



MEDKULTURNA OSKRBA V ZDRAVSTVU

ZNANSTVENA MONOGRAFIJA

CELJE, 2019





MEDKULTURNA OSKRBA V ZDRAVSTVU

Urednika:

doc. dr. Bojana Filej
doc. dr. Boris Miha Kaučič

Recenzenta:

izr. prof. dr. Nadja Plazar
izr. prof. dr. Gorazd Voga

Jezikovni pregled:

mag. Uršula Fujs, univ. dipl. slov.

Oblikovanje in prelom besedila:

Gorazd Podplatnik, Grafika Gracer d.o.o.

Založnik:

Visoka zdravstvena šola v Celju

Prva izdaja**Leto izdaje:**

2019

Znanstvena monografija je dostopna na:

Visoka zdravstvena šola v Celju <http://www.vzsce.si> (Knjižnica in založba: E-publikacije) in
MICE-ICU <http://mice-icu.eu/sl/>

Brez pisnega dovoljenja založnika je reproduciranje, distribuiranje, dajanje v najem, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, vključno s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki, po veljavnem Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah prepovedano.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083:303.446.2(082)

MEDKULTURNA oskrba v zdravstvu [Elektronski vir] : znanstvena monografija / [urednika Bojana Filej, Boris Miha Kaučič]. - 1. izd. – Celje : Visoka zdravstvena šola, 2019

Način dostopa (URL): <http://www.vzsce.si>
Način dostopa (URL): <http://mice-icu.eu/sl/>

ISBN 978-961-6889-31-5
1. Filej, Bojana
COBISS.SI-ID 95768065

ZNANSTVENA MONOGRAFIJA JE NASTALA V OKVIRU
MEDNARODNEGA RAZISKOVALNEGA IN RAZVOJNEGA PROJEKTA

VEČKULTURNA OSKRBA V EVROPSKIH ODDELKIH INTENZIVNE MEDICINE

ŠTEVILKA PROJEKTA: 2016-1-PL01-KA202-026615
PROJEKT MICE-ICU JE BIL FINANCIRAN S PODPORO EVROPSKE KOMISIJE.



MICE
Multicultural Care in European
Intensive Care Units



Erasmus+

V MEDNARODNEM RAZISKOVALNEM IN RAZVOJNEM PROJEKTU SO SODELOVALI



UNIVERSITY OF OSTRAVA
FACULTY OF MEDICINE



1. 10. 2016 – 30. 9. 2018



VSEBINSKO KAZALO

11	Jana Goriup: Multikulturalnost - vrednota postmoderne evropske družbe?
23	Franci Zlatar: Medkulturalnost v Sloveniji – ali se je bojimo?
35	Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš-Lainščak, Ivanka Huber: Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji
51	Helena Kristina Halbwachs: Samozavedanje in kritična refleksija v modelih kulturne kompetentnosti v zdravstvu
65	Helena Kristina Halbwachs: Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema
75	Tina Razlag Kolar, Bojana Filej, Boris Miha Kaučič: Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo
97	Kristijan Breznik, Boris Miha Kaučič, Bojana Filej: Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc
113	O avtorjih
116	Imensko kazalo
117	Stvarno kazalo



BESEDA UREDNIKOV

Pri pripravi znanstvene monografije nas je vodila misel, da je koncept medkulturnosti v slovenskem prostoru nov in da se ga zdravstveni strokovnjaki premalo zavedajo, da bi lahko zagotavljali kakovostno in varno zdravstveno oskrbo kulturno različnim pacientom. Premalo se tudi zavedajo, da okolje, v katerem živimo, ali je to evropski ali slovenski prostor, postaja vse bolj kulturno raznoliko in da nas bo medkulturnost spremljala tudi v prihodnje.

Celotna ozaveščena in demokratična družba se mora zavedati, da so to izzivi, ki se ne nanašajo le na posameznike, temveč se bodo novim izzivom morali prilagoditi vsi družbeno delujoči sistemi, torej tudi zdravstveni sistem. Vsak pacient ima pravico do nediskriminatorne in celostne obravnave, kar zahteva od zdravstvenih strokovnjakov, da pridobijo znanje o značilnostih različnih kultur ter o njihovem odnosu do zdravja, bolezni, bolečine in smrti.

Različni kodeksi etike zdravstvenih strokovnjakov sicer govorijo o spoštovanju pacientov ne glede na njihovo raso, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolno usmerjenost in zdravstveno stanje, vendar je vse etične dejavnike nemogoče upoštevati, če deklarativnim zahtevam ne sledijo tudi dejanja. A za to potrebujejo zdravstveni strokovnjaki znanje o različnih kulturah.

Paciente lahko celostno obravnavamo le, če imamo razvite kulturne kompetence, torej če združujemo znanje in veščine v odnosih z ljudmi, ki nam omogočijo občutljivost, razumevanje, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturno raznolike ljudi. Razvite kulturne kompetence nam omogočajo izvajanje primerne oskrbe ljudi v določenih situacijah, v katerih je pacientovo kulturo treba upoštevati.

Nihče ne zahteva, tudi medkulturnost ne, da bi pozabili na svojo lastno kulturo in se prilagajali le drugim, temveč da vzpostavljamo empatični in terapevtski odnos do ljudi, ki so zaradi stisk in trpljenja, povzročenega zaradi vojn, podnebnih sprememb ter slabih ekonomskih in življenjskih razmer morali zapustiti svoje domove.

doc. dr. **Bojana Filej**
urednica

doc. dr. **Boris Miha Kaučič**
urednik





RECENZIJA MONOGRAFIJE

MEDKULTURNA OSKRBA V ZDRAVSTVU

Monografijo *Medkulturna oskrba v zdravstvu*, ki je nastala v okviru mednarodnega razvojnega in raziskovalnega projekta Medkulturna oskrba v evropskih enotah intenzivne terapije in nege (MICE-ICU), sestavlja sedem poglavij, šest preglednih in zadnji, znanstvenoraziskovalni članek.

Poglavje *Multikulturnost – vrednota postmoderne evropske družbe?* (Jana Goriup) umesti multikulturnost v evropski kulturni in politični prostor, medtem ko članek *Medkulturnost v Sloveniji – ali se je bojimo?* (Franci Zlatar) govori o medkulturnosti v slovenskem kulturnem prostoru. Poglavje želi prikazati možnosti reševanja izzivov, ki jih prinašajo sodobne migracije in stik različnih kultur v Sloveniji. Avtorice članka *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji* (Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš Lainščak in Ivanka Huber) v njem iščejo definicijo kulturnih kompetenc in ugotavljajo, kako se z multikulturnostjo spoprijema slovensko zdravstvo; ocenjujejo, da za področje kulturnih kompetenc v zdravstvu še ni izrazitega zanimanja, prav tako tudi študijski programi medicinskih ali zdravstvenih fakultet ne vključujejo vsebin o kulturnih kompetencah. Izjemo predstavlja 20-urno usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki je leta 2016 potekalo v okviru projekta »Skupaj za zdravje« Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Helena Kristina Halbwachs v poglavju *Samozavedanje in kritična refleksija v modelih kulturne kompetentnosti v zdravstvu* s pregledom literature identificira štiri vidnejše teoretične modele kulturne kompetentnosti v zdravstvu, pri čemer ugotavlja, da vsi štirje modeli prepoznavajo samozavedanje in refleksijo kot pomemben element procesa razvoja kulturnih kompetenc. Ista avtorica v članku *Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema* ugotavlja, da je bilo v Sloveniji izvedenih le malo raziskav o razvoju kulturnih kompetenc v zdravstvu, izvedene pa kažejo, da so se zaposleni v zdravstvu začeli zavedati pomanjkljivosti in neenakosti v zdravstveni obravnavi, kar pomeni izziv za razvoj in postopno vpeljavo kulturno kompetentne zdravstvene obravnave. Poglavje Tine Razlag Kolar, Bojane Filej in Borisa Mihe Kaučiča *Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo* vsebinsko analizira 27 strokovnih in znanstvenih besedil ter na osnovi analize podaja izhodišča za oceno kulturnih kompetenc, ki so si jih pridobile medicinske sestre.

Kristijan Breznik, Boris Miha Kaučič in Bojana Filej v zadnjem poglavju monografije *Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc* predstavijo raziskavo, ki je potekala v okviru projekta Erasmus+ Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-ICU). Z raziskavo so ugotavljali izobraževalne potrebe za pridobitev medkulturnih kompetenc medicinskih sester v enotah intenzivne terapije in nege.

Monografija *Medkulturna oskrba v zdravstvu* je namenjena vsem, ki jih zanima večkulturnost, a predvsem tistim, zaposlenim v zdravstvu. Različne vsebine bralca seznanjajo z izzivi medkulturnosti, ki ni le posledica migracijskih tokov, temveč je sestavni del naše družbe.

Avtorji poglavij so se usmerili na različna področja medkulturnosti in razvoja kulturnih kompetenc. Članki so napisani z navajanjem novejših znanstvenih spoznanj na področju, ki je raziskovalno produktivno. Bralci bodo lahko našli holistični pristop k posameznemu vidiku obravnavane teme, ki je obenem podkrepjen z zanimivimi primeri. Monografija pri bralcih stimulira refleksijo in diskusijo ter kritično mišljenje in razvoj kulturne občutljivosti.

Znanstvena monografija bo prispevala k povečanju kulturne občutljivosti vseh, posebno pa tistih, ki prihajajo pri svojem delu v stik z ljudmi iz različnih kulturnih okolij, namenjena je predvsem zdravstvenim delavcem, saj daje primerno podlago za strokovno delo in tudi za politično odločanje.

izr. prof. dr. **Nadja Plazar**, spec. med. biokemije
recenzentka



RECENZIJAMONOGRAFIJE

MEDKULTURNA OSKRBA V ZDRAVSTVU

Visoka zdravstvena šola v Celju je kot eden izmed partnerjev v evropskem mednarodnem raziskovalnem projektu Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-ICU) organizirala diseminacijsko konferenco na temo medkulture v zdravstvu. Sedem prispevkov, ki so bili predstavljeni na diseminacijski konferenci, je objavljenih v znanstveni monografiji *Medkultura oskrba v zdravstvu*. Publikacija v določeni meri nadomešča pomanjkanje slovenske literature v zvezi z medkulturnostjo v zdravstvu.

V prvem poglavju sociologinja Jane Goriup z naslovom *Multikulturnost – vrednota postmoderne evropske družbe?* so večplastno prikazani vzroki za multikulturnost v Evropi ter kritično ocenjene tudi njene posledice. Poglavje predstavlja teoretično podkovan uvod za boljše razumevanje naslednjih poglavij monografije.

Problem multikulturnosti v Sloveniji s poudarkom na ambivalentnem odnosu do sodobnih migracij in strahu pred izzivi medkulturnosti je predstavljen v drugem poglavju Francija Zlatarja *Medkulturnost v Sloveniji – ali se jo bojimo?*, v katerem posebej izpostavlja tudi potrebo po pridobivanju in razvijanju medkulturnih kompetenc.

V naslednjem poglavju *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji* Uršula Lipovec Čebren, Sara Pistotnik, Jerneja Farkaš Lainščak in Ivanka Huber ugotavljajo, da je pridobivanje znanja o medkulturnosti v Sloveniji težavno, saj študijski programi teh znanj ne vključujejo, poleg tega pa je zanimanje za to področje sorazmerno majhno. Kljub temu je bilo eno izmed redkih izobraževanj s področja kulturnih kompetenc v Sloveniji dobro ocenjeno in sprejeto. Zaradi nejasnosti različnih opredelitev vsebine kulturnih kompetenc je del prispevka namenjen tudi razjasnitvi temeljnih pojmov o kulturnih kompetencah.

Sledita dve poglavji Helene Kristine Halbwachs. V prvem *Samozavedanje in kritična refleksija v modelih kulturne kompetentnosti v zdravstvu* avtorica predstavi pomen samozavedanja in refleksije, ki ga poudarjajo vsi štirje teoretični modeli kulturne kompetentnosti v zdravstvu, tudi predstavljeni v poglavju. Poudarja pomen spoznavanja lastnega kulturnega okolja, ki ga kljub potrebi po spoznavanju drugačnih kultur nikakor ne smemo zanemariti. V drugem poglavju *Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema* navaja, da morajo biti kulturne kompetence vključene v vse komponente in ravni zdravstvenega sistema. Osredotočenost na predvsem klinične kulturne kompetence ne zadošča in tega smo se v Sloveniji šele začeli zavedati – torej nas čaka še dolga pot pridobivanja ustreznih kulturnih kompetenc.

Sistematičen pregled literature in analizo ustreznih člankov so v poglavju *Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo* opravili Tina Razlag Kolar, Bojana Filej in Boris Miha Kaučič v okviru projekta MICE-ICU. S sintezo rezultatov, dobljenih z analizo člankov, so v zvezi s kulturnimi kompetencami opredelili šest vsebinskih področij, ki so jih v razpravi tudi kritično predstavili.

Monografijo zaključuje znanstvenoraziskovalni prispevek *Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc*, v katerem so Kristijan Breznik, Boris Miha Kaučič in Bojana Filej analizirali podatke, pridobljene z anketiranjem 98 medicinskih sester, ki so se udeležile izobraževanja v okviru projekta MICE-ICU. Z analizo odgovorov so ugotovili, da se medicinske sestre v intenzivnih enotah zavedajo pomanjkljivega znanja s tega področja in da bi jim dodatno izobraževanje ter znanje tujih jezikov nedvomno koristili. Prav tako so ugotovili, da bi medicinskim sestram poznavanje drugih kultur pomagalo pri vsakdanjem delu, da potrebujejo povratne informacije o svojem delu z ljudmi različnih kultur in da pogrešajo literaturo v zvezi z različnim kulturnim ozadjem pacientov. Stopnja kulturne kompetentnosti ni bila statistično pomembna glede na spol, od znanja tujih jezikov in obiskovanja tujine pa so odvisni vedenje anketiranih do pacientov in njihove izobraževalne potrebe.

Naraščajoča medkulturnost pacientov v intenzivnih enotah je stalnica in zahteva dodatno izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, saj pridobivanje kulturnih kompetenc večinoma ni vključeno v izobraževalne programe visokih šol in fakultet. Monografija bo zato dobrodošla vsem, ki jih zanima področje medkulturnosti v zdravstveni oskrbi, saj podaja razmeroma celovit pregled področja na splošno in še posebej v Sloveniji.





Odlikuje jo tudi sistematično zbrana in popolna literatura, ki je v poglavjih tudi kritično ocenjena. Ne nazadnje sta zadnji poglavji znanstvene monografije plod raziskovalnega dela na Visoki zdravstveni šoli v Celju pri zgoraj omenjenem mednarodnem projektu.

prim.izr. prof. dr. **Gorazd Voga**, dr. med., spec. interne in intenzivne medicine
recenzent





MULTIKULTURNOST – VREDNOTA POSTMODERNE EVROPSKE DRUŽBE?

red. prof. dr. Jana Goriup

1 UVOD

Multikulturalizem je pojav, ki ga lahko razumemo na več različnih načinov, saj predstavlja pojem, ki zgodovinsko realnost zaznamuje kot posledico migrantskih dogajanj in hkrati kot aktualen razvoj heterogenosti kultur globalne sodobne evropske postmoderne družbe. Po drugi strani ga opredeljujejo tudi različni teoretski pristopi na osnovi razmišljanj o spremenjeni ureditvi odnosov med različnimi kulturami in njihovimi vrednotami. Ne nazadnje, multikulturalizem evropske družbe je tudi splet različnih politik, ki izhajajo iz teorije in predstavljajo aplikacijo aktualnih teorij v sodobni evropski realnosti.

