

Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti

Prejeto 18. 10. 2019 / Sprejeto 26. 11. 2019

Znanstveni članek

UDK 614.253+316.7

KLJUČNE BESEDE: medkulturnost, kompetence, zdravstveni delavci, zdravstvena oskrba

POVZETEK - Medkulturnost je neizogiben dejavnik v razvoju družbe in izpostavljeni so ji tudi zdravstveni delavci. Ti se vse večkrat srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kulturnih okolij, zato se pogosto znajdejo v stiski. Zaradi nepoznavanja kulturnih navad teh ljudi je lahko zdravstvena oskrba neuspešna. Z raziskavo smo želeli preučiti vidike medkulturnosti pri zdravstveni oskrbi. Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, podatki so bili zbrani s tehniko intervjuvanja. Analiza je pokazala, da stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvene delavce predstavlja izziv, vpliva na njihovo razumevanje medkulturnosti in na razvoj njihovih medkulturnih kompetenc. Zdravstveni delavci razumejo medkulturnost kot nekaj, kar našo kulturo bogati in prispeva k večji strpnosti do drugih kultur, je pa tudi temelj za predsodke, stereotype in diskriminacije. Zdravstveno osebje z visoko razvito kompetenco prepoznavanja in poznavanja medkulturnih posebnosti lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi. Tovrstna oskrba daje pacientu občutek zaupanja, poveča njegovo pripravljenost za sodelovanje, s tem pa se izboljša tudi njena kakovost.

Received 18. 10. 2019 / Accepted 26. 11. 2019

Scientific article

UDC 614.253+316.7

KEY WORDS: intercultural society, cultural competences, health professionals, health care

ABSTRACT - Interculturalism is an inevitable factor in the development of society, to which health professionals are also exposed. They are increasingly encountering patients from different cultural backgrounds and may often find themselves in dire straits when health care fails because of their ignorance of people's beliefs related to cultural habits. The aim of the study was to examine the perspectives of healthcare professionals on interculturalism in health care. A qualitative research approach was used and the data were collected using the interview technique. The analysis showed that contact with members of other ethnic, religious and cultural groups can present a challenge for health professionals in the workplace, affecting their understanding of interculturalism and the development of their cultural competences. Healthcare professionals understand interculturalism as something that enriches our culture and contributes to greater tolerance of other cultures, but is also the basis for prejudice, stereotypes and discrimination. Healthcare professionals with a high level of competence in recognizing and knowing intercultural specificities can make a significant contribution to culturally competent and quality healthcare. This type of care gives the patient a sense of confidence, enhances their willingness to participate, and thus improves the quality of health care.

1 Uvod

Kulturo razumemo kot celovit sklop duhovnih in vrednotenjskih podlag, ki usmerjajo življenje in medsebojno delovanje ljudi. Gre za kontekst, v katerem ljudje opisujejo družbene pojave, institucije in procese (Geertz, 1973, v Makarovič, 2009). Jacek Kozak (2008) meni, da je medkulturnost mnogo več kot le kultura: je temelj človekove identitete in podlaga za oblikovanje naše lastne zavesti. Medkulturnost ne pomeni samo sočasne prisotnosti več kultur druge ob drugi, temveč stalno obliko povezova-

nja, v kateri različne kulture, narodi in vere ne le sobivajo, ampak tudi sodelujejo, se poznajo, priznavajo in dopolnjujejo (Mikolič, Pertot in Zudič Antonič, 2006); med različnimi kulturami išče njihove skupne točke in podobnosti ter teži k spoštovanju njihove raznolikosti (Makarovič in Zorec, 2009); pomeni integracijo različnih kultur in njihovo spoštovanje; poudarja ohranjanje lastne kulture in vzpostavljanje medkulturnih interakcij, odnosov in izmenjav (Hrženjak, 2003).

Družba postaja vse bolj kulturno raznolika, na kar vplivajo vojne, neustrezne ekonomske in življenjske razmere ter klimatske spremembe. Naraščajoča kulturna raznolikost vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi zaradi zagotavljanja kakovostne in varne obravnave ljudi različnih kultur (Breznik, Kaučič in Filej, 2019). Ključne kompetence posameznika v sodobni družbi postajajo medkulturne kompetence, saj so nujne za posameznikovo vključenost in njegovo učinkovito delovanje v družbi. Mikolič in Marc Bratina (2009) poudarjata, da se medkulturne kompetence lahko pojavljajo na različnih ravneh. Na osnovni ravni lahko obsegajo samo poznavanje tradicij in običajev druge kulture. Nato prehajajo do kritičnega razmisleka o kulturah, kar vsebuje tudi komunikacijo. Najgloblja raven pa je vpletanje medkulturnosti v vse oblike življenja in poznavanje razlik. Tako pojmovanje medkulturnih kompetenc temelji na prepričanju, da na najgloblji ravni zadostuje zgolj poznavanje drugih kultur, kar pa nadgradijo nekateri drugi avtorji (Jelenc, Keršič Svetel in Lipovec Čebon, 2016), ki ob tem poudarjajo tudi poznavanje lastne kulture in njene samorefleksije, saj med kulturnimi kompetencami navajajo: zavedanje vpetosti v lastno kulturo ter refleksijo lastnih predsodkov in stereotipov, dojemanje razlik med kulturami, poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov, medkulturne veščine - sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev, medkulturne izkušnje kot osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij, motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopni proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Medkulturne kompetence predstavljajo prvi pogoj uspešnega medkulturnega dialoga in so zelo pomembne pri preprečevanju konfliktov. Globalizaciji, z njo pa multikulturalizmu in medkulturnosti, so izpostavljeni tudi zdravstveni delavci. Ti se vse pogostejše srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kulturnih okolij, in lahko se znajdejo v stiski, ko je zaradi nepoznavanja navad teh ljudi tudi zdravstvena oskrba neuspešna. Pripadniki različnih kultur imajo namreč različna prepričanja o vzrokih, diagnozah in zdravljenju bolezni (Agbedia, 2008, v Frank, 2015). Kulturna kompetentnost obsega več aktivnosti, ukrepov in spretnosti, ki zdravstvenim delavcem omogočajo učinkovito delovanje v multikulturnem okolju (Sotnik in Jezewski, 2005, v Humljan Urh, 2013). Pomeni ustrezno znanje, spretnosti in sposobnosti za delo z različnimi posamezniki v multikulturni družbi. Je sposobnost zdravstvenega delavca, da učinkovito opravlja delovne naloge skupaj s pripadniki različnih kulturnih skupin na območju, kjer sobiva več kultur. Poznavanje lastne in drugih kultur je eno izmed osnovnih načel kulturne kompetentnosti. Kot posamezniki in pripadniki določene kulture se morajo zdravstveni delavci v odnosu z drugimi kulturnimi skupinami izogniti temu, da med njihovim delom prevladujejo njihovi lastni vzorci, vrednote in prepriča-

nja (Humljan Urh, 2013). Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe pomeni izvajanje celostne, k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe, ki se mora izvajati v vseh okoljih (Razlag Kolar, Filej in Kaučič, 2019).

