out as it was in

the study, it is perhaps axiomatic that it was considered by many to be an important, albeit additional set of issues.

- There was a general awareness of the barriers faced by people from BME backgrounds: the lack of knowledge about the available services – a theme that cuts across all the key study groups; the importance (and present lack) of mental health professionals from BME backgrounds; the links between recruitment and staffing and wider perceptions of accessibility; racism and the importance of tackling ethnic, cultural and religious differences.
- More proactive mental health nurses, midwives and health workers appeared to take pride and have added confidence in personal coping and delivery strategies, such as the development of an understanding of the cultural mores of their clients, making use of interpreters, gaining the support of BME health workers, and building up links with relevant BME voluntary mental health organisations and community groups. There were examples of individual good practices being developed and established cultural competencies, with clear examples (and awareness of) the areas in clinical and non-clinical practice that need to be developed. There were, at the same time, limited indication of reflection of these strategies or supporting training to augment these skills.
- From a manager's perspective, it was generally understood that the issue of commissioning mental health services in general has been problematic in Cardiff and this has impacted adversely on the design of more responsive services for a diverse population.
- There was a general consensus of the need to commission and provide more responsive, appropriate care and treatment models – models not necessarily rooted in the dominant western medical model. It was also felt that there was a need to develop appropriate information materials and training for staff, and that systems need to be in place for collecting useful ethnicity data.

Acknowledgements

We would like to thank the many individuals who participated in the BE4 study, and the data collectors who conducted interviews and facilitated focus groups. We would also like to acknowledge the members of the BE4 research and steering group teams, as well AWETU staff and the staff in the Research Unit of the School of Care Sciences at the University of Glamorgan. Special thanks to Roon Adam, Dr Adulla Bashir, Edna Esprit-Griffiths, Saeeda Chowdhury, David Kwei, Minu Mandora, Tony Hendrickson, Shahien Taj, Villas Kerrai, and Yuan Yuan Wang. Special thanks to Kalbir Kaur-Mann, the BE4 research assistant who conducted the majority of the interviews. The University of Glamorgan was commissioned to conduct the BE4 study by Awetu, the Cardiff-based Black and Minority Ethnic Mental Health Group. Awetu received funding from the Health Services Policy and Development Division of the Welsh Assembly Government.

Lastly, we would like acknowledge the following organisations:

Voluntary

Awetu
4Winds
Black Voluntary Sector Network Wales
Central African Association (Cardiff)
Saheli Women's Group
Somali Youth and Women's Association
South Riverside Community Development Centre
Sudanese Association (Cardiff)
Swansea Chinese Community Co-operative
Chinese Mental Health Association (London)
Vietnamese Mental Health Service (London)

Statutory

Asylum Seekers Mental Health Team
Barefoot Health Worker Project (Cardiff Local Health Board)
Cardiff and Vale Mental Health Development Project (Cardiff Local Health Board)
Cardiff Chinese Christian Church
Multicultural Health and Information Resource Centre (Cardiff and Vale NHS Trust)
Structured Counselling Service (Cardiff and Vale NHS Trust)
Riverside Community Mental Health Team
Sealock Community Mental Health Team
Asian Services (Birmingham)
Franz Fanon Centre (Birmingham)

Dr Roiyah Saltus

March 2005

Selected References and Resources

Policy Documents and Reports

Aspinall, P (2004) A Review of Databases and other Statistical Sources Reporting Ethnic Group and their Potential to enhance the Evidence Base on Health Promotion. Unpublished paper, Health A.S.E.R.T Programme Wales, Welsh Assembly Government.

Cardiff Health Alliance et al (2002) *Cardiff Profile 2002. A Joint Report Commissioned by Cardiff Health Alliance and prepared by Bro Taf Health Authority, Cardiff Council and Cardiff Local Health Board.*

Accessed: <http://www.wales.nhs.uk/lhg/page.cfm?OrgID=262&PID=1162>

Commission for Health Improvement (2003) Clinical governance review. Cardiff and Vale NHS Trust (Mental Health Services). Final Report

Accessed: 1 August 2004

Department of Health (2003) *Delivering Race Equality: A Framework for Action.* London: Dept. of Health.

Department of Health (1999) *Our Healthier Nation.* London: Dept. of Health.

Department of Health (1999) *The National Service Framework for Mental Health,* London: Dept. of Health.

Department of Health (2000) *National Suicide Prevention Strategy,* London: Dept. of Health.

Department of Health (2003) *Inside Outside: Improving Mental Health Services for Black and Ethnic Minority Communities in England,* London: Department of Health.

Guidelines for Mental Health Promotion with Black and Minority Ethnic Communities (2003) London: NIMHE.

Sainsbury Centre for Mental Health (2002) *Breaking the Circles of Fear: A Review of the relationship between mental health services and African and Caribbean communities.* London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Welsh Assembly Government (2001) (then known as The National Assembly for Wales) *Improving Health in Wales: A Plan for the NHS with its Partners,* Cardiff: WAG

Welsh Assembly Government (2001) (then known as The National Assembly for Wales) *Adult Mental Health Services for Wales: Equity, Empowerment, Effectiveness, and Efficiency.* Strategy Document, Cardiff: WAG

Welsh Assembly Government (2002) *Adult Mental Health Services. A National Service framework for Wales,* Cardiff: WAG.

Welsh Assembly Government (2002) *Well Being In Wales: Consultation Document.* Public Health Strategy Division, Office of the Chief Medical Officer, Cardiff: WAG.

Welsh Assembly Government (2003). *Health information needs of ethnic minority groups. Keyfindings from a literature review*. Public Health Strategy Division, Office of the Chief Medical Officer, Cardiff: WAG.

Academic papers & books

Ahmad, W.I.U (1991) *Race and health in contemporary Britain*, Milton Keynes: Open University Press

Cochrane, R and Sashidharan, S (1996) *Mental health and ethnic minorities: a review of literature and implications for services in ethnicity and health*. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination.

Mercer, K (1986) Racism and Transcultural psychiatry. Miller, P & Rose, N (eds) *The Power of Psychiatry*, London: Polity Press.

Moodley, P (1993) Setting up services for ethnic minorities. Bhugra, D & Leff, J (eds) *Principles of Social Psychiatry*, Oxford: Blackwell, pp.490-501.

Shah, L, Harvey, I and Coyle, E (1992) *The Health and Social; Care Needs of Ethnic Minorities in South Glamorgan: A Qualitative Study* University of Wales College of Medicine: Centre for Applied Public Health Medicine (unpublished paper).