Za sodobno globalno evropsko družbo je značilna izjemna in specifična multikulturna situacija. Čeprav je v svoji preteklosti le-ta doživela prepletanje in stike med različnimi kulturami, ki so ustvarili družbo različnih kultur, ki jih danes največkrat prepoznamo kot nacionalne države, se danes srečuje s kulturami in vrednotami neevropskih korenin. Nastanek Evropske unije, njene širitve kot politične skupnosti in (predvsem) intenzivni migracijski procesi namreč so (še vedno) za evropsko globalno družbo nov in težko obvladljiv izziv, saj se srečuje s še nepoznano in nemalokrat povsem novo multikulturno situacijo, ki zahteva novo urejevanje odnosov tako med njenimi kulturno različnimi članicami na eni strani kot tudi s kulturami imigrantskih skupin na drugi. Kljub vsemu si prizadeva na eni strani za ohranjanje kulturne heterogenosti kot politične skupnosti, za medsebojno povezovanje ter medsebojno kulturno izmenjavo. Po drugi strani doživlja prav nasprotno: skozi različne ideološke predpostavke zavračanje vsega, kar ni »izvorno evropsko« in kar (po ocenah skrajnejšev) ogroža njeno vrednostno identiteto. Skupne vrednote evropske globalne družbe bi lahko označili kot eksistencialna področja družbenega in individualnega življenja evropskega človeka ter kot taka so to področja njegovega vrednotenja.

V evropski globalni družbi je multikulturnost povezana predvsem z aktualnimi množičnimi migracijami predvsem državljanov iz bližnjevzhodnih držav in držav podsaharske Afrike, ki se iz sicer različnih vzrokov odločajo za prihod v eno izmed evropskih držav; največkrat Nemčijo. A tovrstno preseljevanje za vedno spreminja kulturno in vrednostno (dokaj) enotnost prebivalstva evropske družbe in nasilno ustvarja družbe, ki so vrednostno in kulturno različne. Čeprav migracije pojmuje kot do neke mere prisilen pojav, največkrat so to ekonomske migracije, ko skupine ljudi migrirajo v upanju na boljši zaslužek in življenje na splošno, so aktualne predvsem politične migracije kot posledica vojn (npr. v Siriji, Libanonu idr.), bežanja pred nasilno oblastjo, iskanja političnega azila idr.

Vendar sodobna evropska družba od leta 2015 doživlja veliko intenzifikacijo migracij, ki niso zgolj prisilne, ampak (tudi) prostovoljne. Kot take migracije v Evropo predstavljajo integralni del sodobne evropske družbene mobilnosti. Ker migracije, tako prisilne kot prostovoljne, (ne)hote povzročajo mešanje različnih kultur, vrednot, svetovnih nazorov in različnih načinov življenja v evropski družbi, posledično ustvarjajo njeno kulturno in vrednotno heterogenost. Navedeno pa (že) vpliva na kulturno, vrednostno in svetovnonazorsko identiteto evropske družbe.

Zato se nam glede na dejstvo, da so navsezadnje migracije stare toliko kot človeštvo in da si brez njih aktualno globalno postmoderno evropsko družbo težko predstavljamo, zastavljata vprašanji:

»Ali je novonastala kulturna heterogenost, ki zaznamuje globalno evropsko družbo, vrednota sama po sebi ali lahko po drugi strani le-ta postane ovira na poti ekonomske, politične ali celo kulturne integracije evropske družbe?«

... in posledično:

»Ali je multikulturnost še vrednota postmoderne evropske družbe?«



Odgovora na zastavljeni vprašnji želimo poiskati skozi analizo migracijskih procesov, vloge kulture in pomena multikulturalizma za sožitje novonastale evropske družbene tvorbe, ki si prizadeva za unifikacijo vrednot, svobodo izražanja drugačnosti in uresničevanje človekovih pravic.

2 RAZLIČNE TEORETSKE RAZPRAVE O MULTIKULTURALIZMU

Nove realnosti v doživljanju imigrantskih tokov v evropsko družbo spodbujajo nove teoretične koncepte razumevaja multikulturalizma: od deteritorializacije kulture, translacije, transkulturacije, globalizacije, glocalizacije, mestizacije, kreolizacije, hibridnosti do večkulturalizma in večkulturnosti. Izraza večkulturalizem in večkulturnost sta danes postala neizogibna na vseh področjih življenja evropske družbe, doživljata pa tudi svojevrstno inflacijo. Nasprotja, povezana s terminološkimi opredelitvami, srečujemo tako pri znanstvenikih in raziskovalcih kakor tudi v samih praksah.

Multikulturalizem lahko opredelimo kot evropsko družbeno realnost, kot dejstvo aktualnega sobivanja različnih kultur znotraj evropske družbe. V nasprotju z večkulturnostjo je večkulturalizem politični koncept, s katerim opredeljujemo sodobne načine urejanja kulturnih razlik. Večkulturnost sodobnih družb ali kulturno identitetno različnost lahko vsaj v ožjem pomenu sistematiziramo v tri skupine:

- etnokulturne različnosti, pogosto definirane znotraj konteksta kulturne deriviranosti, ki vključujejo indigena ljudstva, etnične manjšine in migrante;
- različnosti, ki izhajajo iz spolne identitete;
- fizične značilnosti (starejši, hendikepirani).

Večina teoretikov, ki se analitično ukvarja z večkulturnostjo sodobnih družb, ocenjuje, da le-ta zajema samo prvo skupino, vse preostale uvrščajo v širše pojmovanje družbenega in kulturnega pluralizma. Vsekakor gre pri multikulturalizmu za enega od najbolj razširjenih in najspornejših intelektualnih in političnih gibanj v sodobnih evropskih družbah. Vendar znotraj področja teoretskih razprav ni kompromisa o razumevanju pojma multikulturalizem. Razhajanja niso povezana toliko s teoretskimi problemi kot s politiko in ideologijo. Tako se srečamo s pojmi (neo)konservativizem, liberalizem, radikalizem. Teorije multikulturalizma Lukšič-Hacin (1999) prepozna kot:

- *konservativne, korporativne oz. neokonservativne*, ki zagovarjajo koncept univerzalne kulture. Vrednote zahodnoevropskih kultur (in danes tudi ZDA) postavljajo kot univerzalne in preko njih presojuje drugačne. Uporabljajo termin različnost (diversity), a zato da prikrijejo svoj zagovor asimilacije z vladajočo kulturo, zagovarjajo univerzalni koncept razvoja. V povezavi z njim kulture delijo na bolj in manj razvite (hierarhični koncept kulture) in prav tako jezike. Spodbijajo legitimnost »tujih« jezikov ter regionalnih in etničnih dialektov. S tem se povezuje zagovor monolingvizma oziroma enega uradnega jezika (npr. angleščine). Ta teorija vztraja pri hierarhiziranju in diskriminiranju kultur ter njihovih vrednot zaradi domneve kognitivne (miselne) neenakosti, kar naj bi bila posledica kulturno zaostalega okolja ali pomanjkanja družinskih vrednot in drugih dejavnikov, ki implicirajo dominantne družbene vrednote. Tu gre za nekatere vrste zakrit monokultarizem in rasizem;
- *liberalne*, katerih zagovorniki priznavajo razlike, a izpostavljajo tudi pomen istovetnosti na univerzalni ravni. Liberalna razlika je individualna in ne skupinska. Tako se ne vidi povezave z obstoječimi razmerji moči (Giroux, 1994). Preko univerzalne istovetnosti pridemo do pojma naravna enakost, ki naj bi bila bistvena vrednota. Temelj te teorije je predpostavka o intelektualni istovetnosti, o kognitivni ekvivalenci ali/in racionalnosti vseh ljudi. A v analizi se izognejo njegovi zgodovinski kontekstualizaciji in posebnosti odnosov moči ali govorijo o »kulturnem boju«. Na ta način se izognejo protislovnostim v povezavi z rasami, razredi in spoli ter njihovi zgodovinsko-družbeni analizi in kritiki;
- *liberalne teorije*, ki izhajajo iz pojmovanja posameznikov kot inherentno enakih in enakovrednih, v skladu s konceptom človekovega dostojanstva, ki pripada vsem ljudem in v njihovem neodtujljivem dostojanstvu dela enakovredne. Liberalni multikulturalisti verjamejo, da je mogoče spremeniti kulturne, ekonomske in socialne prepreke pri doseganju relativne enakosti vseh kultur;
- *levoliberalne teorije* poudarjajo pomen kulturne razlike in diferencialnega koncepta kulture in vrednot. Poudarjanje enakosti ras naj bi povsem zadušilo kulturne in razlike vrednot med rasami. Tudi tiste, ki povzročajo različna obnašanja, vrednote, nagnjenja, kognitivne stile in družbene prakse. Na neki način idealizirajo drugačnost in nativistično pribežališče. Izhodišče različnosti je locirano v kulturno avtentičnost.



Kulturno razliko pojmujejo kot esenco, kot formo pomena, ki je osvobodjena od družbenih in zgodovinskih okvirov. Poudarjajo pomen razlike, a jo proučujejo le kot retorično formo. Pomen se vzpostavlja skozi pristno, neposredno izkušnjo na ravni posameznika brez interakcije z okoljem. Liberalni multikulturalizem priznava naravno enakost med kulturami in rasami. Teorija je podobna liberalni, ker priznava enakost vseh kultur in ras ter njihovih vrednot, vendar se zaveda, da to pretirano poudarjanje enakopravnosti vodi v zadušitev kulturnih razlik. Zato bolj podpira vrednoto kulturne raznolikosti kot enakosti na ravni različnih vedenjskih vzorcev, vrednot in družbenih praks;

- *kritične, uporniške ali radikalne teorije* izhajajo iz kritike obstoječih odnosov (predvsem v ZDA), ki jih povezujejo z analizo novodobne evropocentričnosti. Kritika izhaja iz koncepta človekovih pravic in kulturnega relativizma. Obstoječi odnosi in podrejenost etnično in kulturno različnih so zgodovinsko in kulturno/družbeno pogojeni in odvisni predvsem od delitve moči, zato postavljajo zahteve po radikalnem rekonstruiranju in rekonceptualizaciji odnosov oblasti med različnimi kulturnimi in etničnimi skupinami, zavračajo diskurz getoizacije in izpodbijajo hierarhijo, ki naredi nekatere skupine za manjšinske in druge za večinske in normativne. Zanje razlika ni cilj, ampak dejstvo in predvsem argument za dokazovanje in uveljavljanje različnosti znotraj kulturnih politik, tudi kot obveza za socialno pravičnost. Razliko razumejo kot interakcijo med dvema ali več skupinami, ki pa ni absolutna, je relativna in odvisna od interakcije med ljudmi. Zagovarja nujnost po obstoječih družbenih odnosih. Avtorji izhajajo iz vrednote človekovih pravic, kulturnega relativizma, diferencialnega koncepta kulture ter iz kritike obstoječih odnosov in predstavljajo nadgradnjo levoliberalne teorije. Izpostavljajo vlogo in pomen jezika, saj je le-ta osnovni pogoj za sporazumevanje.

Navedenim različnim teorijam multikulturalizma so skupne vrednote človekove pravice, medkulturna solidarnost, heterogenost in različnosti.

3 MULTIKULTURNOST KOT EVROPSKA POLITIČNA IN DRUŽBENA REALNOST

Evropski državljani zaradi intenzivnih migracijskih procesov vse bolj svojo družbo dojemajo kot bistveno bolj etnično različno, kulturno, svetovnonazorsko in vrednostno raznovrstno. Veliko priseljencev vznemirja Evropejce, tudi Slovence, intenzivni migracijski priliv je spremenil tako parcialne družbe kot tudi globalno evropsko družbo, identitetna politika je stopila v ospredje.

Še pred desetletji toliko razglašana multikulturalnost je dobila povsem drugačen, slabšalen pomen. Spremenila se je politična govorica. Tudi če (so) politike multikulturalizma še nedavno tega sprejemale različnost v družbi, pa so (po tihem) implicitno domnevale, da ta ne bo segel prek robov manjšinskih skupnosti, in so različnost (vseskozi) poskušale institucionalizirati tako, da so jo obravnavale v etničnih in kulturnih okvirih in mejah. A v začetku prejšnjega desetletja se je več evropskih vodilnih politikov javno opredelilo zoper multikulturalizem. Razglasili so ga za (najmanj) preživelega oz. (povsem) mrtvega. Tako je nemška kanclerka Angela Merkel leta 2010 na shodu stranke CDU v Potsdamu ocenila, da je nemška multikulturna družba (Multikultigesellschaft) odpovedala. Leto kasneje je takratni britanski ministrski predsednik David Cameron v svojem prvem nastopu na mestu predsednika izjavil, da je »državni multikulturalizem« na Otoku spodletel; navedeno je potrdil tudi takratni francoski predsednik Nicolas Sarkozy, ki se je pridružil množici svetovnih voditeljev, aktualnih in nekdanjih, ki so izpostavili polom multikulturalizma. K temu sta prispevali ekonomska kriza in stagnacija, ki nista proizvedli samo evroskepticizma, temveč tudi skrajno desnico, ksenofobijo, islamofobijo, rasizem idr. Navedene družbene in (predvsem) politične okoliščine so ne samo povzročile, ampak (celo) spodbujale vzpon ekstremističnih desnih političnih strank v večini držav članic Evropske unije pa tudi širše (npr. Nacionalne fronte v Franciji, Zlate zore v Grčiji, krščanski fundamentalizem na Norveškem, Alternativa za Nemčijo (AfD) idr.) in javno kritiko politik multikulturalizma. A ocene državljanov evropske družbe so (bile) različne:

- *kritiki multikulturalizma* sicer prepoznavajo razloge za nastale razmere v čezmernem priseljevanju, ki je potekalo brez potrebne integracije. Opozarjajo tudi, da sodobne migracije v Evropi niso primerljive s prejšnjimi. Tako je Caldwell (2010) najprej razvil tezo o priseljencih, ki so revolucionirali takratno evropsko družbo, evropske (tudi nacionalne) kulture s svojimi vrednotami pa so postale prešibke, da bi se lahko uprle bistveno močnejši islamski kulturi, in nato odgovoril z novo tezo o evropski islamski dilemi, v kateri nakazuje globalno evropsko družbo, ki bo kmalu »islamizirana«, postala bo »Eurabija«, o kateri je pisala (že) italijanska novinarka in raziskovalka Oriana Fallaci;
- *zagovorniki multikulturalizma* pa vzrokov za nastale težave ne vidijo v preveliki različnosti, temveč v





oživljenem rasizmu, ksenofobiji, nacionalizmi vseh vrst. In predvsem v vzpostavljanju situacije strahu!

Multikulturalizem, ki predpostavlja pravico do različnosti, ki bi morala biti temelj evropske globalne družbe, je odpovedal kljub dejstvu, da je Evropska unija osnovana na prostem pretoku ljudi, blaga in kapitala. Zatečena resnica o multikulturalnosti je precej bolj kompleksna, saj je multikulturalizem postal druga beseda za socialna in politična vprašanja: priseljevanje, identiteto, politično razočaranje, soočanje z drugačnostjo ... Evropa, v kateri vladajoča ideologija stigmatizira vse »druge«, je odgovorila nepripravljena in prestrašena. Realnost se vse bolj manifestira kot zapiranje meja pred drugačnimi, ki niso belopoliti, niso kristjani, ki imajo drugačne življenjske vrednote ... Tako sekularna in demokratična evropska družba, ki se ponaša in identificira s pridobitvami in z zapuščino razsvetljenstva, okrog sebe gradi zid(ove) in postaja za ljudi, ki si želijo evropskega načina življenja, življenjskega standarda, svobode, pravičnosti in miru, vse bolj nedosegljiva. Postaja trdnjava Evropa.

Tako je v številnih evropskih (nacionalnih) družbah vse bolj aktualen diskurz, oblikovan na ravni razlikovanja lastne kulturne in vrednostne identitete od drugačnih ter ki zavrača vse multikulturalno in povečuje razvijanje monokulturalizma. Štrajn (2009) zato izpostavlja, da v marsikateri evropski družbi težko poteka soočenje, kaj šele sobivanje in sožitje z večkulturnostjo, ker je le-ta še vedno problem. Še posebej, ko se posameznik (družbena skupina) znajde v območju medkulturnosti, v katerem se dogajajo vsakršne (družbene, kulturne, medosebne, politične, celo verske idr.) interakcije v območju raznolikosti. Identitete, tradicije, običaji, simboli, religije in ne nazadnje različne govorice opredeljujejo prostor srečevanj, ki smo ga označili kot družbeni prostor večkulturnosti. Za preseganje zavračanja zato izpostavlja medkulturni dialog, ki ga razume kot čim bolj odprto in spoštljivo komunikacijo med ljudmi iz različnih družbenih okolij. Gre za izmenjavo mnenj med posamezniki ali skupinami različnih narodnosti, kultur, veroizpovedi, jezikov, generacij in socialnih okolij.