Novejše opredelitve medkulturnih kompetenc se med seboj razlikujejo. Večina jih izhaja iz stika z drugimi narodnostnimi, kulturnimi in verskimi skupinami, nekatere druge pa iz razlik glede na narodnost, vero, starost, spol in druge dejavnike. Z raziskavo smo želeli osvetliti nekatere vidike teh kompetenc in preučiti, kako zdravstveni delavci ocenjujejo svoje medkulturne kompetence in koliko upoštevajo načela medkulturnosti pri opravljanju svojega dela.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je kvalitativne narave, uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno neeksperimentalna raziskovalna metoda, primarni podatki so bili zbrani s tehniko intervjuvanja. Sekundarne podatke smo zbrali s pomočjo pregleda ustrezne domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo uporabili bibliografske baze COBISS, PubMed in CINAHL.

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali predlogo za polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Prosen, 2018; Pollozhani idr., 2013; El-Amouri in O'Neill, 2011; Tomšič, 2009; Hrženjak, 2003). Predloga vsebuje 14 vprašanj odprtega tipa s podvprašanji. Prvi del je namenjen ugotavljanju sociodemografskih podatkov, drugi del raziskovanju, kako zdravstveni delavci razumejo medkulturnost ter koliko in na kakšen način jo upoštevajo pri opravljanju svojega dela, tretji pa preučevanju, kako zdravstveni delavci ocenjujejo svoje medkulturne kompetence.

2.3 Opis vzorca

V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili šest zdravstvenih delavcev, ki so bili rojeni in bivajo v Sloveniji, so stari med 26 in 36 let ter imajo med 4 in 14 let delovnih izkušenj na področju zdravstvene dejavnosti. Tri osebe so po izobrazbi diplomirane medicinske sestre, dve sta srednja medicinska sestra oziroma srednji zdravstvenik in ena doktorica medicine - specializantka pediatrije. Štiri osebe so zaposlene v zdravstvenem domu, ena oseba v domu starejših občanov in ena oseba v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Štirje zavodi so v jugovzhodni Sloveniji, dva pa v osrednjeslovenski regiji.

Oseba A je ženskega spola, stara je 28 let, po izobrazbi diplomirana medicinska sestra, 5 let je zaposlena v urgentnem centru zdravstvenega doma v osrednjeslovenski regiji.

Oseba B je ženskega spola, stara je 32 let, po izobrazbi diplomirana medicinska sestra, 9,5 let je zaposlena v enem od domov starejših občanov v JV Sloveniji.

Oseba C je ženskega spola, stara je 36 let, je doktorica medicine, specializantka pediatrije, 8 let je zaposlena v enem od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

Oseba D je ženskega spola, stara je 33 let, je diplomirana medicinska sestra, magistra zdravstvene nege, 10 let je zaposlena na enem izmed oddelkov UKC Ljubljana.

Oseba E je ženskega spola, stara je 36 let, po izobrazbi je srednja medicinska sestra, 14 let je zaposlena v enem od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

Oseba F je moškega spola, star je 26 let, po izobrazbi je srednji zdravstvenik (zdravstveni reševalec), 4 leta je zaposlen v urgentnem centru enega od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuji so potekali med 9. in 15. marcem 2019, v povprečju so bili dolgi 21 minut. Kandidati so se za sodelovanje odločili prostovoljno na podlagi predhodno podpisanega soglasja za izvedbo raziskave in objavo rezultatov. Zagotovljena jim je bila anonimnost, v vseh fazah raziskovanja in obdelave podatkov pa so bila upoštevana etična načela raziskovalnega dela. Intervjuji so bili posneti, kasneje zapisani v parafrazirani obliki in avtorizirani. Pridobljene podatke smo kvalitativno analizirali, odgovore kodirali in kategorizirali, jih interpretirali in ovrednotili. Ugotovitve so prikazane, analizirane in ovrednotene v razpravi in zaključku.

3 Rezultati

Izraze (kode) smo smiselno povezali v podkategorije. Posamezne podkategorije smo oblikovali v pet glavnih kategorij, in sicer:

1. Izzivi na delovnem mestu.
2. Razumevanje medkulturnosti.
3. Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin.
4. Medkulturne kompetence.
5. Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti.

Tabela 1: Prikaz kod, podkategorij in kategorij

Kode	Podkategorije	Kategorija
delo s tujci komunikacija s pacienti pomanjkanje časa za pacienta delo s starši delo s sodelavci kako se postaviti zase vsak dan je nov izziv	vrste izzivov	<i>Izzivi na delovnem mestu</i>
delo s tujci, ki pridejo zaradi nenadnega poslabšanja stanja – sporazumevanje delo s sodelavci novo znanje in biti v toku z novimi dognanji uspešno opravljena intervencija zadovoljevanje pacientovih potreb urgentno stanje in reanimacija	največji izziv	
nas bogati poznavanje tujih pravil in kulturnih značilnosti pripomore k večji strpnosti od drugih kultur se lahko veliko naučimo pomeni odprtost za nove kulture, vendar tudi ob prilagoditvi kulturi, v katero prihajajo ovire v komunikaciji in sporazumevanju večanje kriminala – tudi v zdravstvenih zavodih predsodki, stereotipi, diskriminacije, ki se prenašajo iz roda v rod	razumevanje	<i>Razumevanje medkulturnosti</i>
slovenščina	materni jezik	<i>Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin</i>
angleščina, nemščina, hrvaščina, španščina	drugi aktivni jeziki	
velikokrat, vsakodnevno redko	pogostost stikov	
Romi bivše države Jugoslavije muslimani prosilci za azil begunci turisti iz različnih držav otroci izseljenih staršev (veliko etničnih skupin) črnci Azijci	skupine	

izkušnje splet mediji dokumentarne oddaje, informativne oddaje knjižno gradivo priročnik Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba družabne prireditve strokovna izpopolnjevanja	pridobivanje informacij	
zadovoljstvo ob pomoči kljub komunikacijski oviri učenje strpnosti novi izzivi nova znanja in splošna razgledanost sreča ob spoznanju, da smo v naši kulturi ženske enakopravne ne prepoznam rasti	strokovna in osebnostna rast	
komunikacija nerazumevanje navodil in razlag tujci se ne potrudijo, da bi razumeli (osebje se mora v jeziku prilagoditi njim) agresivnost izsiljevanje in ustrahovanje, psihično in fizično nasilje pogledi drugih ver na določena vprašanja, nekaterim vera pomeni več kot zdravje	težave in konflikti	
nepoznavanje stereotipi jezik razlike med pričakovanjem in željami pacienta ter dejanjem neprilagajanje pripadnikov drugih kultur navade drugih kultur religija nerazumevanje ali neodobravanje drugih kultur	vzroki za konflikte	
kompetentno ne dovolj	ocena kompetentnosti	<i>Medkulturne kompetence</i>
ne čutim primanjkljaja jezik potrebna dodatna izobraževanja	primanjkljaj kompetenc	
komunikacija s tolmači več posvečenega časa prilagoditev prehrane komunikacija v njim razumljivem jeziku prilagoditev v obravnavi (ženska-ženska)	prilagoditve narodnostnim in kulturnim željam	