Ker multikulturalizem pomeni težnjo po ohranitvi kulturne različnosti, ga hkrati v najbolj načelnem pomenu lahko razumemo kot ideologijo, ki varuje in pospešuje mnogoterost kultur. Kot tak je v sodobni globalni (in parcialni) evropski družbi globalizacije, mundializacije in tehnicizacije vseh vrst multikulturalnost vrednota, ki bi jo morali spoštovati in upoštevati vsi: avtohtoni prebivalci in imigranti. A žal se evropska družba sooča z naraščajočimi tenzijami diskriminacij, predsodkov in stereotipov tako, da multikulturalnost ne predstavlja samo kulturnega in vrednostnega izziva, ampak (predvsem) potrebo po soočanju z realnostjo pravilnega razumevanja večkulturnosti, medkulturnosti, različnih vrednostnih sistemov in usmeritev.

V teoriji multikulturalizma ima pojem »kultura« središčno vlogo. Toda čeprav je pojem kulture v teorijah o multikulturalizmu največkrat povezan s pojmom etničnih ali rasnih skupin kot nosilk lastne kulture, je tako razumevanje kulture daleč od edinega možnega, kar sta že potrdila Kroeber in Kluckhohn (1952), ki v svojem delu *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions* omenjata več kot 52 različnih definicij kulture. Navedeno pa samo potrjuje, da je pojem kulture težko opredeliti in zamejiti v eno samo definicijo. Tudi Lukšič-Hacin (1999) navaja, da imajo definicije kulture nekaj skupnega, namreč »vse se ukvarjajo z vprašanjem, v čem si je neka 'skupina' ljudi podobna in kaj jih loči od drugih«, in da ...»kultura zaobsega cilje, vrednote, pomene in tipe, ki imajo svoj izvor zunaj posameznika, a jih ta ponotranji v procesih socializacije in inkulturacije. Kultura je povezana s komunikacijo in simbolnim, družba pa s procesi zadovoljevanja človekovih potreb, kar poteka v skladu s kulturo« (Lukšič-Hacin, 1999). Kultura in družba s svojimi vrednotami sta zato tesno povezana fenomena. Prvič zato, ker je družba podstat življenja kulture in obstajanja vrednot. Drugič pa zato, ker hkrati prav kultura povratno vpliva na vrednote v družbi. Kultura tako predstavlja posameznikovo primarno okolje, saj preko nje posamezniki ponotranjajo družbene pomene in osmišljujejo svet okrog sebe. Kultura z uresničevanjem vrednot tako predstavlja posameznikov simbolni svet, v katerega je vrojen, saj se z življenjem vrednot kot integriran del svoje družbe razvije v kulturno bitje.

V tako razumljeni multikulturalistični tradiciji sta pojma kulture in vrednot povezana s kolektivnimi družbenimi identitetami, ki sodelujejo v boju za družbeno pravičnost, kar je v sodobni evropski družbi še kako aktualno. Vendar je Turner (1995) prepričan, da mora multikulturalizem sprejeti definicijo kulture kot nečesa, kar je prepustno, dinamično in interaktivno, ne pa stalno in statično. Medkulturnih odnosov ne razume zgolj kot skupka odnosov med različnimi etničnimi skupinami, temveč se zavzema za širše razumevanje medkulturnih odnosov, ki se nanašajo na najrazličnejše družbene skupine: od žensk, homoseksualcev, poklicnih združenj, političnih zaveznikov ali celo virtualnih skupin, ki razvijejo določeno stopnjo skupinske aktivnosti.



Tako konstruktivistično razumevanje kulture in vrednot je nasprotno esencialističnemu pojmovanju kulture kot stalne lastnosti neke družbene skupine. Tudi Cederman (2001) je prepričan, da esencialisti razumejo kulturo kot nekaj, kar je povezano s kulturnim ozadjem skupine, ki vpliva na neposredno formacijo neke kulture, pri čemer je vloga kulturnih akterjev zgolj v tem, da izražajo specifično kulturno in vrednostno tradicijo. O pomenu povezave med etnično identiteto in njenim potencialnim razvojem v narodnost ter kasneje nacionalno državo je prepričan tudi Južnič (1993), ki navaja, da etnične skupine vedno težijo k politični koherentnosti in konformnosti, čeprav hkrati opozarja, da ta povezava ni nujna in še manj naravna. Usoda vsake družbene skupine, ki ima lastno identiteto, vrednote in kulturo, je zanj odvisna od različnih okoljskih dejavnikov in je zato stvar politike, ne pa naravnega razvoja skupnosti. Zato zagovarja konstruktivistično oblikovanje družbenih skupin kot kulturnih skupnosti z njihovo kulturo in vrednotami. In predvsem: konstruktivistično razumevanje kulture razume kot bolj »političen« pojem, kar v danih evropskih razmerah potrjuje njegovo aktualnost. Prepričan je namreč, da je kultura politična v tem smislu, da je enotna kulturna identiteta razbita skozi aktiven proces oblikovanja identitete skozi različne politične procese, ki vključujejo manipulacijo simbolnega sveta. Prav zato kultura zanj ni nikoli statična in ne ohranja iste oblike skozi celotno zgodovino. Konstruktivistično pojmovanje kulture razume kot nekakšen stranski učinek političnega delovanja. Na tak način kultura nastaja v procesu politične mobilizacije skupine ljudi s strani političnih vodij, ki spretno manipulirajo med kulturnimi pomeni. (Po)znano, mar ne?

Glede na iskanje (nove) ustrezne poti globalne evropske identitete in vrednot ne gre zanemariti govora francoskega predsednika Macrona na prvem nastopu pred evropskimi poslanci, saj se je zavzel za večjo suverenost Evropske unije, ki bo Uniji omogočila boljši odziv na izzive. Ta suverenost po njegovih besedah obsega številna področja. Med prvimi je izpostavil migracije, glede katerih po njegovem mnenju Evropa potrebuje otipljive rezultate in mora zato ustvariti notranjo in zunanjo solidarnost. Predlagal je oblikovanje evropskega programa za financiranje lokalnih skupnosti, ki bi sprejele in vključevale begunce. V izrazito proevropskem govoru je poudaril tudi demokracijo kot trenutno najvišjo vrednoto in hkrati najboljšo možnost – in tudi kot identiteto. »Ob avtoritarizmu, ki nas obkroža, ni odgovor avtoritarna demokracija, ampak avtoriteta demokracije,« je poudaril in dodal: »Ne želim biti del generacije mesečnikov, ki so pozabili lastno preteklost« (Bütikofer, 2018, 1; Freie Presse, 2018). Izpostavil je še, da zavračanje migrantov opozarja, da se hkrati s trenutno zaznano dezorganizacijo evropske družbe dogaja tudi »dekonstrukcija migrantske družbe same«. Bodisi tako da se migranti zatekajo v kriminal in droge bodisi tako da se rešujejo s samodiscipliniranim vedenjem.

4 MULTIKULTURNOST KOT VREDNOTA POSTMODERNE EVROPSKE DRUŽBE

A vseeno smo prepričani, da se kulture in vrednote nikoli ne oblikujejo same in (sploh) ne v (družbeni in politični) izolaciji, ker so vedno rezultat različnih odnosov, ki se razvijejo v družbeni interakciji različnih (posameznikov, družbenih skupin). Multikulturalizem predpostavlja razumevanje drugih kultur in take družbene odnose, ki ne obsojajo in absolutno a priori zavračajo druge kulture, saj predpostavlja, da so druge kulture in njihove vrednote vredne razumevanja in spoštovanja.

Evropske države so se združile v Evropsko unijo, ki je politična skupnost, nastala s podpisom Maastrichtske pogodbe leta 1992. Njena zgodovina se začne leta 1952, ko je šest evropskih držav podpisalo sporazum o ustanovitvi Evropske skupnosti za premog in jeklo. Ta se je leta 1957 preimenovala v Evropsko skupnost, ki je predhodnica Evropske unije. V obdobju med letoma 1957 in 1992 je doživela pet širitev, saj se je skupnosti priključilo še šest držav. Danes šteje 28 držav članic, na vstop v Unijo čakajo še nekatere države. Politike Evropske unije pa v svoje delovanje vključujejo tudi države, ki niso njene članice (npr. Norveška, Švica).

Sodobna evropska družba je družba kompleksnih raznolikosti, kar ni nič novega. A novo je to, da je le-ta vse bolj »obsedena« z raznolikostjo zato, ker se o njej danes v vseh evropskih družbah govori veliko več kot v preteklosti. Velikokrat smo v preteklosti kulture in vrednote drugačnih prezirali, ker smo preprosto podlegali predpostavkam, da so nekatere kulture napačne in trivialne in kot take za evropsko družbo nesprejemljive, opozarjata Koopmans in Staham (1999 cited in Mesić, 2006), ki ugotavljata še, da se v Evropi v zadnjem desetletju intenzivirajo vprašanja in politične dileme glede migracij. Novonastala evropska družba intenzivnega priseljavanja je od sredine prejšnjega desetletja vedno bolj aktualna za novo politično prodiranje





imigrantskih in manjšinskih družbenih skupin iz neevropskih okolij. Politika migracij, ki jo proklamira Evropska komisija, je postala središčni problem evropskih liberalnih demokracij. Problem migracij se je v Evropi aktualiziral, ko so liberalne demokracije vstopale v procese globalizacije in transnacionalizacije Evropske unije. Pri tem je pomembno opozoriti, da globalizacija na (tako svetovnem kot evropskem) gospodarskem področju poraja bistveno manj socialnih in političnih nesoglasij, če se hkrati z njo krepi tudi kozmopolitstvo prebivalstva, saj brez tega ni mogoče uresničevati nadenacionalne integracije. Če se širi kozmopolitstvo samo med znanstveno, gospodarsko in kulturno elito in če se pri večini evropskega prebivalstva ohranja nacionalna usmerjenost, potem se neizogibno povečuje razkol med elitami in množicami, med avtohtonim in imigrantskim prebivalstvom.

Evropska postmoderna družba in njena ideja izhajata iz predpostavke temeljnih in trajnih sprememb ekonomske in politične strukture glede na njen trajnostni razvoj. Posamezniki se vse bolj osvobajajo prejšnjih, »prirojenih« in privzgojenih partikularnih identitet, značilnih za tradicionalno družbo, in svoje družbene odnose oblikujejo na osnovi osebnih dosežkov in univerzalnih vrednotah evropske družbe, svobodno izbirajo svoja nagnjenja ter afiliacije. Evropska globalna družba se je razvijala na temeljnih univerzalnih idejah in vrednotah razsvetljenstva. Med njimi izstopa avtoriteta univerzalnega človeškega razuma nad kulturnimi – specifičnimi kodami in verovanji. Na njih temelji zgodovinska evolucija demokracije, artikulacija temeljnih človekovih pravic, razvoj znanosti in tehnologije ter širitev kapitalistične ekonomije. Toda sčasoma se je evropska družba začela spopadati z usiňanjem avtoritete. Usiňanje spoštovanja do avtoritet in naraščanje potrebe po osebnem razvoju naj bi bila po Inglehartu in Welzlu (2005) ena od temeljnih značilnosti prehoda iz moderne v postmoderno evropsko družbo. To se kaže v:

- politiki v vse manjši potrebi državljanov po karizmatičnem vodji,
- vse večji participaciji državljanov v javnem življenju,
- širšem družbenem dogajanju v relativizaciji togih kolektivnih (verskih in moralnih) norm ter v vse večji potrebi po samoregulaciji,
- gospodarstvu pa v prehajanju od brezosebne poudarjanja gospodarske rasti k vse bolj osebnemu presojanju subjektivne blaginje evropskega državljana kot posameznika.

Razloge za nastalo situacijo iščejo kritiki v priseljevanju tujcev v evropske države in v negotovostih, ki izhajajo iz širitve Unije. Glavnih vzrokov za ohranjanje ali celo za krepitev nacionalizmov pa ne v preveč ekskluzivni kulturni identiteti, ampak v usiňanju socialne integracije oziroma v upadajoči »koheziji« prebivalstva (Inglehart, 1997). Gre torej za obrambne odzive, ki izhajajo iz občutenja socialno-ekonomske ogroženosti avtohtonega prebivalstva, in ne za nacionalizme, ki bi izvirali iz kulturne identitete. Omenjena krepitev nacionalizmov je povezana tudi z religioznostjo prebivalstva (npr. na Poljskem, Hrvaškem in drugod).

A opažene so razlike pri izražanju stališč do svobode in enakosti kot vrednot. Opređeljevanje med svobodo in enakostjo pomeni izbiro, ki je globoko strukturno, kulturno in osebnostno utemeljena. Pri tem gre za nakazovanje razmerja pri uveljavljanju tradicionalnih usmeritev nasproti libertarnim oz. postmodernim vrednotnim usmeritvam. Čeprav se zdi, da so izvori aktualnega egalitarizma, ki v sedanjih družbenih razmerah v nekaterih evropskih družbah ponovno postaja pomembnejši (npr. na Poljskem), predvsem kot vrednota o enakosti ljudi znotraj cerkvene skupnosti. Gre seveda predvsem za predstavo o enakosti v transcendenci, ko se pričakuje, da se bo neenakost na tem svetu poplačala z enakostjo na onem svetu. Pričakovali bi, da bi poleg strukturnih določilnic opredeljevanje vrednote za enakost in ne za svobodo potekalo pod vplivom religioznosti, vendar ugotavljamo, da to ne drži povsem. Egalitarna usmerjenost kot vrednota močno prevladuje med starejšimi in obratno svoboda kot vrednota močno prevladuje pri mlajših; enakost kot vrednota prevladuje med manj izobraženimi, medtem ko bolj izobraženi močno izpostavljajo vrednoto svobodo. Domneva, da krščanska religijska tradicija vpliva na ohranjanje egalitarnega vrednotnega sindroma kot močno izražene in še vedno aktualne vrednotne usmeritve, pa se ne potrjuje.

Tiste evropske družbe, v katerih je močno izražena nacionalna identiteta, imajo tudi nadpovprečen delež prebivalstva, ki je lojalen do tradicionalnih vrednot in avtoritet. Taka logika postmodernosti evropske družbe izhaja iz potrebe naraščajoče emancipacije posameznikov iz posebnih kulturnih skupin v drugo, kjer se poudarja skupno kolektivno obzorje smisla in pomena. Moderna je sprožila, postmoderna pa omogočila transkulturalno širitev v svetovnem merilu. Prav zato pa postmoderna družba posameznikom ne more več ponujati povezave s specifičnimi pomeni in vrednotami, od katerih so posamezniki odvisni v svojih kulturnih





oblikah vsakdana. Postmoderna evropska družba ne proklamira zatiranja kulturne različnosti, ampak ustvarja nekakšen eksistencialen vakuum, ki se napolni le z vračanjem specifičnih oblik kolektivnih identitet in kulturnih ter vrednostnih vezi. Ne gre za linearen razvoj transkulturne unifikacije, temveč za globalno širjenje pogojev, ki naj omogočajo afirmacijo kulturnih razlik in postavljajo zahteve po javnem priznanju ter ščitijo kulturno specifične vrednote. Obnova etničnih, nacionalnih in drugih oblik kulturnega partikularizma v svetu ni nekaj, kar bi označevalo zadnji trend postmoderne družbe, niti ni to posledica globalizacije, ampak je preprosto vitalni dodatek k moderni družbi (Merwe, 2004 cited in Mesić, 2006).

To je družba, ki proizvaja vse več raznovrstnih oblik tradicije. Natančneje, nestabilnih kulturnih identitet, za katere je značilna stalna podvrženost dekompoziciji in rekompoziciji. Danes nekateri označujejo družbo kot procese postmodernosti in hipermodernosti, spet drugi jo označujejo z demodernizacijo – kjer so kulturne identitete rezultat stalne invencije, transformacije in rekompozicije, a ponekod se zgodi to, da se nova oblika identitete zasidra ponovno v star vzorec, na primer ponovno odkritje islama v zahodnih državah (Wieviorka, 1998, cited in Mesić, 2006).