želja in motivacija po novem medkulturnem znanju delavnice medkulturnega izpopolnjevanja izobraževanje posluh empatija vzeti si čas obiski drugih držav in njihovih zdravstvenih zavodov	predlogi za izboljšanje	
sproščenost pri delu motiviranost za hitrejšo doseganje ciljev manj konfliktov zaupanje in sodelovanje pacienta dvig kakovosti bolj prilagodljivo zdravstveno osebje hitrejša oskrba	pomen	
da, vedno potrebno ne	potreba po izobraževanju	<i>Izobraževanja s področja kulturne raznolikosti</i>
da, samoiniciativno, Ministrstvo za zdravje, NIJZ ne	udeležba na izobraževanjih	

Vir: Lastni vir, 2019.

Kategorija 1: Izzivi na delovnem mestu

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca se na svojem delovnem mestu vsakodnevno srečujejo z različnimi izzivi, ki so povezani tako s pacienti in zadovoljevanjem njihovih potreb ter pomanjkanjem časa za poglobljeno komunikacijo z njimi, kot tudi z delom s starši in svojci ter s sodelavci. Pri njihovem delu jim največji izziv predstavlja: »delo s starejšimi sodelavci, ki zaradi svoje delovne dobe opravičujejo svoj prav« (oseba B), »nova znanja in raziskave ter biti v toku z novimi dognanji stroke« (oseba C), »urgentno stanje, ko rešujemo življenje« (oseba D), »zadovoljevanje pacientovih potreb« (oseba E), »uspešno opravljena intervencija« (oseba F). Oseba A pa je kot največji izziv izpostavila tudi delo s tujci ter sporazumevanje z njimi:

»Največji izziv, s katerim se srečujem pri svojem delu, so tujci, ki pridejo zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, in se ne morem sporazumeti z njimi. Nekateri ne govorijo ne angleško ne nemško ali srbohrvaško. S takšnimi pacienti se je težko pogovarjati. Nekateri pacienti so povratniki. Že poznajo naš sistem in s seboj pripeljejo tolmača. Takrat je sporazumevanje manj težavno«.

Kategorija 2: Razumevanje medkulturnosti

Medkulturnost je različno definiran pojem. Intervjuvani zdravstveni delavci medkulturnost razumejo kot »nekaj, kar nas bogati, saj spoznavamo tuja pravila, druge kulture in njihove značilnosti« (oseba A), »nekaj, kar bogati slovenski prostor, pripomore k temu, da smo do drugih kultur strpnější« (oseba B), »od drugih kultur se lahko veliko naučimo in dobrega izmenjamo« (oseba C). Po drugi strani pa »medkulturnost v naš prostor prinaša tudi veliko predsodkov, stereotipov in diskriminacij, ki se pre-

našajo iz roda v rod« (oseba A), »povzroča ovire v komunikaciji in sporazumevanju zaradi različnih jezikov ter pripomore k večanju kriminala - tudi v zdravstvenih zavodih« (oseba E). Oseba D izpostavlja odprtost do drugih kulturnih skupnosti, vendar tudi prilagajanje teh skupnosti kulturi, v katero prihajajo, ob tem pa je izražen tudi predsodek do druge kulturne skupine: »Mislim, da če nekdo pride živeti v Slovenijo, potem je tudi njegova dolžnost, da se nauči našega jezika in da upošteva našo kulturo in način življenja. Kot otrok sem živel v mestu, kjer je bilo veliko priseljencev iz Hrvaške, Srbije, Bosne. Nikoli nisem razumela, kako so lahko otroci teh priseljencev govorili tekoče slovensko, njihovi starši pa ne. Mislim, da je to nespoštovanje naše kulture in jezika. Verjetno, če bi mi prišli živeti v njihovo državo, oni tega ne bi tolerirali.«

Kategorija 3: Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin

Vse intervjuvane osebe so bile rojene v Sloveniji, zato je njihov materni jezik slovenski, poleg njega pa vse aktivno govorijo angleški jezik, večina še hrvaški, oseba A pa še nemški in oseba B španski jezik. Pri svojem delu se samo oseba B redko srečuje s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin, ostale osebe pa se z njimi srečujejo vsakodnevno. Večinoma so to Romi ter državljani bivših jugoslovanskih republik in muslimani. Osebe A, C in F so izpostavile, da v zadnjem času narašča število beguncev in prosilcev za azil, oseba C pa tudi, da se v poletnih mesecih poveča stik s turisti iz različnih držav sveta, med njimi tudi s črnci in Azijci.

Lažji pristop k pacientom drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin poleg strokovne usposobljenosti omogoča tudi opremljenost z informacijami, ki jih zdravstveni delavci o tej skupini imajo. Kot pomemben vir informacij zdravstveni delavci navajajo zlasti neposredne delovne izkušnje s tovrstnimi pacienti. Veliko informacij pridobijo tudi prek spleta in medijev, pri čemer izpostavljajo dokumentarne in informativne oddaje. Oseba A je izpostavila tudi knjižno gradivo Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki je »izdal, meni odlično, publikacijo za razvijanje kulturnih kompetenc z naslovom Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba«. Osebi A in C kot pomemben vir informacij navajata strokovna izpopolnjevanja na temo komunikacije s pripadniki drugih kultur in razne družabne dogodke, na katerih se prav tako s komunikacijo, velikokrat pa tudi z neposredno izkušnjo, lahko pridobi veliko novih informacij o pripadnikih drugih skupnosti.