Multikulturalizem je vsekakor ena izmed večjih kriz postmoderne evropske družbe. Migranti, ki so tako številno imigrirali v evropsko družbo, so nemalokrat kot zavračani, potlačeni in marginalizirani opozorili na svoje temeljne človeške pravice. V nekaterih družbenih okoljih so dobili svoje zagovornike in zastopnike, pri čemer se v sferi svoje zasebnosti ne strinjajo več z neenakostjo in nepravičnostjo. Migranti kot osvobojeni posamezniki želijo svojo identiteto graditi sami s svojo svobodno voljo in avtonomno izbirati svojo skupinsko družbeno (fleksibilno) pripadnost. Postmoderna evropska kultura v duhu globalizacije pa ustvarja vakuum ljudi, ki se postavljajo v bran svojim tradicionalnim kulturnim identitetam. Vsi se bolj ali manj strinjajo, da je globalizacija sila homogenizacije. Toda vse bolj je očitno, da druga stran istega procesa izraža naraščajočo fragmentacijo in pluralizacijo (globalizacijo). Kivisto (2005, cited in Mesić, 2006) ugotavlja, da imajo posamezniki predindustrijske družbe in člani naprednih liberalnih demokracij o svoji družbi dve jasni misli:

- prva se navezuje na multikulturnost družb, to so zelo etnično raznolike družbe, in
- druga izpostavlja, da je evropska družba vse bolj povezana in soodvisna prav zaradi globalizacije.

Sodobna globalna evropska družba je aktualen in pomemben del svetovne družbe, ki je vse bolj globalna, a hkrati (še vedno in vedno bolj) lokalna. Takšen paradoks intelektualci imenujejo globalizacija (Beck, 2006; Bauman, 2007). Zdi se, da se hkrati z globalizacijo dogaja razkroj postmoderne usmerjenosti, za katero je bilo značilno predvsem enačenje z nacijo oziroma nacionalno državo. Medtem ko naj bi globalizacijo spremljala ali jo celo pogojevala naraščajoča nadnacionalna pripadnost bodisi Evropski skupnosti bodisi nacionalni državi. Postmoderni vrednotni sindrom torej ni posledica novih individualističnih vrednot in liberalne ideologije, predvsem pa dosega maksimalne razvojne meje sedanjih ekonomskih in socialnih sistemov, ki jih ne morejo preseči, ne da bi s tem sprožil vse več negativnih ekonomskih in socialnih posledic. Vse bolj v ospredje stopajo postmoderne vrednote, kot so: individualizem, samopotrjevanje in svoboda, ter hkrati vse bolj potiskajo v ozadje moderne vrednote, kot so: kolektivism, gospodarska rast in socialna varnost, čeprav jih ne opuščajo kot nepomembne oz. jih ohranjajo kot pomembne za realizacijo vsakodnevnega življenja.

Temu trendu sledijo tudi politične stranke v večini evropskih držav, ki sledijo tem dvojnim merilom in v svoje programe vključujejo tako vrednote v obliki zahtev:

- po polni zaposlenosti,
- po večji socialni enakosti,
- po varstvu okolja in
- po večji svobodi.

Postmoderne politike (večine) evropskih držav so tako v osnovi ambivalentne, ker hkrati:

- dajejo prednost svobodi in samouresničevanju posameznika,
- poudarjajo gospodarsko rast, enakost in varnost kot vrednote,
- poudarjajo inkluzivne medsebojne odnose,
- a ne nasprotujejo večanju statusnih in dohodkovnih razlik, čeprav
- poudarjajo participacijo, samoupravljanje in aktivno državljanstvo, ne rušijo obstoječe zakonske ureditve in hierarhičnih struktur.





Sklenemo lahko, da se glavne dileme sodobnih evropskih družb ne nanašajo več toliko na vsebino samih vrednot, ampak na iskanje ustreznih organizacijskih tehnologij, ki naj bi omogočile takšne oblike vključevanja posameznikov v družbeno dogajanje, da pri tem ne bi bila ogrožena njihova osebna integriteta in samoreglativno delovanje. Postmoderne politike skušajo to dualnost rešiti tako, da nasprotujejo centraliziranim državnim tvorbam in se hkrati distancirajo od liberalnih konceptov tržnega urejanja. Rešitve iščejo v lokalnih skupnostih, kooperativah manjšega obsega in v različnih koalicijskih omrežjih.

5 ZAKLJUČEK

Multikulturalizem kot teorija, vrednota in angažirano politično delovanje hkrati ali, kot pravi Grossberg (1994 cited in Giroux & McLaren, 1994), kot »teorija politike« in »politika teorije« predstavlja prvovrstni odpor proti monokulturalističnim tendencam, ker kulturno raznolikost vrednoti kot pozitivno in dobro za razvoj vsake družbe ter si prizadeva za ohranitev in spodbujanje kulturne raznolikosti. V oblikovanju globalne evropske družbe in njenih skupnih vrednot kot Evropske unije in »evropske identitete« se torej zastavlja vprašanje, ki je primarno vrednostno vprašanje:

»Ali je novonastala kulturna heterogenost, ki zaznamuje globalno evropsko družbo, vrednota sama po sebi ali lahko po drugi strani le-ta postane ovira na poti ekonomske, politične ali celo kulturne integracije evropske družbe?«

Odgovor na zastavljeno vprašanje ni tako preprost oz. je kompleksen.

Čeprav različni avtorji multikulturalizem različno interpretirajo, se strinjajo, da v še tako demokratični in svobodni družbi ne obstaja samo ena možna obravnava kulturnih razlik, to je ali asimilacija ali marginalizacija. Ker... »multikulturalizem torej ne zadeva samo kulture, temveč tudi odnose moči in dominacije. Prizadeva si za ukinjanje ali vsaj slabitev mehanizmov socialnega izključevanja« (Mesić, 2004). Zagovorniki multikulturalizma trdijo, da priznavanje razlik in različnosti utrjuje socialno kohezivnost in pravičnost. Nasprotniki pa trdijo, da multikulturalizem zagovarja kulturni relativizem in zanika pomen skupnih norm in pravil. A vsi se strinjajo, da so ključne razlike, o katerih govori multikulturalna kontroverza, etnične razlike, in oboji imajo (celo!) prav. Sobivanje kulturno, versko, jezikovno ali svetovnonazorsko različnih ljudi je v aktualni evropski družbi vse prej kot lahko. Multikulturalni paradoks je ta, da na eni strani upoštevamo pomen kulturnih razlik, na drugi strani pa jih moramo zanikati, če hočemo živeti skupaj oz. moramo priznavati dominantno kulturo in njene vrednote kot tisto, ki ima skupaj s pravnimi normami, uzakonjenimi v državi, primat nad vrednotami drugih, predvsem imigrantskih kultur. Ta paradoks težko v evropskih razmerah mislimo in še težje razrešujemo, ker v evropski družbi ni enotne politične, ideološke in mentalne opore za tako razmišljanje in socialno, predvsem pa politično delovanje. Ko se politični, izobraževalni in javni diskurz osredotoča na delitev na »mi in oni, naši in drugi, na našo in njihovo stran«, ko prevlada prisila razmišljanja o homogenih skupinah in samo njihovih veljavnih vrednotah, je težko razmišljati o medkulturnem dialogu in uspešnem sobivanju. Ta mora izhajati iz diskurza, ki ljudi ne deli na homogene skupine in kategorije, kjer je dovoljena in priznana več kot zgolj ena vrsta enodimenzionalne identitete. Problem je v načinu odločanja, katere vrednote so sprejemljive in katere ne, in v tem, kako odločati kulturno nepristransko, po kakšnih kriterijih. Parekh (2000) predlaga nekatera izhodiščna načela, ki bi nas lahko (vsaj) usmerjala pri tovrstnih odločitvah:

- prvo izhodišče morajo biti *univerzalne človekove pravice* oz. univerzalne moralne vrednote, moralni minimum in univerzalni standardi vrednotenja;
- drugo izhodišče je *načelo bazičnih vrednot*, saj je vsaka družba skozi svoj zgodovinski razvoj izoblikovala immanentno identiteto in skupne vrednote, vendar ima tudi možnost, pravico ali dolžnost prepovedati prakse, ki so za te družbe izhodiščno nesprejemljive;
- tretje izhodišče je *načelo nepovzročanja škode*, ker so moralne vrednote kulturno determinirane, usidrane, zato je v družbi nujno prepovedati prakse, ki povzročajo škodo na kakršen koli način; in
- *dialog* s predstavniki manjšinskih in imigrantskih skupin za razvoj dialoškega konsenza, kar pa je nemalokrat v evropskih aktualnih razmerah izjemno težko na kulturno nevtralen način, saj univerzalno veljavne prakse in vrednote zaradi nestrpnosti (npr. kot posledica terorističnih napadov) niso možne.





In posledično še odgovor na vprašanje:

»Ali je multikulturalnost še vrednota postmoderne evropske družbe?«

Ta je še toliko težji, ker je problem v tem, da evropske desne stranke z denunciacijo in skorajda kriminalizacijo polemčnosti potrebo multikulturalnosti razlagajo z instantnim, ošabnim, ciničnim, praznim intelektualiziranjem in moraliziranjem. Tudi zato, ker so se z razlaganjem vsebin kulturnega in vrednostnega rasizma, ki deluje v sodelovanju z neoliberalnimi oz. zatečenimi in zahtevnimi evropskimi ekonomskimi praksami, prisekali na teorijo (in njeno realizacijo) multikulturalnih družb in jo spretno izrabljajo za ohranitev družbenih struktur evropske globalne družbe.

A vseeno smo prepričani, da je treba preseči tovrstno miselnost, logiko prevladovanja večine nad manjšino, vrednot in teženj (zgolj) avtohtonega prebivalstva nad imigranti in zavračati zgolj gospodarski interes. Evropska globalna družba mora znova oživiti že uveljavljene vrednote sprejemanja drugačnosti, ki izhajajo iz dediščine njenih vrednot: demokracije, svoboščin in človekovih pravic, in skupaj z drugačnimi pomagati graditi boljšo in bolj pravično prihodnost za vse. To pa je izziv tako za teoretike, intelektualce in za vse člane globalne evropske družbe 21. stoletja. V nekaterih evropskih (parcialnih) družbah je to že ustaljena praksa; npr. na Švedskem, kjer so vrednote multikulturalizma zapisali celo v ustavo in je kot tak del političnega in socialnega sistema. Leta 1975 so sprejeli odločitev, da so multikulturalna družba, da imigrantov ne razumejo zgolj kot »gastarbajterjev«, ki le začasno živijo in delajo v njihovi družbi, ampak imajo pravico, če so njihove življenjske aspiracije po integraciji v švedsko družbo realne, da to tudi uresničijo. Tako prakticirajoči multikulturalizem uresničuje vrednote enakosti življenjskega standarda, svobodo izbire glede tega, kako močno si želi biti migrant integriran v švedsko družbo, in volilno pravico, zastopnik prevajalce, kjer koli jih potrebujejo, ter brezplačne tečaje švedskega jezika (Milharčič Hladnik, 2009).

Sklenemo lahko, da novonastala kulturna heterogenost, ki zaznamuje globalno evropsko družbo, ni samoumevna vrednota in da le-ta ne sme postati ovira na poti ekonomske, politične ali celo kulturne integracije v evropske družbe. Kot tudi da je multikulturalnost še vrednota postmoderne evropske družbe, čeprav je njeno uresničevanje odvisno od vsakokratnega političnega, ideološkega in socialnega razumevanja vsake parcialne evropske družbe. Za razumevanje multikulturalnosti in multikulturalizma v evropski družbi, predvsem kot posledice intenzivnih migracijskih tokov, postajo vse bolj preživeti tradicionalni koncepti asimilacije in integracije, ker se aktualni migranti (in drugi drugačni) kot del transnacionalnih procesov želijo vključiti v različne nacionalne evropske (razvite) družbe, čeprav (i)legalno in nemalokrat nasilno prečkajo različne državne meje, njihove lojalnosti pa sprva še pripadajo vrednotam avtohtone družbe, pa počasi sprejemajo tudi vrednote družbe, v katero so imigrirali in v kateri želijo ostati. Njihov cilj inkulturacije je vse bolj dinamičen in sprejemljiv, gibljive in spremenljive so oblike njihove politične participacije (npr. Turkov v Nemčiji), etnične identifikacije ter oblike simbolnih, socialnih in kulturnih povezanosti. Fluktuirajoči način bivanja v imigrantski družbi z različnim socialnim in političnim sistemom in sistemom vrednot pa že občutno vpliva tudi na razumevanje družbenega in socialnega življenja Evropejcev in sproža pomembne, celo neslutene posledice za razvoj evropskih vrednot, demokracije, državljanstva pa tudi, žal, nacionalizmov vseh vrst. Prav zaradi slednjih je sobivanje kulturno, versko, jezikovno in svetovnonazorsko ter vrednostno prakticirajočih različnih ljudi zato včasih težko.





POVZETEK POGLAVJA

Z analizo pojma želi avtorica v svojem prispevku pokazati, na kakšen način je multikulturalizem moderna ideologija, ki igra pomembno vlogo v sodobni postmoderni evropski družbi. Evropska unija, ki jo sestavljajo različne nacionalne države in družbe, pa tudi kulture, znotraj nacionalnih meja ali le-te prehajajo, potrebuje bolj kot kdaj koli prej odločilen razmislek o multikulturalnih vrednotah prav zaradi demokratičnega potenciala, ki ga le-te vpeljujejo v družbo. Čeprav samega diskurza o multikulturalizmu (še vedno) ne zasledimo v pomembnejših dokumentih Evropske unije, ki predstavljajo osnovo skupne evropske družbe, je treba multikulturalizem razumeti kot pomemben dejavnik aktualnih evropskih političnih prizadevanj, če naj bi evropska skupnost predstavljala demokratično družbo, v kateri kulturna raznolikost predstavlja bogastvo in ne ovire pri procesih evropske integracije. Kljub navedenemu avtorica opozarja, da je v evropski realnosti multikulturalizem še daleč od enoznačnega pojma.

Ključne besede: multikulturalizem, evropska družba, vrednote, Evropska unija, migracije.

SUMMARY OF THE CHAPTER

MULTICULTURALITY - VALUE OF THE POSTMODERN EUROPEAN SOCIETY?

Through an analysis the author in her article wants to show in what way is multiculturalism the modern ideology, which plays an important role in the contemporary postmodern European society. The European Union, consisting of a variety of national States and societies, but also of culture, within the national boundaries or a pass, needs more than ever the decisive reflection on multicultural values because of the democratic potential of these an even higher level in the society. Although the very discourse on multikulturalism in it is (still) not included yet in the major documents of the European Union, even if it represent the basis of the common European society, it is necessary to understand multiculturalism as an important factor in the actual European political efforts of the European Community in order to constitute a democratic society where cultural diversity represents wealth and not obstacles in the process of European integration. Despite the said, however, the author points out that, in the European reality multiculturalism is far from the unique concept.

Key words: multiculturalism, European values, the European Union, migration.