Stik in neposredna izkušnja s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvenega delavca pomeni tudi strokovno in osebnostno rast, ki se kaže kot »notranje zadovoljstvo, ko jim kljub komunikacijski oviri lahko pomagam« (oseba A), »naučim se strpnosti« (oseba B), »v takih trenutkih spoznam, da sem srečna, ker živim v državi, kjer so ženske enakopravne moškim, kjer se jih spoštuje in kjer imajo ženske enake možnosti za izobraževanje« (oseba D), »novi izzivi, nova znanja in splošna razgledanost« (oseba F). Pogosto izkušnja s pripadniki drugih etničnih in narodnostnih skupin lahko privede tudi do težav in konfliktnih situacij, ki se kažejo v »komunikaciji ter nerazumevanju navodil in razlag« (osebi A in D), »zdravstveno osebo se mora v komunikaciji in jeziku prilagoditi pripadnikom drugih skupin« (oseba

D), »velikokrat pride do agresivnosti, izsiljevanja in ustrahovanja, zahtevajo takojšnjo obravnavo, čeprav niso naročeni, včasih pride tudi do psihičnega in fizičnega nasilja« (oseba C), »konflikte povzročajo pogledi pripadnikov drugih ver na določena vprašanja, na naše delo in navodila. Žal sem opazila, da je njihovo razmišljanje velikokrat nelogično, pogosto jim vera pomeni več kot zdravje« (oseba D). Vzroki za tovrstne konflikte so zelo različni. Zdravstveni delavci izpostavljajo zlasti: nepoznavanje značilnosti drugih skupnosti ter s tem povezane stereotipe (oseba A), jezik in komunikacijske ovire (osebi B in E), razlike med pričakovanjem in željami ter dejanskim delanjem zdravstvenih delavcev (oseba C), religijo in neprilagajanje pripadnikov drugih kultur naši kulturi (oseba D) ter navade pripadnikov drugih kulturnih skupnosti, ki se razlikujejo od naših navad (osebi B in F).

Kategorija 4: Medkulturne kompetence

Zdravstveni delavci lahko pri svojem delu ravnavo kulturno občutljivo samo, če posedujejo medkulturne kompetence. Večina intervjuvanih zdravstvenih delavcev ocenjuje, da poseduje dovolj medkulturnih kompetenc za delo z drugimi narodnostnimi, verskimi in kulturnimi skupinami, osebe B, C in D pa hkrati menijo, da teh kompetenc ni nikoli dovolj in bi bilo potrebno dodatno izobraževanje na tem področju. Pomanjkanje kompetenc čutijo zlasti pri sporazumevanju.

Medkulturna kompetentnost pomeni tudi aktivnosti, prilagoditve in ukrepe zdravstvenih delavcev za to, da pri svojem delu upoštevajo narodnostne in kulturne značilnosti drugih skupin. Intervjuvane osebe ob tem izpostavljajo naslednje prilagoditve pri svojem delu: »prilagodimo s komunikacijo s tolmači ter z obravnavo pacienta, ki zahteva več posvečenega časa« (oseba A), »s komunikacijo v njim razumljivem jeziku« (oseba C), »omogočimo prehrano glede na versko pripadnost« (oseba B), »če je le mogoče zdravstveno nego izvajajo pripadniki istega spola, kar pa ni vedno možno zaradi pomanjkanja osebja« (osebi D in F).

Zdravstveni delavci menijo, da je navedene prilagoditve vedno mogoče izboljšati, pri čemer izpostavljajo, da je to mogoče zlasti »če je prisotna želja in motivacija po doseganju novega znanja o medkulturnem delovanju« (oseba A), »z dodatnim izobraževanjem o pripadnikih drugih narodnostnih in kulturnih skupin« (oseba B), »z delavnicami medkulturnega izpopolnjevanja« (oseba E), »če damo pacientom čas in priložnost, da nam lahko zaupajo svoje stiske, da smo pri tem empatični« (oseba C), »z izobraževanjem na to tematiko, obiski teh držav, njihovih zdravstvenih zavodov« (oseba D).

Medkulturno kompetentno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov, s čimer se strinjajo vse v vzorec vključene osebe. Tak pristop omogoča »bolj sproščeno delo, večjo motiviranost za hitrejše doseganje ciljev ter manj konfliktov« (oseba A), »vzbujanje zaupanja pri pacientu, s tem pa se izboljša tudi kakovost oskrbe« (oseba B), »bolj prilagodljivo zdravstveno osebje« (oseba F).

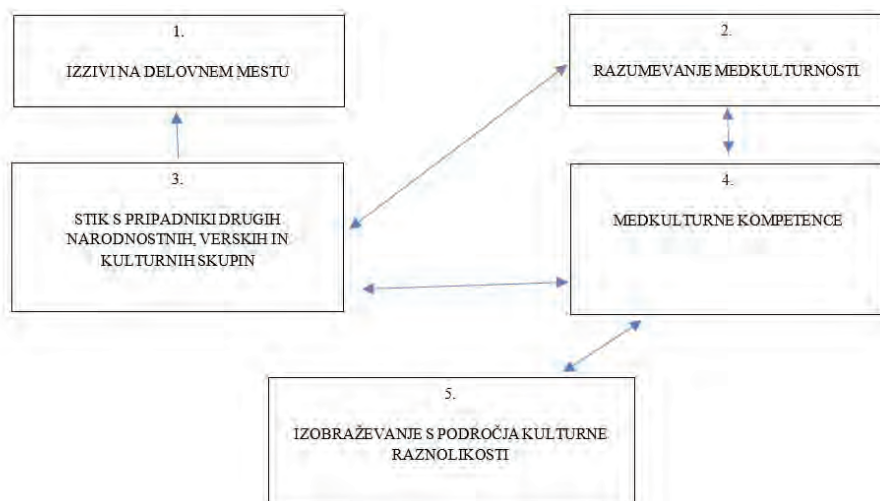
Kategorija 5: Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca menijo, da je prilagoditve narodnostnim in kulturnim značilnostim drugih skupin mogoče izboljšati z dodatnim izobraževanjem s področja kulturne raznolikosti in s pridobivanjem medkulturnih kompetenc. Zaznavajo tudi potrebo po tovrstnem izobraževanju (osebe B, C, D), vendar pa se je izkazalo, da se ga je po zaključku formalnega izobraževanja udeležila samo oseba A: »Udeležila sem se ga samoiniciativno. Eno izobraževanje je bilo v okviru Ministrstva za zdravje (se ne spomnim več naslova), drugo izobraževanje pa je bilo v okviru Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ko so predstavili priročnik«. Osebe A, E in F se tovrstnega izobraževanja ne udeležujejo.

Povezanost med kategorijami

Na podlagi kvalitativne analize odgovorov intervjuvanih oseb smo ugotovili, da so kategorije med seboj vzročno povezane, med seboj se prepletajo, vplivajo ena na drugo in so v odvisnem odnosu.

Slika 1: Prikaz vzročnih povezav med kategorijami



Vir: Lastni vir, 2019.

Kvalitativna analiza je pokazala, da se med seboj najbolj tesno prepletajo in so vzročno povezane naslednje kategorije:

Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin (3) lahko za zdravstvene delavce predstavlja izziv na delovnem mestu (1), hkrati pa vpliva na njihovo razumevanje medkulturnosti (2) in posedovanje njihovih medkulturnih kompetenc (4).

Kako zdravstveni delavci razumejo medkulturnost (2), vpliva na to, kako bodo ravnali, ko se bodo soočili s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih sku-

pin (3), to pa je povezano tudi s posedovanjem njihovih medkulturnih kompetenc (4) in s potrebo po izobraževanju s področja kulturne raznolikosti (5).

Posedovanje medkulturnih kompetenc (4) vpliva na ravnanje s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin (3) in na razumevanje medkulturnosti (2) ter na potrebo po izobraževanju s področja kulturne raznolikosti (5).

Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti (5) pa povratno vpliva na posedovanje medkulturnih kompetenc (4) in razumevanje medkulturnosti (2).

4 Razprava

Z raziskavo smo želeli preučiti, koliko se zdravstveni delavci pri svojem delu srečujejo s pripadniki drugih narodnostnih in kulturnih skupin ter s katerimi težavami se ob tem soočajo, kako razumejo medkulturnost, kako ocenjujejo svoje medkulturne kompetence, na kakšen način se soočajo s kulturno raznolikimi pacienti, kako prilagodijo izvajanje zdravstvene oskrbe kulturnim željam posameznikov ter koliko se udeležujejo usposabljanj za pridobivanje medkulturnih kompetenc.

Pri pregledu bibliografskih baz COBISS, PubMed in CINAHL smo zasledili malo raziskav, ki jih glede na namen in zastavljene cilje lahko primerjamo z rezultati raziskave, zato bomo te v večini osvetlili s teoretičnega vidika.

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca se na svojem delovnem mestu vsakodnevno srečujejo s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin. Večinoma so to Romi, državljani bivših jugoslovanskih republik in muslimani. Ob tem zdravstveni delavci poudarjajo, da se pri svojem delu soočajo z različnimi težavami in konfliktnimi situacijami. Te izhajajo iz drugačnih pogledov pripadnikov drugih skupin na zdravstveno obravnavo, pogosto je s tem povezana tudi agresivnost, izsiljevanje in ustrahovanje, psihično in včasih fizično nasilje. Vzroki za tovrstne konfliktna situacije so zelo različni, pri čemer zdravstveni delavci izpostavljajo zlasti nepoznavanje značilnosti in navad drugih kulturnih skupin ter s tem povezane stereotipe in komunikacijske ovire, religije in neprilagajanje pripadnikov drugih kultur kulturi okolja, v kateri bivajo. Hkrati je iz odgovorov intervjuvanih oseb na več mestih razbrati predpostavke do drugih kulturnih skupin (to je razvidno iz odgovorov o obsojanju staršev, ki se v našem kulturnem okolju niso naučili slovenskega jezika; nerazumevanju, da je za nekatere skupnosti vera na lestvici vrednot višje kot zdravje; razumevanje medkulturnosti kot vzroka za naraščanje kriminalnih dejanj; prepričanje, da konfliktna situacija povzroča druge kulturne skupine). Tudi Tomšič (2009) poudarja, da so intenzivni procesi medkulturne interakcije lahko vir napetosti in konfliktov med različnimi kulturami. Medkulturnost ne pomeni nujno prednosti in pozitivnih misli, pač pa pogostejše zavračanje in izključevanje drugačnih, do česar pride zaradi: nestrpnosti, kar pomeni, da so nekateri zaradi religioznih, političnih prepričanj, zunanjega videza ali narodne in socialne pripadnosti obravnavani na drugačen način (Leskošek, 2005); predsodkov, ki nastanejo zaradi nestrpnosti in zaradi drugačnih pogledov na odnose z drugačnimi, ki temeljijo na neresničnih in primitivnih posplošitvah (Ule, 2009); stereotipov, ki so

enostranske, posplošene in kolektivne predstave o svetu in niso nujno negativne, kljub temu pa temeljijo na neresničnih zaznavah (Ule, 2009). Pogosto vse navedeno vodi do diskriminacije, ki jo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2019) opredeljuje kot »neenako obravnavanje, ki nima upravičenega razloga: ljudje so obravnavani slabše od drugih (ki take osebne okoliščine nimajo) le zaradi določene osebne okoliščine«. Tudi Pollozhani s sodelavci (2013) navaja, da komunikacijske ovire pogosto povzročajo konflikte. El-Amouri in O'Neill (2011) ugotavljata, da največjo omejitev kulturno kompetentne zdravstvene nege predstavljajo težave, ki izhajajo iz nepoznavanja jezika drugih kultur in načinov neverbalnega sporazumevanja, ki je lasten neki kulturi. Poleg jezika Taylor (2005) kot ovire za kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo navaja tudi pomanjkanje znanja in veščin zdravstvenih delavcev. Če zdravstveni delavci ravnaajo z vsemi pacienti enako, brez upoštevanja njihovih kulturnih posebnosti, to vodi v slabe izide zdravljenja in nezadovoljstvo pacientov.

Pojem medkulturnost intervjuvani zdravstveni delavci po eni strani razumejo kot nekaj, kar našo kulturo bogati, saj se od drugih lahko veliko naučimo, to pa prispeva k večji strpnosti do drugih kultur. Po drugi strani pa naj bi bila medkulturnost temelj za predsodke, stereotipe in diskriminacijo, ki se velikokrat prenašajo iz roda v rod, prav tako naj bi povzročala ovire pri sporazumevanju in prispevala k naraščanju kriminalnih dejanj. Tudi teoretiki in raziskovalci pojem medkulturnosti različno razumejo. Zidarić (1994) pojem opredeljuje kot »politiko medsebojnega razumevanja, spoznavanja, sprejemanja, soodvisnosti in enakopravne izmenjave jezikov, kultur in tradicij«. Mikolič, Pertot in Zudič Antonič (2006) poudarjajo, da medkulturnost ne pomeni samo sočasne prisotnosti več kultur druge ob drugi, temveč zahteva konkretne in stalne oblike povezovanja in si prizadeva ustvariti medkulturno družbo, v kateri različne kulture, narodi in vere ne le sobivajo, pač pa tudi sodelujejo, se poznajo, priznavajo in dopolnjujejo. Makarovič in Zorec (2009) pojasnjujeta, da medkulturnost med različnimi kulturami išče njihove skupne točke in podobnosti, ki omogočajo nadaljnji razvoj in napredek ter teži k spoštovanju njihove raznolikosti. Hrzenjak (2003) medkulturnost označuje kot integracijo različnih kultur in njihovo spoštovanje ne glede na spol, narodnost, vero, sposobnosti ipd. Prednost daje sobivanju kultur, ohranjanju lastne kulture in vzpostavljanju medkulturnih interakcij, odnosov in izmenjav. V UNESCO-vi Konvenciji o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnega izražanja (2005) je tudi zapisano, da »medkulturnost pomeni obstoj in enakopravno interakcijo različnih kultur ter možnost za ustvarjanje skupnih kulturnih izrazov z dialogom in medsebojnim spoštovanjem« (Zakon o ratifikaciji Konvencije o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnih izrazov, 2006, 4. člen).