LITERATURA IN VIRI

1. Beck, U., 2006. *The Cosmopolitan Vision*. Cambridge: Polity press.
2. Bauman, Z., 2007. *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
3. Bütikofer, R., 2018. *Macrons Rede im Europaparlament*. [online] Available at: <https://reinhardbuetikofer.eu/2018/04/17/macrons-rede-im-europaeischen-parlament/> [17. 4. 2018].
4. Caldwell, C., 2010. *Reflections on the Revolution in Europe: Immigration, Islam and the West*. New York: Anchor Books.
5. Cederman, L. E., 2001. *Constructing Europe's Identity: The External Dimension*. London: Lynne Rienner Publishers, p. 10.
6. Freie Presse, 2018. *Auszüge aus Emmanuel Macrons Rede vor dem EU-Parlament*. [online] Available at: <https://www.freiepresse.de/Auszuege-aus-Emmanuel-Macrons-Rede-vor-dem-EU-Parlament-artikel10185094.php> [18. 4. 2018].
7. Giroux, H. & McLaren, P., 1994. *Between Borders: Pedagogy and the Politics of Cultural Studies*. London: Routledge, pp. 1–29.
8. Giroux, H. E., 1994. *Insurgent Multiculturalism and the Promise of Pedagogy*. *Multiculturalism* D. T. Goldberg. Cambridge: Blackwell, pp. 325–343.
9. Grossberg, L., 1994. Introduction: Bringin' It All Back Home - Pedagogy and Cultural Studies. In: Giroux, H. & McLaren, P., eds. *Between Borders: Pedagogy and the Politics of Cultural Studies*. London: Routledge, pp. 1–29.
10. Milharčič Hladnik, M., 2009. Multikulturalizem v kontekstu migracij. *Knjižnica*, 53(1–2), pp. 143–151.
11. Inglehart, R., Welzel, Ch., 2005. *Modernization, Cultural Change, and Democracy. The Human Development Sequence*. Cambridge University Press.
12. Južnič, S., 1993. *Identiteta*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p. 246.
13. Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C., 1952. *Culture; a critical review of concepts and definitions. Papers of the Peabody museum of american archeology and ethnology, Harvard University VOL. XLVII - NO. 1*. Cambridge (Mass.): The Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology, Harvard University.
14. Lukšič-Hacin, M., 1999. *Multikulturalizem in migracije*, Ljubljana: Založba ZRC, pp. 29–31; 100–139.
15. Mesić, M., 2004. *Perspectives of Multiculturalism: Western & Transitional Countries*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta, Hrvatsko povjerenstvo za UNESCO, 2004.
16. Mesić, M., 2006. *Multikulturalizam: društveni i teorijski izzazovi*. Zagreb: Školska knjiga.
17. Parekh, B. C., 2000. *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory*. New York: Palgrave Macmillan.
18. Štrajn, D., 2009. *Konstrukcija družbe v postopkih edukacije. Znanstvena poročila pedagoškega inštituta*. [online] Available at: http://www.pei.si/UserFilesUpload/file/zalozba/ZnanstvenaPorocila/01_09_konstrukcijadruzbevpstopkihedukacije.pdf [14. 4. 2018].
19. Turner, J. S., 1995. The Consumer Interest in the 1990s and Beyond. *The Journal of Consumer Affairs*, 29(2); 307–309. doi: 10.1111/j.1745-6606.1995.tb00049.x







MEDKULTURNOST V SLOVENIJI – ALI SE JE BOJIMO?

mag. Franci Zlatar

1 UVOD

Namen tega prispevka je osvetliti pogled na izzive, ki jih v Slovenijo prinašajo sodobne migracije in posledično srečevanje ljudi iz različnih kulturnih okolij. »Homo migrans obstaja, odkar obstaja homo sapiens,« je v svoji knjigi Evropa v Gibanju zapisal Bade (2005, p. 8), »kajti selitve spadajo med conditio humana prav kakor rojstvo, razmnoževanje, bolezen in smrt.« Migracije nikakor niso nov pojav, morda pa so postale danes pomembnejše v političnem smislu. Po podatkih UNHCR (2017) in IOM (2017) je v svetu približno 250 milijonov migrantov, od tega več kot 60 milijonov beguncev, kar pomeni da danes več ljudi kot kadar koli v zgodovini živi zunaj svoje izvirne države.

Živimo v sodobnem globalnem svetu, katerega razvoj večinoma pogojujejo ekonomski trendi in silnice, ki pospešujejo pretok kapitala in njegovo akumulacijo. V nekaterih državah, kot npr. Filipini in Albanija, predstavljajo zaslužki migrantov glavni prispevek k nacionalni ekonomiji (Papastergiadis, 2000). Globalna ekonomija hkrati pospešuje migracije, interesi nacionalnih držav pa jih kontrolirajo in poskušajo ustaviti. Ker jim to ne uspeva, se velik del sodobnih migracij odvija nezakonito, migranti pa brez pravic tako postajajo novi moderni sužnji. »Država je morda izgubila nadzor nad idejami, ostala pa je nadzornik nad mejami in gibanjem ljudi čez njih. Glede tega razen globalizacijske retorike večina svetovne populacije živi v zaprtem svetu, ujeta v loterijo svojega rojstva« (Guiraudon & Joppke, 200, p. 15).

Tudi Slovenija nikoli ni bila homogena družba. »Gre za etnično heterogeno skupnost, katere sestavni del so migranti in begunci« (Jazbec, 2017, p. 12). Kljub temu se v Sloveniji pogosto zdi, da gre v primeru migracij ljudi za neki povsem nov pojav, s katerim se v preteklosti še nismo srečali. V javnosti se pojavlja vse več odklonilnih, če ne že sovražnih debat o migracijah in migrantih, le-ti so pogosto predstavljeni kot dežurni krivci za vse težave, s katerimi se srečuje naša družba. Predstavniki nevladnih organizacij, ki se zavzemamo za pravice beguncev in drugih migrantov na terenu, pogosto opažamo, da migranti v mnogih primerih niso obravnavani po ustreznih standardih, prav tako nekatere službe, ki naj bi ponujale storitve beguncem in drugim migrantom, premalo vlagajo v razvoj medkulturnih kompetenc. Na migracije in migrante pogosto gledamo kot na neki začasni pojav oz. na motnjo, ki bo prej ali slej minila. Upravičeno se lahko sprašujemo, ali se medkulturnosti v Sloveniji bojimo.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA IN RAZISKOVALNA METODA

Osnovno teoretično izhodišče prispevka je dejstvo, da so migracije ljudi v sodobnem svetu intenzivne, njihova posledica pa so večkulturne družbe. Ne gre torej za spraševanje o potrebnosti in koristnosti migracij v današnjem času v Sloveniji, ampak predvsem za analizo obstoječega institucionalnega okvira in ukrepov na področju vključevanja migrantov ter na drugi strani predstavitev izzivov, ki jih s seboj prinaša večkulturna družba. Vodilna metoda, uporabljena pri oblikovanju prispevka, je metoda neposredne udeležbe. V nevladni organizaciji Slovenska filantropija se že od leta 2001 ukvarjamo z različnimi vidiki sodobnih migracij. Naša glavna naloga je zagotavljanje psihosocialne pomoči in podpore pri socialni integraciji migrantov, hkrati pa ves čas spremljamo in analiziramo tako sistem zaščite beguncev kot tudi integracijske ukrepe za različne skupine migrantov v Republiki Sloveniji, kar je osnova za sistemsko zagovorništvo. Zaposleni v nevladni organizaciji se osebno srečujemo z življenjskimi zgodbami in situacijami, v katerih se znajdejo begunci in drugi migranti pri vključevanju v slovensko družbo.

V prispevku so delno uporabljene deskriptivna, dokumentalistična in kvalitativna metoda, predvsem v delu prispevka, v katerem so opisane sodobne migracije in večkulturne družbe. V prispevku je uporabljena analiza literature o migracijah, analiza različnih priročnikov in dokumentov ter nekaterih statističnih podatkov, ki se uporabljajo pri delu v okviru Slovenske filantropije.



Prispevek je v osnovi razdeljen na dva dela: prvi je namenjen teoretični predstavitvi fenomena sodobnih migracij in večkulturnih družb, ki so posledica tega, drugi del pa je namenjen predvsem iskanju odgovorov na izzive, ki jih s seboj prinaša medkulturnost v Sloveniji. Prikazano je obstoječe stanje (ukrepi in institucionalni okvir) na področju sprejema in integracije migrantov, predstavljeni pa so tudi izzivi ter predlogi, kako te izzive ustrezno obravnavati.

3 SODOBNE MIGRACIJE IN VEČKULTURNE DRUŽBE

Zgodovinsko gledano predstavljajo migracije pomemben način prenosa človeškega kapitala (Sowell, 1996). Zgodbe migrantov, ki so začeli v revščini in v novi deželi s svojim delom prispevali k svojemu ekonomskemu razvoju in razvoju zahodnih družb, so neposredno povezane s predstavo o migracijah kot iskanju boljšega življenja. V 20. stoletju je postal pomemben še en fenomen: nekateri avtorji govorijo o tem obdobju kot o stoletju beguncev. Wingenroth (1959) govori o tem v svojem delu *Stoletje beguncev*. Bade (2005, p. 13), tako 20. stoletje opredeli kot »obdobje, v katerem so selitvena gibanja v evropskem in čezatlantskem prostoru, kakor še nikoli doslej spodbujale, oziroma vsiljevale in hkrati predpisovale in omejevale spremljajoče se politične razmere in razmere v posameznih državah«. Hkrati moramo migracije razumeti tudi kot pomemben dejavnik razvoja človeških skupnosti, družb in držav.

»Posledice migracij so današnje bolj ali manj večkulturne, kompleksne družbe. Migracij ljudi ne smemo razumeti kot problem, hkrati pa predstavljajo izzive sodobnim družbam, državam, mednarodni skupnosti« (Jazbec, 2017, p. 12). Sodobne migracije lahko povežemo z globalizacijo (Collinson, 1999). Glede teh dveh pojavov vlada zmeden diskurz: oba sta namreč ekstremno zapletena procesa, ki ostajata slabo razumljena, prav tako pa ne dopuščata natančnih predvidevanj. Migracije sestavljajo najrazličnejše oblike človeškega premikanja. Pod pojmom »globalizacija« pa lahko razumemo vse od interneta do hamburgerja.

Papastergiadis (2000) govori v svojem delu *The Turbulence of Migration* o novem konceptu turbulentnega sveta, ki ga pogojujejo globalizacija in migracije, multikulturalna perspektiva pa dobiva dinamično vlogo pri oblikovanju sodobne družbe. Prikaže »kaos« globalnih migracij. Po njegovem mnenju se danes ljudje premikajo zaradi številnih razlogov: ljudje se preseljujejo zaradi ekoloških katastrof, ljudje se selijo zaradi boljših pogojev zaposlovanja znotraj Amerike in znotraj Evrope, politični in etnični spori silijo ljudi, da bežijo iz afriških držav, izobražene ženske s Filipinov sprejmejo dela gospodinj pod izkoriščevalskimi pogoji v zalivskih državah. Sprašuje se, ali lahko vse navedene primere uvrstimo v skupino migrantov. V nasprotju s klasičnim obdobjem migracij, ki so ga zaznamovale selitve iz perifernih, ruralnih družb v industrijska središča zahodne Evrope, Združenih držav Amerike, Kanade in Avstralije, so današnje življenjske razmere povzročile večsmerno fazo migracij. Migracije v današnjem času ne potekajo več samo od juga proti severu ali vzhoda proti zahodu. Ob koncu 20. stoletja je postalo letalo prevladujoče sredstvo masovnega transporta. Potovanje iz vasi »tretjega sveta« do mesta »prvega sveta« računamo danes v urah. Turbulenca migracij po njegovem mnenju ni vidna samo kot množičnost poti, ampak tudi skozi nepredvidljivost gibanja. Toda kljub temu obstajajo jasne meje, ki kontrolirajo in preprečujejo migracije. Prav zaradi teh se pojavljajo (ne)legalne migracije, pri čemer je kaznen pogosto deportacija. Nadalje govori o deteritorializaciji kulture: sodobni kulturni sistemi so križani s signali iz različnih virov. To vodi v situacijo, ko kultura ne more biti več razumljena kot refleksija partikularnih praks, ki so nastale znotraj posamezne teritorialne enote. V zvezi s tem govori tudi o hibridizaciji oz. hibridnih identitetah. Sodobnih migracij po njegovem mnenju ne moreta v zadostni meri pojasniti ne voluntaristična perspektiva, ki temelji na »push-pull« modelu, niti strukturalistična na modelu »center-periferija« temelječa perspektiva. Obe namreč temeljita na mehanicističnem razumevanju socialnih sprememb. Namesto tega je treba migracije obravnavati kot multivektorski fenomen, pri katerem identiteta migranta ni odvisna od zunanjih kategorij, ampak je oblikovana na podlagi njemu lastne izkušnje preselitve.

Kontroverznost sodobnih migracij je vidna v poudarjanju koristnosti migracij na eni in ksenofobnem diskurzu do tujcev, katerega posledica je politika zapiranja meja in omejevanja pravic tujcem, na drugi strani. Medtem ko lahko migriranje iz revnejše v bogatejšo državo in potencialna vrnitev migranta v izvorno državo predstavlja možnost izboljšanja blaginje in dohodkov v obeh državah, nesorazmerni interesi ekonomije in politike otežujejo realno oceno koristnosti mednarodnih migracij. Kar je videti koristno z ekonomskega stališča, je hkrati videti kot breme s politične perspektive (IOM, 2005). Za evropske države je od 70. let prejšnjega stoletja značilno soočanje z mešanimi tokovi tako imenovanih ekonomskih migrantov in prisilnih migrantov. Države sprejemajo ukrepe, s



katerimi želijo omejiti vstop tujcev na svoje ozemlje. Takšen razvoj predstavlja pritisk na azilne sisteme, možnost dostopa prisilnim migrantov do ustrezne zaščite pa se s tem posledično zmanjšuje. V tem smislu predstavlja pomemben del sodobnih migracijskih politik ločevanje »zrnja od plev« (Milohnić, 2006, p. 21), prisilnih migrantov od ekonomskih oziroma »pravih«, tistih, ki imajo legitimno pravico bežati, od tistih, ki takšne pravice nimajo. Toda prav nezmožnost tega ločevanja zaradi omejevalnih politik, s tem pa poseganje v človekove pravice in demokratične vrednote, se kot bumerang vrača v povečevanju (ne)legalnih migracij in v tako imenovanem »izkoriščanju azilnih sistemov«.

Problematičen je pojem nelegalnih migracij sam. Nelegalen, ki ni legalen, nezakonit. Gre za današnjo medijsko reprezentacijo in vladni ter policijski diskurz, za katerega je značilno povezovanje kriminala z begunci in nelegalnimi prehodi meje (Zorn, 2005). Takšno »kriminaliziranje« migracij skriva v ozadju boj proti prihodu migrantov iz nezhodnega sveta, predvsem boj proti ekonomskim migrantom, v svojem bistvu pa skriva globalne razmere neenakosti, zlasti med globalnim »Zahodom« ali »Severom« in globalnim »Jugom«.

»Ena od neizogibnih posledic migracijskih gibanj je vse večja etnična, rasna in verska raznolikost sodobnih družb« (Lipič, et al., 2018, p. 64), migranti pa se gibljejo med dvema kulturama, kulturo porekla in kulturo novega okolja. Raznolikost kulturnih vzorcev pogosto povzroča psihosocialni pritisk. V primeru multikulture družbe govori Balibar (2004, p. 389) o double blind situaciji. Problem v tem primeru ni »zgolj v pluralizmu države, ampak v tem, da za slehernega posameznika niha med dvema enako nemogočima skrajnostma absolutno enostavne identitete in neskončne razpršenosti identitet glede na mnogotera družbena razmerja; problem je v težavi, da človek upravlja sam s sabo, kakor da bi bil drugačen od samega sebe, v virtualnem odnosu z več jazi«. Identiteta torej postaja ambivalentna in notranje dvoumna. Papastergiadis (2000, p. 52) temu doda: »Prostor in identiteto moramo razumeti kot dinamična koncepta, ki nastajata skozi interakcije.« Castles in Davidson (2000) pa predlagata razvoj supranacionalnega regionalnega koncepta državljanstva, ki bi bilo nujno multikultureno, osnova pa je nacionalna pripadnost namesto nacije. Pomembna komponenta takšnega koncepta bi bila prevlada človekovih pravic – pravic posameznika nad nacionalno suverenostjo.

Baumann (1999, p. 137) identiteto v večkulturni družbi predstavlja kot obliko družbenega trikotnika. Medtem ko po njegovem mnenju večkulturni družbeni trikotnik sestavljajo človekove pravice, državljanske pravice in skupinske pravice, so glavne komponente tega trikotnika: nacionalna država in njena nacionalna identiteta; etničnost, etniciteta oziroma etnična identiteta in religijsko delovanje oziroma verska identiteta. Meni, da je bolje na družbo gledati kot na elastično prepletanje identifikacij, kot pa da si jo predstavljamo kot krpanko, sestavljeno iz različnih kulturnih skupin.