Stik in neposredna izkušnja s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvenega delavca pomeni strokovno in osebno rast, ki se pri intervjuvanih osebah kaže kot notranje zadovoljstvo, učenje strpnosti, pridobivanje novega znanja in splošne razgledanosti. Vse to lahko vodi tudi do pridobivanja medkulturnih kompetenc, ki so nujne za posameznikovo vključenost in njegovo učinkovito delovanje v družbi ter jih je tudi Evropska komisija (2005, v Vrečer, 2011) opredelila kot ključne kompetence posameznika v sodobni družbi. Večina intervju-

vanih zdravstvenih delavcev meni, da poseduje dovolj medkulturnih kompetenc za delo z drugimi narodnostnimi, verskimi in kulturnimi skupinami, vendar je njihova samoocena v nasprotju z odgovori o vzrokih za nastanek konfliktnih situacij, saj ti na več mestih izražajo predsodke in nestrpnost do drugih kulturnih skupin. Po drugi strani pa intervjuvane osebe opažajo, da bi bilo potrebno dodatno izobraževanje, zlasti na področju sporazumevanja. Medkulturna kompetentnost pomeni tudi aktivnosti, prilagoditve in ukrepe zdravstvenih delavcev za to, da pri svojem delu upoštevajo narodnostne in kulturne značilnosti drugih skupin. Osebe iz preučevanega vzorca se prilagodijo s komunikacijo v drugim skupinam razumljivem jeziku, z daljšo in bolj poglobljeno ter empatično obravnavo in s prilagoditvijo izvajanja zdravstvene oskrbe glede na spol. Ob tem se strinjajo, da medkulturno osveščeno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov. Ta namreč prispeva k občutku zaupanja pri pacientu in večji pripravljenosti za sodelovanje. Medkulturne kompetence spadajo med splošne socialne kompetence, ki zajemajo komunikacijske in socialne veščine, zmožnost reševanja medkulturnih konfliktov, samozavestno pristopanje k interakcijam, gradnjo tolerance, zanimanje za druge ljudi ter spodbujanje medsebojnega razumevanja in sprejemanja (Klemenčič in Štremfel, 2011). Maier-Lorentz (2008, v Frank, 2015) prednost kulturno kompetentnih zdravstvenih delavcev vidi ravno v tem, da skušajo v situaciji, ko pacientova stališča do bolezni in procesa zdravljenja niso v skladu s stališči medicine, to razumeti in pacientovo stališče upoštevati. Tudi Prosen (2018) medkulturne kompetence opredeljuje kot sposobnost zdravstvenih delavcev, da ob zavedanju pomembnosti razumevanja kulture pri nujenju oskrbe s pridobljenim znanjem in veščinami to zagotavljajo kulturno dovzetno, ob tem pa ne zanikajo vrednot, prepričanj, običajev in navad pacientov, ampak jih vključujejo v načrtovanje njihove oskrbe. Vrečer (2011) pa medkulturnim kompetencam pripisuje velik pomen pri preprečevanju konfliktov, saj jih ima za prvi pogoj uspešnega medkulturnega dialoga. Wood in Atkins (2006, v Hvalič Touzery, 2014) s kompetentno zdravstveno oskrbo razumeta sposobnost prilagajanja socialnim, kulturnim in jezikovnim potrebam posameznika ter nudenje le-te pacientom z različnimi vrednotami. El-Amouri in O'Neill (2011, v Frank, 2015) menita, da je kulturno kompetentna zdravstvena oskrba proces, v katerem zdravstveni delavci nenehno težijo k doseganju zmožnosti, da bi uspešno opravljali svoje delo v okviru kulturnega konteksta pacienta, družine ali skupnosti. Prosen (2018) dodaja, da zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe ne sme biti privilegij le nekaterih, ampak osnovna človekova pravica slehernega posameznika v zdravstvenem sistemu. Kulturno raznolikost pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, je treba prepoznati ne samo v najbolj izpostavljenih kulturnih skupinah (kot so etnične manjšine ali migranti) temveč tudi v drugih kulturnih skupinah, s katerimi se zdravstveni delavci v klinični praksi srečujejo vsakodnevno (invalidi, starejši, brezposelni, delavci migranti itd.). Medkulturne kompetence so ključne za nudenje učinkovitih in kulturno odzivnih zdravstvenih storitev, preprečevanje neenakosti v zdravju ter za izboljšanje zadovoljstva pacientov in izidov zdravljenja (Repo idr., 2017, v Prosen, 2018).

Intervjuvani zdravstveni delavci menijo, da je prilagoditve narodnostnim in kulturnim značilnostim drugih skupin mogoče izboljšati z dodatnim izobraževanjem s

področja kulturne raznolikosti in pridobivanjem medkulturnih kompetenc. Zaznavajo potrebo po tovrstnem izobraževanju, vendar pa se jih ne udeležujejo ravno tisti intervjuvani zdravstveni delavci, ki so svoje kulturne kompetence ocenili kot zadostne. V Sloveniji za področje medkulturnih kompetenc v zdravstvu še ni bilo opaziti izrazitega zanimanja, prav tako s tega področja ni zaslediti dopolnilnega izobraževanja za že zaposlene zdravstvene delavce (Lipovec Čepon, Pistotnik, Farkaš Lainščak in Huber, 2019). Izjemo predstavlja le Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev ter nekaj krajših sorodnih izobraževanj, ki so medkulturne kompetence vključevala zgolj kot enega izmed vsebinskih sklopov.

5 Zaključek

Spremembe v sodobni družbi zdravstvenim delavcem prinašajo nove izzive, med katerimi je tudi zagotavljanje kvalitetne in uspešne oskrbe v medkulturnem okolju. Na kakšen način se bodo s tem izzivom soočali, je odvisno tudi od posedovanja njihovih medkulturnih kompetenc. Na podlagi rezultatov izvedene raziskave lahko zaključimo, da zdravstveni delavci neposredno izkušnjo s pripadniki drugih kulturnih skupin razumejo kot nekaj, kar prispeva k njihovi osebnostni in strokovni rasti, po drugi strani pa se v njihovih odgovorih kažejo tudi predsodki in stereotipi, ki izhajajo iz nepoznavanja značilnosti drugih kultur. Ob tem pa se zavedajo, da je medkulturne kompetence mogoče pridobiti z dodatnim izobraževanjem, vendar je ponudba tovrstnega izobraževanja zelo skromna. Ob naraščajoči prisotnosti več kultur na določenem območju in s tem vse večji potrebi po posedovanju medkulturnih kompetenc bo v prihodnosti treba poskrbeti tudi za ustrezno izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki jim bo pomagalo pri preprečevanju konfliktnih situacij in bo hkrati pripomoglo k uspešnejši zdravstveni oskrbi vseh, ne glede na kulturno ozadje.