Medica (2004) poudari, da je vsaka identitetna identifikacija v kontekstu in v različnih situacijah fleksibilna, imaginarna in inovativna, celo takrat, ko to ne more biti. Razumevanje identitete je zato lažje, če nanjo gledamo skozi situacijsko identifikacijo, podobno kot lahko razumemo kulturo predvsem v njeni dialektični naravi. Ker pa v svetu »še vedno prevladuje plemensko pojmovanje identitete, je podpihovanje 'sovražnosti' lahko nevarno, še posebej če identiteto posameznika enačimo le z njegovo nacionalno pripadnostjo, njegove interese pa le z nacionalnimi interesi« (Medica, 2004, p. 149).

Iz vsega napisanega nedvomno izhaja, da je treba razumeti »medkulturnost kot dinamičen proces, ki vabi ljudi skupnosti, da ne le živijo drug ob drugem, ampak da skupaj sodelujejo in soustvarjajo medkulturno družbo« (Vižintin, 2016). Življenje v multikultureni družbi zahteva dolgoročno učenje, predvsem pa dinamiko pri interakciji med različnimi kulturami. Kot bi dejala H. Arendt (1996), potrebuje nenehno akcijo. Tu je prostor za politiko, v katero vstopajo svobodni subjekti. Če se od teorije premaknemo k praksi, lahko sklenemo, da je za uspešno integracijo migrantov potrebno nenehno delovanje na več ravneh. Osnova temu so ustrezni in učinkoviti integracijski ukrepi.

»Integracija je večsmerni proces, ki zahteva medsebojno prilagajanje priseljencev in sprejemne družbe. Priseljenci v tem procesu sprejemajo nekatere norme in pravila, ki veljajo v novi družbi, večinska družba pa mora odpreti svoje institucije, jih prilagoditi novi situaciji in zagotoviti priseljencem enake možnosti za sodelovanje v njih, kot jih imajo preostali prebivalci« (Bešter, 2007, p. 108). Pri integraciji je tako izjemno pomembno, da ne pričakujemo samo prilagajanja migrantov našim normam in vrednotam ter sistemu, »temveč tudi odprtost dominantne kulture in toleranco prebivalcev, njihovega sistema in institucij« (Verlič Christensen, 2002). Pomembne so tudi kulturne





razsežnosti integracije. O kulturni integraciji govorimo, kadar poskuša manjšinska skupina ali posameznik hkrati ohraniti lastno kulturno identiteto in navezovati raznolike stike z večinsko (dominantno) kulturo (Musil, pp. 80–85). Proces integracije na kulturnem področju bi lahko opisali kot proces kulturne adaptacije – ko se dve kulturi srečata (prideta v stik druga z drugo), posameznik še naprej ohranja in razvija svojo izvirno kulturo, hkrati pa absorbira tudi elemente nove kulture (Bešter, 2007).

Delo na področju spodbujanja socialne integracije v nevladnih organizacijah pogosto kaže, da je prav poznavanje medkulturnih kompetenc ključno za učinkovito delo v medkulturnem okolju. »Kulturne kompetence so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogočijo, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo« (Jelenc, et al., 2016). Kot takšne predstavljajo zmožnost ustreznega in učinkovitega komuniciranja med ljudmi iz različnih kultur in so pomembne tako za večinsko prebivalstvo kot tudi priseljence (Vrečer, 2013). Medkulturne kompetence zajemajo znanje, tolerantnost do nejasnih oz. nepredvidljivih situacij, prilagodljivost, zavedanje lastne kulturne identitete, odprtost za nove izkušnje, spoštovanje različnih mnenj, sposobnost prilagajati se vrednotam drugih, potrpežljivost, intrapersonalne veščine, občutek za humor, zmožnost odpravljanja stereotipov in predsodkov in empatijo (Van Eyken, et al., 2005 cited in Vrečer 2009, 2013).

Model kulturne kompetentnosti, ki sta ga razvila Fennes in Hapgood (1997), predstavlja stopenjski razvoj kulturne kompetentnosti od etnocentrizma do medkulturne kompetentnosti, in sicer:

- **Etnocentrizem:** nepoznavanje drugih kultur; interpretacije o različnih kulturah izhajajo zgolj iz perspektive lastne kulture, delitev sveta na MI – DRUGI.
- **Ozaveščenost:** zavest o obstoju lastne kulture in drugih kultur; prvi premik od etnocentrizma.
- **Razumevanje:** zavest o vplivu medkulturnih razlik na odnose med različnimi kulturami; razvijanje samozavedanja lastnih predsodkov in kulturnih stereotipov, ki lahko vplivajo na interakcije med ljudmi.
- **Sprejemanje in spoštovanje:** sprejemanje kulturnih razlik brez vrednotenja; spoštovanje elementov drugih kultur, četudi so v nasprotju z lastno kulturo.
- **Občudovanje, vrednotenje:** sposobnost razumevanja kulturne raznovrstnosti kot vrednote.
- **Sprememba:** prevzemanje vzorcev vedenja druge kulture, ki se nam zdijo koristna ali zaželena za učinkovito delovanje v drugem kulturnem okolju.
- **Medkulturna kompetentnost:** preseganje etnocentričnosti, zavest o vplivu kulture na lastne percepcije, sposobnost za empatijo do različnih kultur, odprtost do kulturne raznolikosti, sposobnost za medkulturno sporazumevanje, sposobnost za sodelovanje med kulturami.

4 IZZIVI MEDKULTURNOSTI V SLOVENIJI

Čeprav že uvodoma ugotavljamo, da gre v primeru Slovenije za etnično heterogeno skupnost, katere sestavni del so migranti in begunci, nekatere raziskave kažejo na odklonilen odnos javnosti do migrantov in beguncev. Intenzivno preseljevanje ljudi iz nekaterih republik bivše Jugoslavije v Slovenijo je potekalo že v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja. Odklonilen odnos je bil zaznan že v času, ko je bila Slovenija del Socialistične federativne republike Jugoslavije (SFRJ). Kovačič in Kuzmanič (2004) ugotavljata, da se je Slovenija formirala na načelu etničnega nacionalizma in etničnega centrizma, v središču pa je bila ideja naroda. Etnična in kulturna pestrost ter migracije ljudi so bile tako premalo reflektirane teme po osamosvojitvi Slovenije.

Velja izpostaviti dejstvo, da so oblasti leta 1992 iz registra prebivalstva izbrisale 25.671 zakonitih prebivalcev Republike Slovenije (Mirovni inštitut, 2015), ki so imeli na dan osamosvojitve republiško državljanstvo drugih republik SFRJ in stalno prebivališče v Socialistični republiki Sloveniji in v šestih mesecih niso oddali vloge za državljanstvo Slovenije. Kljub temu pa je veliko, približno 250.000–300.000, ljudi iz bivših jugoslovanskih republik kasneje dobilo slovensko državljanstvo (Jazbec, 2017).

Slovenija je v 90. letih prejšnjega stoletja zaradi vojne po razpadu Jugoslavije sprejela tudi okoli 70.000 beguncev iz Bosne in Hercegovine ter Hrvaške. Slovenija ni razpadla, zaradi sprejema in oskrbe beguncev se nobenemu družbenemu sloju ni poslabšal življenjski standard, čeprav je Slovenija v tistem času kot nova država veljala za precej negotov projekt, hkrati pa se je spoprijemala še s hudo ekonomsko krizo in brezposelnostjo (Dragoš, 2016 cited in Jazbec 2017). Slovenija ni razpadla niti, ko jo je med oktobrom 2015 in marcem 2016



po podatkih policije prečilo več kot 477.000 beguncev in migrantov. Pri delu na področju migracij v okviru nevladne organizacije Slovenska filantropija zaznavamo, da je v Sloveniji vseskozi prisoten ambivalenten odnos do migracij in migrantov, na drugi strani pa je mogoče zaznati pozitiven odnos in pripravljenost za pomoč beguncem, tako v 90. letih kot tudi leta 2015 in 2016. Za pomoč so se angažirali številni prostovoljci, mnogi so zbirali humanitarno pomoč. Samo v aktivnosti Slovenske filantropije v sprejemnih in nastanitvenih centrih za begunce in migrante se je le v letu 2015 vključilo 1317 prostovoljcev, ki so skupno opravili 26.609 ur dela. Toda vzporedno s tem so se pojavile različne oblike sovražnosti do beguncev in migrantov, intenzivno ponovno v zadnjih letih po množičnih migracijah čez Slovenijo v letih 2015-16. Sovražnosti so bile nemalo krat podprte z negativnimi medijskimi prezentacijami migracij in migrantov ter populističnimi politikami, ki so migracije in migrante nemalo krat zlorabljale za lastne interese. Primeri takšnih zlorab migrantov s strani populističnih politik so se pojavljali v času državnozborskih volitev 2018, predvsem pri nekaterih desnih političnih strankah. Zaradi takšnega ambivalentnega odnosa do migracij in migrantov v Sloveniji so ukrepi na področju sprejema in integracije migrantov nemalo krat slabi oz. nezadostni, kar velikokrat povzroči njihovo marginalizacijo. Ena izmed značilnosti delovanja na področju migracij je tudi pogosto prepuščanje skrbi za migrante prostovoljcem in nevladnim organizacijam. Med tako imenovano »begunsko krizo« oz. med množičnimi migracijami beguncev in migrantov čez Slovenijo v letih 2015 in 2016 so tako veliko dela pri oskrbi in sprejemu beguncev in migrantov opravili prostovoljci, ki so delovali v okviru nekaterih humanitarnih organizacij.

Pri pripravi ocene stanja glede integracije v Sloveniji, ki jo je kot partnerska organizacija v okviru projekta: Empowering Migrants: Integration through Information and Training of Public Officials and NGO's leta 2005 izvedla Slovenska filantropija, so v raziskavo vključeni migranti¹ kot slabosti, s katerimi se srečujejo kot imigranti v Sloveniji, navedli naslednje: predsodki Slovencev do tujcev, zapleten in dolgotrajen postopek pridobitve slovenskega državljanstva, birokracija, zaprtost in hladnost Slovencev, materialističen in hiter način življenja, majhnost države, primanjkovanje povezav z zahodnimi državami, težave s pridobitvijo zaposlitve in težave glede zdravstvenega varstva. Kot prednosti pa so navedli naslednje: Slovenija je varna država, članstvo Slovenije v Evropski uniji, visoko cenjena izobraženost med ljudmi in prijaznost Slovencev (Slovene Philanthropy, 2006). Za primerjavo pogledjmo raziskavo o življenju in počutju pripadnikov drugih narodov nekdanje Jugoslavije v Sloveniji, ki so večinoma državljani Republike Slovenije. V raziskavi, v kateri je sodelovalo 249 anketirancev, ti najpogosteje navajajo izkušnje z najrazličnejšimi oblikami etnične diskriminacije in ksenofobije, od vsakodnevnih žalitev ter socialne, kulturne in politične izključenosti vse tja do političnih, pravnih, administrativnih, socialnih in drugih zlorab.

Slovenija je sistemski okvir na področju migracij in integracije začela sprejemati že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Slovenija je sprejela Zakon o tujcih, ki je vseboval tudi člen o pogojih podelitve azila, ter kasneje leta 1999 še Zakon o azilu. Temeljni dokument slovenske migracijske politike predstavlja Resolucija o migracijski politiki Republike Slovenije. »Resolucija je načrtala pluralistični (multikulturni) model slovenske integracijske politike, ki priseljencem omogoča enakopravno vključitev v slovensko družbo ob hkratnem ohranjanju njihove kulturne identitete« (Drolc, 2003, p. 14). Zakonodaja na področju azila in migracij se je kasneje večkrat spreminjala, po vključitvi Slovenije v Evropsko unijo pa tudi prilagajala evropskemu pravnemu redu na področju azila in migracij. Na podlagi podatkov Ministrstva za notranje zadeve je 30. 6. 2018 v RS prebivalo skupno 134.133 tujcev (na podlagi Zakona o tujcih), od tega 82.199 tujcev z dovoljenjem za stalno prebivanje in 51.934 tujcev z dovoljenjem za začasno prebivanje. Med njimi prevladujejo državljani Bosne in Hercegovine, Kosova, Makedonije, Srbije, Ruske federacije in Ukrajine. Bistveno manj je bilo tistih, ki so v Sloveniji zaprosili za mednarodno zaščito (277 v letu 2015, 1308 v letu 2016, 1476 v letu 2017 in 1430 v prvi polovici leta 2018). Status mednarodne zaščite je Slovenija priznala 46 osebam v letu 2015, 170 v letu 2016, 152 v letu 2017 in 53 v prvi polovici leta 2018. V okviru programa premestitve beguncev znotraj Evropske unije je Slovenija iz Grčije in Italije sprejela skupno 253 beguncev.

Statistika kaže, da v Sloveniji prevladujejo prostovoljne migracije pred prisilnimi. Večina migrantov, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za prebivanje, tako pride zaradi zaposlovanja, izobraževanja ali združitve z družinskimi člani. V Slovenijo še vedno prihaja sorazmerno nizko število tistih, ki tukaj zaprosijo za mednarodno zaščito, kljub temu da se v medijih in javnosti pogosto ustvarja drugačen vtis. Tudi v letih 2015 in 2016 med množičnimi migracijami čez Slovenijo je za mednarodno zaščito zaprosilo sorazmerno malo ljudi. Hkrati se moramo

¹ V raziskavo je bilo vključenih skupno 11 migrantov z različnimi statusi v Republiki Sloveniji (3 Srbija in Črna gora, 2 Bosna in Hercegovina, 2 Hrvaška, 1 Makedonija, 1 Ukrajina, 1 Nigerija, 1 Peru).





zavedati, da osebe z mednarodno zaščito zaradi življenjskih razmer pa tudi zaradi situacije, v kateri so se znašli – mnogi so domovino zapustili zaradi vojne, množičnih kršitev človekovih pravic ali drugih oblik preganjanja –, potrebujejo bistveno večjo podporo pri integraciji kot migranti, ki prostovoljno zapustijo svojo domovino. Praksa kaže, da poleg integracije oseb z mednarodno zaščito velik izziv predstavlja integracija priseljencev, ki govorijo jezike, ki niso blizu slovenskemu, in prihajajo iz kultur, ki se bolj razlikujejo od slovenske. Zaradi jezikovnih razlik tako v Sloveniji predstavlja precejšen izziv integracija migrantov, ki govorijo albanski jezik. Še posebej so zapostavljene ženske, ki pogosto tudi zaradi načina življenja – skrb za dom in družino – nimajo veliko možnosti za vključevanje v življenje širše skupnosti.

Pravice do integracijskih ukrepov v Sloveniji so odvisne od statusa migranta. Medtem ko imajo osebe z mednarodno zaščito večino pravic izenačenih s pravicami državljanov RS, imajo tujci s stalnim in začasnim prebivanjem v RS bistveno manj pravic. Vprašamo se lahko, ali je program Začetne integracije priseljencev, katerega glavna komponenta je učenje slovenskega jezika, zadostna integracijska podpora. Integracija priseljencev zajema številne vidike njihovega življenja in tako bi se je bilo treba tudi lotevati. Na institucionalni ravni manjka predvsem celovit in koordiniran pristop. Institucije in organizacije, ki izvajajo integracijske ukrepe, se med seboj premalo povezujejo. Problematično je tudi dejstvo, da lokalne skupnosti nimajo formalne vloge pri izvajanju integracijskih ukrepov. Pri Ministrstvu za notranje zadeve (2018) že dalj časa deluje Svet za vključevanje priseljencev, v katerega so vključeni predstavniki ministrstev, lokalnih skupnosti, izobraževalnih in nevladnih organizacij, pa tudi predstavniki priseljencev, vendar je Svet v veliki meri namenjen le izmenjavi informacij med člani, ne pa pripravi skupnih integracijskih strategij ter koordinaciji dela med posameznimi akterji.

Izpostaviti velja jezikovne prepreke, ki vplivajo na dostop do pravic migrantov. To se pogosto dogaja pri dostopu do zdravstvenega varstva. Zdravstveni domovi ne morejo vedno zagotavljati prevajalcev, pogosto je ovira tudi nepripravljenost zdravnikov komunicirati v tujem jeziku. Podobno je tudi v drugih institucijah. Omeniti velja tudi, da je znanje slovenskega jezika v večini primerov tudi pogoj za zaposlitev v Sloveniji ne glede na vrsto dela oz. zaposlitve.