Z raziskavo smo želeli preučiti, koliko in na kakšen način se zdravstveni delavci pri svojem delu srečujejo z medkulturnostjo ter kako jo upoštevajo, se ji prilagajajo in razvijajo svoje medkulturne kompetence. Za bolj poglobljeno osvetlitev te tematike bi bilo potrebno raziskavo izvesti na večjem vzorcu.

Ksenija Komidar

Consideration of Interculturalism in Health Care Practice

Cultural competences are becoming the key competences of an individual in contemporary society, as they are necessary for the individual's involvement and their effective functioning in society. Cultural competences are a prerequisite for a successful intercultural dialogue and are of great importance in conflict prevention. Globalisation and, with it, multiculturalism and interculturalism, are an inevitable factor in the development of society, to which health professionals are also exposed. They are increasingly encountering patients who come from different cultural backgrounds and may find themselves in distress when health care is unsuccessful due to a lack of knowledge of people's habits and beliefs. Members of different cultures have different beliefs about the causes, diagnoses and treatment of the disease (Agbedia, 2008; Frank, 2015). Cultural competences encompass several activities, measures and skills that enable healthcare professionals to function effectively in a multicultural environment (Sotnik and Jezewski, 2005; in Humljan Urh, 2013). It means having the appropriate knowledge, skills and abilities to work with diverse individuals in a multicultural society. It is the ability of healthcare professionals to effectively carry out their work together with members of different cultural groups in an area where several cultures coexist. Knowledge of one's own and other cultures is one of the basic principles of cultural competence. As individuals and members of a particular culture, healthcare professionals, in relation to other cultural groups, should avoid being dominated by their own patterns, values and beliefs during their work (Humljan Urh, 2013).

The aim of the study was to examine the extent to which healthcare professionals encounter members of other national and cultural groups in their work and the difficulties they face; how they understand interculturality; how they assess their cultural competences; how they deal with culturally diverse patients; how they adapt the health care to the cultural preferences of individuals; and the extent to which they receive training in the acquisition of cultural competences.

A qualitative research approach was used in the study, namely the grounded theory method. Data were collected using the interview technique. The sample was purposeful and non-random, and included six healthcare professionals (three registered nurses, one practical nurse, one health technician and one doctor of medicine – paediatric specialist) who were born and reside in Slovenia, were between 26 and 36 years old, and had between 4 and 14 years of work experience in health care. By analysing the interviews, I identified codes that were classified into eighteen subcategories and five main categories, namely:

- 1. Workplace challenges.*
- 2. Understanding interculturalism.*
- 3. Contact with members of other ethnic, religious and cultural groups.*
- 4. Cultural competences.*
- 5. Cultural diversity training.*

Based on a qualitative analysis of the interviewees' responses, I found that the categories are causally interrelated and intertwined, affecting each other, and are in a dependent relationship. The following categories are most closely intertwined and cause related: Contact with members of other ethnic, religious and cultural groups (3) can present a challenge for health professionals in the workplace (1) while affecting their understanding of interculturalism (2) and their possession of cultural competences (4). How health professionals understand interculturalism (2) influences how they behave when confronted with members of other ethnic, religious and cultural groups (3), and this has to do with their possession of cultural competences (4) and the need for cultural diversity training (5). Possession of cultural competences (4) influences the treatment of members of other national, religious and cultural groups (3), the understanding of interculturalism (2) and the need for training in the field of cultural diversity (5). Cultural diversity training (5), in turn, has an impact on the possession of cultural competences (4) and the understanding of interculturalism (2).

A qualitative analysis has shown that contact with members of other ethnic, religious and cultural groups in the workplace can be challenging for healthcare professionals, while affecting their understanding of interculturalism and the development of their cultural competences. It was apparent that the health professionals in the studied sample meet with members of other national, religious and cultural groups on a daily basis. Most of them are Roma, citizens of the former Yugoslav republics and Muslims. Health professionals emphasised that in their work they are confronted with different problems and conflicts. These are derived from the different views of members of other groups on health treatment, and are often related to aggression, blackmail, intimidation, psychological and sometimes even physical violence. The causes of such conflict situations are diverse, with health professionals highlighting, in particular, the ignorance of the characteristics and habits of other cultural groups and of the related stereotypes and communication barriers, religion, and members of other cultures not adapting to the culture in which they reside. At the same time, prejudices against other cultural groups can be deduced from the answers of the interviewed persons in several places (this is evident from the answers that condemn parents who have not learned the Slovenian language; an understanding of interculturalism as the cause of the rise in crime; the belief that conflict situations are caused by other cultural groups). Tomšič (2009) also emphasises that interculturalism does not necessarily mean advantages and positive thoughts, but more often the rejection and exclusion of others which is caused by: intolerance, prejudice and stereotypes, all of which often lead to discrimination. Pollozhani et al. (2013) also state that communication barriers often cause conflicts. El-Amouri and O'Neill (2011) find that the greatest limitation of culturally competent nursing is the difficulty in communicating, resulting from the lack of familiarity with the language of other cultures and the ways of non-verbal communication inherent in a particular culture. According to Taylor (2005), another barrier to culturally competent nursing is a lack of knowledge and skills of healthcare professionals. If healthcare professionals treat all patients equally without considering their cultural beliefs and practices, this leads to poor treatment outcomes and patient dissatisfaction.

The term interculturalism is defined differently by the interviewed healthcare professionals. On the one hand, it is understood as something that enriches our culture, because we can learn a lot from others, which contributes to greater tolerance of other cultures. On the other hand, interculturalism is a cornerstone of prejudice, stereotypes and discrimination that are often transmitted from one generation to another, and it also creates barriers to communication and contributes to the increase in crime. Theorists and researchers who have explored the notion of interculturalism also have different views on the matter. Zidarić (1994) defines the term as »a policy of mutual understanding, cognition, acceptance, interdependence and equal exchange of languages, cultures and traditions«. Mikolič, Pertot and Zudič Antonič (2006) emphasise that interculturalism not only means the simultaneous presence of several cultures side by side, but that it requires concrete and permanent forms of integration and seeks to create an intercultural society in which different cultures, nations and religions not only coexist but also collaborate, know each other, acknowledge and complement each other. Makarovic and Zorec (2009) say that interculturalism between different cultures seeks to find common ground and similarities that allow for further development and progress, and tends to respect their diversity. Hrženjak (2003) describes interculturalism as the integration of different cultures and their mutual respect regardless of gender, nationality, religion, ability, etc. Emphasis is placed on the co-existence of cultures, the preservation of one's own culture and the establishment of intercultural interactions, relationships and exchanges.