Dostop do zdravstvenega varstva je za številne migrante omejen in je odvisen od njihovega statusa. Mnogi, tudi tisti, ki so v ranljivem položaju (kamor lahko zagotovo uvrstimo prosilce za mednarodno zaščito), imajo tako dostop samo do nujnega zdravstvenega varstva. Zaradi preobremenjenosti zdravnikov so pacienti z migrantskim ozadjem pogosto zavrnjeni. Manjkajo tudi ustrezni mehanizmi zaščite migrantov, ki se znajdejo v ranljivem položaju (kot so travmatizirani begunci, žrtve nasilja).

Tudi osebe z mednarodno zaščito imajo kljub na papirju precej večjemu obsegu pravic v praksi številne težave pri vključevanju. Nesmiseln ukrep ukinitve enkratne denarne pomoči po pridobitvi statusa mednarodne zaščite, ki je bil sprejet s spremembo Zakona o mednarodni zaščiti v začetku leta 2016, je povzročil, da mnogi po pridobitvi statusa, potem ko se morajo izseliti iz azilnega doma, za nekaj časa ostanejo brez vseh sredstev za preživljanje. Od vloge za denarno socialno pomoč na centrih za socialno delo in obravnave le-te do njene odobritve preteče nekaj časa. Begunci, ki nimajo lastnih sredstev, so v tem vmesnem obdobju odvisni od humanitarnih pomoči. Mnogi begunci so, namesto da bi se učili slovenskega jezika in spoznavali življenje v Sloveniji, v prvi fazi integracije predvsem prisiljeni iskati sredstva za osnovno preživetje.

Izziv predstavlja tudi dostop do nastanitev. Po pridobitvi statusa mednarodne zaščite ali po izselitvi iz integracijske hiše begunci nastanitev iščejo na nepremičninskem trgu, katerega zakonitosti nimajo posluha za posebne ranljivosti oseb z mednarodno zaščito. Zaradi njihovega šibkega položaja na nepremičninskem trgu jim lastniki nepremičnin pogosto ponudijo višje cene in pogosto tudi slabša stanovanja, kar nedvomno ovira integracijo. Tako se kaže potreba po vzpostavitvi posebnih programov razpršenih nastanitev beguncev v tesnem sodelovanju z lokalnimi skupnostmi.

Na zmožnost integracije pomembno vplivajo tudi življenjske razmere, v katerih bivajo prosilci za mednarodno zaščito: postopki za pridobitev mednarodne zaščite lahko v nekaterih primerih trajajo tudi precej dolgo (eno leto ali več). Na podlagi Zakona o mednarodni zaščiti (2016) imajo prosilci pravico do dela šele po tem, ko so v postopku devet mesecev, če jim v tem času ni izdana nobena odločba in te zamude ni mogoče pripisati prosilcu. Prosilci za mednarodno zaščito, razen v izjemnih primerih, bivajo v azilnem domu, ki predstavlja institucionalno obliko bivanja. Prosilci za mednarodno zaščito se tako v mnogih primerih znajdejo v negotovi





situaciji, ko ne vedo, kakšni bodo izidi njihovega azilnega postopka, nimajo pravice do legalnega dela, hkrati pa jih življenje v instituciji dodatno pasivizira. Takšna ureditev izredno negativno vpliva na njihovo integracijo.

Hkrati velja izpostaviti, da je skrb za migrante v Sloveniji še vedno v veliki meri prepuščena samo institucijam, ki imajo za to formalne pristojnosti, predvsem Ministrstvu za notranje zadeve in v zadnjem letu (2017 in 2018) Uradu vlade RS za oskrbo in integracijo migrantov, ter nevladnim organizacijam, ki na podlagi javnih razpisov izvajajo številne programe, namenjene migrantom. Službe, ki bi morale imeti pri integraciji migrantov bistveno vlogo, kot so šole, lokalne skupnosti, centri za socialno delo, zdravstveni domovi, bolnišnice itd., pa imajo za ukvarjanje z migranti pogosto premalo kapacitet, pri čemer so strokovni delavci pogosto prepuščeni lastni iznajdljivosti.

Po drugi strani se Slovenija spopada z demografskimi izzivi. Na podlagi Eurostatovih projekcij, zajetih v Strategiji ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020, naj bi se v Sloveniji število prebivalcev v starosti od 15 do 64 let med letoma 2004 in 2050 znižalo za 340.183. Hkrati se podaljšuje pričakovano trajanje življenja tako pri ženskah (82,3 leta) kot tudi pri moških (75,8 leta). Število starejših od 65 let se bo tako do leta 2030 povečalo za 166.000 oseb. Največji selitveni prirast je imela Slovenija v sedemdesetih in začetku osemdesetih let. Ta je takrat znašal 5000 oseb letno, nato se je znižal na 3000. Med letoma 1993 in 2004 je imela Slovenija še pozitivni selitveni prirast, ki je v povprečju znašal okrog 2.000 oseb letno (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2013). Selitveni prirast je začel padati med gospodarsko krizo, leta 2009 je tako upadel za 38 odstotkov. Negativni selitveni prirast oz. intenzivno izseljevanje je za Slovenijo značilno zlasti po letu 2012, ko se je iz Slovenije letno izselilo okoli 8.000 Slovenk in Slovencev, priselilo pa le nekaj tisoč priseljencev (Horvat, 2016).

Skladno s projekcijami Eurostata glede nižanja delovno sposobnega prebivalstva lahko v Sloveniji v prihodnje pričakujemo pomanjkanje delovne sile. Strategija ekonomskih migracij v obdobju od 2010 do 2020 pravi, da tudi konstantni selitveni prirast v višini 2000–3000 oseb na leto do leta 2060 ne bi vplival na izboljšanje razmerja med delovno sposobnim in starim prebivalstvom, obseg delovne sile bi ostal bolj ali manj nespremenjen šele ob visokem prirastu, povprečno okrog 13.500 oseb letno (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2010).

Ustrezno upravljanje migracij je samo eden izmed odgovorov na demografske izzive, s katerimi se spopadamo. Na le-te se morajo države odzvati s celovitimi strategijami, ki poleg spodbujanja priseljevanja zajemajo spodbujanje obnavljanja prebivalstva, spodbujanje zaposlovanja in kakovostno staranje ter dvig produktivnosti in vključitev staranja prebivalstva kot dejavnika za povečanje konkurenčnosti gospodarstva. Šimenc (2015) v svojem magistrskem delu analizira *Strategijo varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Ugotavlja, da strategija ne prepozna priseljevanja kot enega izmed ključnih dejavnikov demografskih sprememb, ki lahko pomembno vplivajo na velikost in starostno strukturo prebivalstva in s tem medgeneracijsko solidarnost na makro ravni. Meni, da migracije sicer same ne morejo rešiti problema staranja prebivalstva, »saj raziskave kažejo potrebo po milijonih migrantov (npr. samo za Nemčijo tri milijone migrantov vsako leto), da bi lahko zagotovili obnavljanje populacije«. Slovenija je sicer pripravila strategijo ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020, ki vključuje tudi akcijski načrt, hkrati pa je bila marca 2011 ustanovljena medsektorska delovna skupina za uveljavitev strategije ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020, ki se je po podatkih, objavljenih na spletni strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, sestala le štirikrat, kasneje pa se ni več sestajala. Strategija ekonomskih migracij se tako ne uresničuje po predvidenem načrtu.

5 ZAKLJUČEK

Ambivalenten odnos do migracij in migrantov, ki se kaže v številnih pomanjkljivostih glede integracije migrantov tako na sistemski ravni kot tudi v praksi, kaže na to, da se v Sloveniji medkulturnosti bojimo, vsaj do določene mere. Izzivov je veliko; na sistemski ravni bi morala Slovenija sprejeti celovito integracijsko politiko oz. strategijo in jo vključiti v celovito strategijo razvoja Slovenije. Ob tem bi se morali zavedati, da so migracije dejstvo sodobnega globalnega sveta, kulturne razlike pa dojemati kot tiste, ki nas bogatijo. Ker gre v primeru migracij in medkulturnega dialoga za izjemno kompleksno področje, bi ga morali na ta način tudi obravnavati: s proaktivnim delovanjem različnih družbenih akterjev in njihovo učinkovito koordinacijo.





V praksi bi bilo treba v veliki meri izboljšati koordinacijo in sodelovanje med različnimi resorji in službami. Integracijske ukrepe bi bilo treba vsaj do določene mere prenesti na raven lokalnih skupnosti. Prizadevati bi si bilo treba za možnost razpršenih nastanitev različnih skupin migrantov, tudi prosilcev za mednarodno zaščito in oseb s pridobljeno mednarodno zaščito. Smiselno bi bilo uvesti sistem kulturnih mediatorjev v zdravstvu, šolstvu, pri dostopanju do institucij itd. Slovenija bi morala tudi bolj razvijati poslovno okolje, ki bi spodbujalo upravljanje raznolikosti. Razviti bi bilo treba tudi sistem mentorstev in možnosti praktičnega izobraževanja na delovnem mestu za različne skupine priseljencev. Izogniti bi se morali ločevanju migrantov na ekonomske in prisilne ter tudi prisilnim omogočiti učinkovit dostop do dela in zaposlovanja. Nesmiselne ukrepe, kot je prepoved dela in zaposlovanja za prosilce za mednarodno zaščito, bi morali čim prej odpraviti.

In ne nazadnje: izjemno pomembno je, da razvijamo kulturne kompetence. Najprej pri zaposlenih v različnih institucijah in organizacijah, ki pri svojem delu prihajajo v stik z migranti, pa tudi pri večinskem prebivalstvu. Le tako bomo lahko odpravili strahove pred ljudmi, ki k nam prihajajo iz drugih kulturnih okolij, migranti pa ne bodo več krivci za vse težave, s katerimi se srečujemo, ampak ljudje, ki iščejo svoj prostor pod soncem, ki niso naši sovražniki, ampak bodo postali naši novi sosedi, znanci in prijatelji.





POVZETEK POGLAVJA

Namen prispevka je prikazati situacijo in izzive, ki jih v Slovenijo prinašajo sodobne migracije in srečevanje različnih kultur. Poglavitna dilema je, ali se v Sloveniji bojimo medkulturnosti, osnovno teoretično izhodišče pa dejstvo, da so migracije v sodobnem svetu intenzivne in večdimenzionalne, posledica pa so večkulturne družbe. O koristnosti migracij se tako ne smemo spraševati, ampak moramo sistemski okvir in delovanje različnih služb oblikovati tako, da bodo lahko učinkovito odgovarjale na izzive nove družbene realnosti.

Poleg teoretičnih izhodišč ima v prispevku pomembno vlogo analiza obstoječega sistema sprejema in integracije migrantov v Sloveniji ter izzivov, ki jih prinaša večkulturnost. Pri tem je uporabljena predvsem metoda neposredne udeležbe, saj je prispevek v veliki meri pripravljen na podlagi znanj in podatkov, pridobljenih pri delu z begunci in migranti v okviru nevladne organizacije Slovenska filantropija.

Kljub temu, da je Slovenija v preteklosti razvijala sistemski okvir in ukrepe za podporo migrantom, ostaja še veliko izzivov, ki jih bo treba v prihodnje obravnavati. V Sloveniji je zaznati ambivalenten odnos do migracij in migrantov ter medkulturnosti. Še vedno se le-te do določene mere bojimo. Razvijanje medkulturnih kompetenc lahko predstavlja pomemben odgovor na tovrstne izzive.

Ključne besede: medkulturnost, migracije, kulturna kompetentnost, moderna družba.

SUMMARY OF THE CHAPTER

INTERCULTURALISM IN SLOVENIA – DO WE FEAR IT?

The purpose of this paper is to present the situation and the challenges that modern migrations and the encounter of different cultures brings to Slovenia. The main dilemma is whether we are afraid of interculturalism in Slovenia, and the basic theoretical starting point is the presence of the intensity and multidimensionality of migrations in the modern world, the consequence of which are multicultural societies. We should not ask ourselves about the benefits of migration, but we must shape the systemic framework and the functioning of various services in a way that can effectively respond to the challenges of the new social reality.

In addition to the theoretical starting points, the article analyses the existing system of reception and integration of migrants in Slovenia and challenges of multiculturalism. In particular, the method of direct participation is used. The contribution is largely based on the knowledge and data obtained from working with refugees and migrants within the non-governmental organization Slovene Philanthropy.

Despite the fact that in the past Slovenia has developed a systemic framework and measures to support migrants, there are still many challenges that will need to be addressed in the future. There is an ambivalent attitude towards migration, migrants and interculturalism in Slovenia. We are still scared of interculturalism to a certain degree. Developing intercultural competence can be an important answer to such challenges.

Key words: interculturalism, migrations, cultural competence, modern society.



LITERATURA IN VIRI

1. Arendt, H., 1996. *Vita activa*. Ljubljana: Krtina.
2. Bade, K. J., 2005. *Evropa v gibanju. Migracije od poznega 18. stoletja do danes*. Ljubljana: Založba / *cf., pp. 8, 13.
3. Balibar, É., 2004. *Strah pred množicami: politika in filozofija pred Marxom in po njem*. Ljubljana: Studia Humanitatis, p. 389.
4. Baumann, G., 1999. *The multicultural Riddle: Rethinking National, Ethnic and Religious Identities*, New York, London: Routledge, p. 137.
5. Bešter, R. 2007. *Integracija in model integracijske politike*. In: Komac, M. ed., *Priseljenci: Študije o priseljivanju in vključevanju v slovensko družbo*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, pp. 105–134.
6. Castles, S., Davidson, A., 2000. *Citizenship and Migration: Globalization and the Politics of Belonging*. New York: Palgrave, p. 209.
7. Collinson, S., 1999. *Globalization and the dynamics of international migration: implications for the refugee regime*. London: ActionAid Hamlyn House Archway, p. 3.
8. Drolc, A., Bešter, R., Kovač, B., Mežnarič, S. & Zavrtnik Zimic, S., 2002. *Migracije, globalizacija, Evropska unija*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, p. 13.
9. Fennes, H., Hapgood, K., 1997. *Intercultural learning in the classroom. Crossing borders*. London: Cassell.
10. Guiraudon, V., Joppke, C., 2001. *Controlling a new migration world*. London, New York: Routledge, p. 15.
11. Horvat, M., 2016. Brez tujih delavcev se nam slabo piše. *Mladina*, 33, pp. 22–23.
12. Humljan Urh, Š., 2017. Kulturno kompetentno socialno delo. In: Kolbl, V. ed. *Priročnik za podporo strokovnjakom za delo z otroki in mladostniki begunci in migranti ter otroki in mladostniki brez spremstva*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, pp. 62–68.
13. IOM – International Organization for Migration, 2005. *World Migration Report 2005*. [online] Available at: http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2005_3.pdf?language=en [16. 7. 2018].
14. IOM – International Organization for Migration, 2017. *Migration data portal. The bigger picture*. [online] Available at: https://migrationdataportal.org/data?i=stock_abs_&t=2017 [16. 7. 2018].
15. Jazbec, F., 2017. Migracije ljudi in vključevanje v skupnost – podpora in pomoč otrokom in mladostnikom brez spremstva. In: Kolbl, V. ed. *Priročnik za podporo strokovnjakom za delo z otroki in mladostniki begunci in migranti ter otroki in mladostniki brez spremstva*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, pp. 9–16.
16. Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U. 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. [online] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [21. 9. 2018], pp. 11–28.
17. Kovačič, G., Kuzmanić, T., 2004. Pojmovanje države in nacije pri novorevijaših v 80. letih. *Časopis za kritiko znanosti*, 32(215-216), pp. 245–265.
18. Lipič, N., Seljak, P., Grintal, B. & Bagari M., 2018. *Celostni pristop za uspešno integracijo migrantov: Vodnik za razvijanje kompetenc strokovnih delavcev in sodelavcev pri celostni integraciji migrantov*. Ljubljana: Gerontološki Raziskovalni Inštitut, Socialna zbornica Slovenije, p. 64.
19. Medica, K., 2004. Identitetna pojmovanja – med lokalnim in globalnim. *Monitor ISH*, 6(1), pp. 139–151.
20. Mičić, A., 2007. Hervardi proti Romom in Neslovincem, *Mladina*, 2007 1, pp. 5.
21. Milohnić, A., 2001. *Evropski vratarji: Migracijske in azilne politike v vzhodni Evropi*. Ljubljana: Mirovni inštitut, p. 21.
22. Mirovni inštitut, 2015. *Izbrisani – Informacije in dokumenti: Statistike*. [online] Available at: <http://www.mirovni-institut.si/izbrisani/statistike/> [18. 7. 2018].
23. Ministrstvo za notranje zadeve, 2018. *Statistični podatki o tujcih v Sloveniji*. [online] Available at: http://www.mnz.gov.si/si/mnz_zasvas/tujci_v_sloveniji/statistika/ [18. 7. 2018].
24. Musil, B., 2017. *Medkulturni stiki skozi prizmo socialne psihologije*. In: Kezunović Krašek, M., ed. *Znanje za sanje: pot k etični vzgoji – dobre prakse v izobraževanju beguncev in migrantov*. Ljubljana: Pisarna poslanke Evropskega parlamenta Tanje Fajon, pp. 80–85.
25. Papastergiadis, N., 2000. *The Turbulence of Migration*. Cambridge: Polity Press, pp 6-10, 35.
26. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2013. *Prvo poročilo o delu delovne skupine za uveljavitev strategije ekonomskih migracij*. [online] Available at: <http://www.mddsz.gov.si/si/>