Contact and direct experience with members of other national, religious and cultural groups can also mean professional and personal growth for the healthcare professional; in the individuals in the above-mentioned sample this is manifested as inner satisfaction, learning tolerance, acquiring new knowledge and general insight. All this can also lead to the acquisition of cultural competences, which are essential for an individual's involvement and effective functioning in society.

Cultural competences also mean activities, adaptations and actions performed by health professionals in order to take into account the ethnic and cultural characteristics of other groups in their work. The persons from the studied sample adapt to the members of other ethnic, religious and cultural groups by communicating in a language that they understand, with a longer, more in-depth and empathetic treatment, and by adjusting the delivery of nursing care to the patient's gender. The survey has found that health professionals agree that intercultural healthcare staff can make a significant contribution to culturally competent and quality patient care. Namely, such patient care contributes to a patient's sense of confidence and greater willingness to participate, which also improves quality. Prosen (2018) also defines cultural competences as the ability of healthcare professionals to employ their own awareness of the importance of culture and their knowledge and skills in providing health care to ensure that they are culturally responsive, while not denying the patients' values, beliefs, customs and habits, but instead involve them in the planning of their care. However, he also attributes importance to cultural competences in conflict prevention, as he considers them the first prerequisite for a successful intercultural dialogue (Vrečer, 2011).

The interviewed health professionals believe that adjustments to the ethnic and cultural characteristics of other groups can be improved by additional training and the acquisition of cultural competences; however, those interviewed health professionals who have assessed their cultural competences as sufficient are not taking part in such training. In order to shed more light on the issue, a larger sample should be surveyed.

LITERATURA

1. Breznik, K., Kaučič, B. M. and Filej, B. (2019). Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). Medkulturna oskrba v zdravstvu. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 97–112.
2. El-Amouri, S. and O'Neill, S. (2011). Suporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse*, 39, št. 2, str. 244–250. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22551436>.
3. Frank, A. (2015). Kulturno kompetentna zdravstvena nega. V: Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T. in Klemenc, D. (ur.). Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 416–422.
4. Hrženjak, M. (2003). Medkulturnost in otroška literatura. V: Grosman, M., Kovač, P., Štefan, A., Marjanovič Umek, L. and Zupančič, M. (ur.). Beremo skupaj: priročnik za spodbujanje branja. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 73–76.
5. Humljan Urh, Š. (2013). Etnična občutljivost in antirasistična načela za socialno delo. V: Lešnik, B. (ur.). Kulturno kompetentno socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 126–179.
6. Hvalič Touzery, S. (2014). Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. V: Pivač, S., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. and Kalender Smajlovič, S. (ur.). 8. šola za klinične mentorje Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja Jesenice, 18. 9. 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, str. 46–57.
7. Jacek Kozak, K. (2008). Kultura in umetnost v okviru medkulturnega dialoga. V: Mikolič, V. and Jacek Kozak, K. (ur.). Medkulturni dialog kot temeljna vrednota EU. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Annales, str. 19–26.
8. Jelenc, A., Keršič Svetel, M. and Lipovec Čebon, U. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. V: Lipovec Čebon, U. (ur.). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 11–28.
9. Klemenčič, E. and Štremfel, U. (2011). Nacionalna in mednarodna perspektiva izobraževanja za državljanstvo v multikulturni družbi. Ljubljana: ZRC SAZU.
10. Leskošek, V. (2005). Uvod: med nestrpnostjo in sovraštvom. V: Leskošek, V. (ur.). Mi in oni: nestrpnost na Slovenskem. Ljubljana: Mirovni inštitut, str. 9–19.
11. Lipovec Čepon, U., Pistotnik, S., Farkaš Lainščak, J. and Huber, I. (2019). Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). Medkulturna oskrba v zdravstvu. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 35–49.
12. Makarovič, M. (2009). Šolanje v medkulturnem okolju. Ljubljana: Vega.
13. Makarovič, M. and Zorec, K. (2009). Uvod: Medkulturnost kot izziv za vzgojno-izobraževalni sistem. V: Makarovič, M. (ur.). Šolanje v medkulturnem okolju. Ljubljana: Vega, str. 5–18.
14. Mikolič, V. and Marc Bratina, K. (2009). Različni pristopi k medkulturni zmožnosti. V: Tašner, V. (ur.). Brez spopada kultur, spolov, generacij. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 43–56.

15. Mikolič, V., Pertot, S. and Zudič Antonič, N. (2006). Med kulturami in jeziki. Koper: Annales.
16. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno dne 7. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/enake_moznosti/zagovornik/.
17. Pollozhani, A., Kosevska, E., Petkovski, K., Memeti, S., Limani, B. and Kasapinov, B. (2013). Some aspects of culturally competent communication in health care in the Republic of Macedonia. *Mater Sociomed*, 25, št. 4, str. 250–254. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24511268>.
18. Prosen, M. (2018). Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52, št. 2, str. 76–80.
19. Razlag Kolar, T., Filej, B. and Kaučič, B. M. (2019). Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 75–95.
20. Taylor, R. (2005). Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21, št. 4, str. 135–142. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077280>.
21. Tomšič, M. (2009). Medkulturna razmerja v dobi globalizacije. V: Makarovič, M. (ur.). *Šolanje v medkulturnem okolju*. Ljubljana: Vega, str. 19–43.
22. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Vrečer, N. (2011). Medkulturne kompetence kot prvi pogoj za uspešen medkulturni dialog. V: Lukšič Hacin, M., Milharčič Hladnik, M. and Sardoč, M. (ur.). *Medkulturni odnosi kot aktivno državljanstvo*. Ljubljana: ZRC SAZU, str. 169–177.
24. Zakon o ratifikaciji Konvencije o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnih izrazov (2006). *Uradni list RS*, št. 129 (12. 12. 2006). Pridobljeno dne 7. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/76907>.
25. Zidarič, V. (1994). Interkulturalizam i interkulturno obrazovanje (u kontekstu poslijeratnih migracija u Evropi). V: Klemen - Krek, Z. (ur.). *Odgoj i obrazovanje u izvanrednim uvjetima (metodički pristupi)*. Ljubljana: UNESCO, Nemška komisija za UNESCO, Slovenska nacionalna komisija za UNESCO, str. 8–25.