- medijsko_sredisce/novica/7126/ [18. 7. 2018].
27. *Resolucija o migracijski politiki Republike Slovenije*, 1999. Uradni list Republike Slovenije, št. 40/99, 106/2002.
 28. Slovene Philanthropy, 2006. The Assessment of Needs of Foreigners in Slovenia, *The Assessment of Needs of Foreigners in Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia and Slovenia*. [online] Available at: https://www.iom.cz/files/Needs_Assessment_2.pdf [18. 7. 2018].
 29. Sowell, T., 1996. *Migrations and cultures: a world view*. New York: BasicBooks, pp. 391–392.
 30. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2010. *Strategija ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020*. [online] Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/Strategija_ekonomskih_migracij-2010-2020.pdf [18. 7. 2018].
 31. Šimenc, N., 2015. *Vrednotenje javnih politik za soočanje z demografskimi spremembami v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
 32. UNHCR, The UN Refugee Agency, 2017. *Global trends. Forced displacement in 2017*. [online] Available at: <http://www.unhcr.org/5b27be547.pdf> [18. 7. 2018]
 33. Verlič Christensen, B., 2002. *Evropa v precepu med svobodo in omejitvami migracij*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; Univerza Kobenhavn, Inštitut za socialno geografijo; ZRC SAZU.
 34. Vižintin, M. A., 2016. *Priseljenci in priseljenke organizacije: aktivni v šoli*. In: Buić M., *Vključevanje in aktivna participacija manjšinskih in migrantskih skupnosti v Sloveniji; zbornik prispevkov*. Koper: Kulturno izobraževalno društvo Pina, pp. 12–19.
 35. Vrečer, N. 2009. *Medkulturne kompetence v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije. [online] Available at: http://arhiv.acs.si/publikacije/Medkulturne_kompetence_v_izobrazevanju_odraslih.pdf [21. 9. 2018]
 36. Vrečer, N., 2013. *Medkulturne kompetence kot ključne kompetence*. Ljubljana. [online] Available at: http://www2.cmepius.si/files/cmepius/userfiles/dogodki/2013/erasmus%20koordinatorji/Vrečer_Medkulturne%20kompetence.pdf. [21. 9. 2018]
 37. Wingenroth, C. D., 1959. Das Jahrhundert der Flüchtlinge. *Aussenpolitik: German foreign affairs review*, 10(8), pp. 491–499. Bielefeld: Bertelsmann.
 38. *Zakon o mednarodni zaščiti*, 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 16.
 39. Zorn, J., 2005. Strategije izključevanja begunk, beguncev oziroma prosilcev za azil in oseb brez statusa. *Socialno delo*, 44(4-5), pp. 259–275.







MEDKULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA V SLOVENIJI

izr. prof. dr. Uršula Lipovec Čebren

asist. Sara Pistotnik

doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak

dr. Ivanka Huber

1 UVOD

V prispevku poskušamo najprej odgovoriti na vprašanje, kaj so medkulturne kompetence, nato natančneje analiziramo opredelitve medkulturnih kompetenc, pri čemer ugotavljamo, da je v zadnjih desetletjih to področje raziskovalno in izobraževalno doživelo velik vzpon, obenem pa je mogoče trditi, da medkulturne kompetence spremlja veliko nejasnosti in pomanjkljivosti. V drugem delu prispevka predstavimo 20-urno *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki je leta 2016 potekalo v okviru projekta *Skupaj za zdravje* za zdravstvene delavce na primarni ravni zdravstvenega varstva in smo ga izvedli v treh zdravstvenih domovih (Celje, Sevnica in Vrhnika). V zaključku predstavimo analizo kvantitativne evalvacije, na osnovi katere lahko sklepamo, da je bilo usposabljanje med udeleženci zelo dobro sprejeto, kar kaže, da so taka in podobna usposabljanja zelo pomembna in potrebna za zdravstvene delavce na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

2 KAJ SO MEDKULTURNE KOMPETENCE V ZDRAVSTVU?

2.1. KAKO SO NASTALE MEDKULTURNE KOMPETENCE?

O pomenu medkulturnih kompetenc¹ v zdravstvu je bilo v zadnjih desetletjih veliko napisanega. Mnogi avtorji izpostavljajo potrebo po medkulturno kompetentni zdravstveni oskrbi ter jo vidijo kot eno ključnih strategij zdravstvenih ustanov pri premoščanju problema neenake oskrbe pacientov, ki živijo v kulturno, družbeno in ekonomsko vse bolj heterogenih okoljih. Kljub nepregledni množici znanstvenih raziskav in besedil o (med-) kulturnih kompetencah se avtorji redko ukvarjajo z razmišljanjem o samem konceptu medkulturnih kompetenc, še redkeje pa kritično analizirajo pomen in uporabo tega koncepta. To je tudi razlog, da bomo v tem in naslednjem poglavju poskušali na osnovi obstoječe znanstvene literature na kratko razčleniti, kako so medkulturne kompetence nastale, kako so bile definirane ter kako se vpeljujejo v sisteme zdravstvenega varstva.

Medkulturne kompetence so na eni strani zrasle iz spoznanja, da prepričanja in prakse zahodnih družb niso večvredne od tistih v drugih družbah. Prav tako zahodna ali uradna medicina, ki izhaja iz tradicij in vrednot zahodnih družb, ni ne vrednostno nevtralna ne univerzalna, zato ne sme biti nasilno vsiljena ljudem iz drugih okolij. To spoznanje je predstavljalo pomemben dosežek, ki je bil v močnem nasprotju s preteklimi stališči zdravstvenih delavcev (Muaygil, 2018, p. 15). Na drugi strani so medkulturne kompetence izšle iz spoznanja, da imajo kulturne dimenzije pomembno vlogo v zdravstvu: »Kulturni dejavniki so ključni za diagnozo, zdravljenje in zdravstveno nego. Oblikujejo prepričanja, vedenja in vrednote, ki so povezane z zdravjem« (Kleinman & Benson, 2006, p. 1673). Pri tem je treba poudariti, da kulturni, družbeno-ekonomski in politični dejavniki ne oblikujejo le pacientovega dojemanja zdravja in bolezni, temveč tudi prepričanja in prakse zdravstvenih delavcev ter ustroja in organizacije sistema zdravstvenega varstva.

Potreba po vključevanju kulturnih dimenzij v zdravstvo je bila v zadnjih desetletjih vse bolj opazna v različnih

¹ Namesto izraza kulturne kompetence, ki daje vtis utrjevanja monokulturnosti in se je uveljavil zlasti v zdravstvenih ustanovah v ZDA ter nekaterih evropskih državah, bomo v prispevku uporabljali izraz medkulturne kompetence, ki je bolj vključujoč, saj poudarja medkulturni dialog. Vseeno bomo v 2. poglavju, kjer se bomo nanašali prvenstveno na dejavnosti ali raziskave iz ZDA, ohranili izraz kulturne kompetence ter tako ostali zvesti zapisom avtorjev, ki jih obravnavamo v tem poglavju. Obenem bomo izraz kulturne kompetence uporabili, ko navajamo originalen naslov usposabljanja, ki ga bomo v prispevku ovrednotili (*Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*).



delih sveta. V Evropi se je ta potreba kazala predvsem zaradi vse več heterogenih skupin priseljencev (Pulido Fuentes, et al., 2017, p. 366), zaradi katerih so se zdravstveni delavci srečevali z množico raznorodnih zdravstvenih prepričanj in praks. Vseeno so prve ključne korake pri vpeljavi medkulturnih kompetenc v zdravstvene ustanove naredili v ZDA, kjer so se od sedemdesetih let prejšnjega stoletja vse bolj zavedali kulturnih razlik, obenem pa tudi dejstva, da se javni uslužbenci ob stiku s spreminjajočim in raznolikim prebivalstvom počutijo vse manj usposobljene (Muaygil, 2018, p. 15). Kot odgovor na takšno stanje so v zdravstvu začeli uvajati medkulturne kompetence, sprva predvsem na področju duševnega zdravja, kasneje tudi drugod (Muaygil, 2018). Ob uvajanju medkulturnih kompetenc so pričakovali, da bodo s tem presegli ovire, ki preprečujejo zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe oseb z različnimi kulturnimi, etničnimi in družbeno-ekonomskimi ozadji (Muaygil, 2018, p. 16). Večina pobud na tem področju je tako imela skupni cilj: zagotovitev enakega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe za paciente iz različnih okolij, pri tem pa je izhajala iz priznavanja pomena kulture v klinični praksi, spoštovanja kulturnih razlik ter želje po zmanjšanju negativnih posledic teh razlik (Muaygil, 2018, p. 15). V naslednjih desetletjih so medkulturne kompetence tako v Severni Ameriki kot v Evropi postale nepogrešljiv del mnogih izobraževanj zdravstvenih delavcev in znanstvenih raziskav, vključene so v nekatere mednarodno priznane standarde za ocenjevanje kakovosti zdravstvene oskrbe in v programe zdravstvenih zavarovalnic (Betancourt, et al., 2003). Vzpostavili so se tudi centri za medkulturne kompetence (Muaygil, 2018, p. 16) ter vrsta orodij, s katerimi merijo medkulturno kompetentnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ustanov (Diallo & McGrath, 2013; Pulido Fuentes, et al., 2017).

2.2 KAKO DEFINIRATI MEDKULTURNE KOMPETENCE?

Sintagmo kulturna kompetenca je v članku leta 1989 prvič zapisal Cross s sodelavci (Cross, et al., 1989), vendar je ta termin oblikovala Madeleine Leininger, ko je vpeljevala v zdravstveno nego antropološki koncept kulture (Leininger, 1970). V svojem razumevanju kulturnih kompetenc je izhajala iz medicinske antropologije in transkulturne zdravstvene oskrbe ter je pri opazovanju dela medicinskih sester ugotavljala, da ima etnocentrično vsiljevanje njihovih vrednot negativen vpliv na zdravstveno oskrbo pacientov iz različnih kultur. Zato je v svojih delih izpostavljala, da je pri zdravstveni oskrbi treba upoštevati posameznikovo družbeno in kulturno strukturo z namenom, da bi bila oskrba uglasena z njegovimi potrebami, vrednotami, prepričanju in načinom življenja (Leininger, 1980; glej tudi Pulido Fuentes, et al., 2017).

Opredelitev področja (med-)kulturnih kompetenc je v znanstveni literaturi veliko, med sabo se zelo razlikujejo. Kljub temu lahko nekatere izmed njih, ki so najpogostejše uporabljene, razvrstimo glede na poudarke, ki jih izpostavljajo.

a) Kulturne kompetence kot skupek

Sprva so bile kulturne kompetence definirane predvsem kot skupek ali nabor določenih elementov ali, kot zapiše Cross s sodelavci, »kulturna in jezikovna kompetenca je skupek ustreznih vedenj, odnosov in politik, ki so združeni v sistemu, organizaciji ali med strokovnjaki ter omogočajo, da ta sistem, organizacija ali strokovnjaki učinkovito ravnajo v medkulturnih situacijah« (Cross, et al., 1989, p. 13). Ta definicija je problematična, saj te kompetence opisuje le kot »vedenje, odnose in politike« (ne pa tudi znanje), pri čemer med temi tremi dimenzijami ne daje slutiti povezav, saj jih opisuje kot skupek ali nabor. A doprinos definicije je v tem, da se ne osredotoča zgolj na pomen, ki ga imajo kulturne kompetence za zdravstvene delavce, temveč tudi na zdravstvene organizacije in širše, na celoten sistem.

b) Kulturne kompetence kot sposobnost

Vlogo sistema še bolj izpostavlja Betancourt s sodelavci, ki kulturne kompetence opredeljuje kot »sposobnost sistema, da bo zagotavljal oskrbo pacientom z različnimi vrednotami, prepričanju in vedenji, pri čemer bo oskrba tako organizirana, da bo odgovarjala na družbene, kulturne in jezikovne potrebe pacientov« (Betancourt, et al., 2002, p. 293). V tej definiciji se nadaljujejo že omenjene pomanjkljivosti prejšnje opredelitve, pri tem pa vzpostavljajo nove, saj je v središču abstrakten pojem sistema, ki ga avtor s sodelavci ne opredeli.

c) Kulturne kompetence kot proces

Če je v prejšnjih dveh definicijah manjkala procesualnost, zaradi česar je bilo mogoče kulturne kompetence dojeti kot statične, jih nekateri drugi avtorji (Suh, 2004; Smith, 2013) opredeljujejo kot dolgotrajen proces zdravstvenih delavcev, ki razvijajo specifično zavest, znanje in veščine za delo z različnimi skupinami. Ta proces lahko razumemo kot »učno pot, ki traja vse življenje in na kateri ves čas potekajo srečanja z različnimi uporabniki« (Cai, 2016, p. 269).



č) Razvojne stopnje kulturnih kompetenc

Predhodno opisan proces razvijanja kulturnih kompetenc ni predvideval postaj ali hierarhičnih stopenj, vendar so nekateri avtorji ta proces natančneje opredelili kot kontinuum kulturnih kompetenc, ki predvideva več razvojnih stopenj. V tem smislu je že Cross s sodelavci predvidel šest različnih stopenj, ki potekajo od kulturne destruktivnosti do učinkovite uporabe kulturno kompetentnih znanj in vsebin (Cross, et al., 1989, p. 14-18). Te razvojne stopnje drugi avtorji opisujejo tudi drugače. Willis (1999) definira sedem stopenj: najnižja ali prva predvideva poznavanje lastne kulturne pripadnosti, druga zajema poznavanje značilnosti drugih kultur, tretja se kaže preko neogrožajočih interakcij, četrta kot strpnost, peta kot vključevanje, šesta kot sprejemanje razlik in najvišja sedma kot kompetentnost (Willis, 1999). Glede na to, da tovrstne opredelitve spominjajo na presežene kulturno-evolucionistične unilinealne modele, po katerih vse kulture napredujejo po istih stopnjah razvoja in kjer je končni cilj razvoja za vse enak, se zdijo take definicije problematične.

d) Modeli kulturnih kompetenc

Avtorji znanstvenih člankov o kulturnih kompetencah pri definiranju tega področja običajno izhajajo iz del Josephe Campinha Bacote (Campinha Bacote, 1996; 1998; 2002), ki je oblikovala model kulturnih kompetenc, v katerem je predvidela pet dimenzij, ki se med sabo prepletajo. Prvo dimenzijo imenuje zavedanje o (lastni) kulturi (*Cultural Awareness*)², ki jo opisuje kot »samopreizpraševanje in poglobljeno raziskovanje lastnega kulturnega in strokovnega ozadja« (Campinha Bacote, 2002, p. 182). Druga dimenzija je znanje o kulturah (*Cultural Knowledge*), ki je proces pridobivanja znanja o različnih kulturah in etničnih skupinah, pri čemer je v ospredju poznavanje treh področij: prepričanj in kulturnih vrednot, ki so povezana z zdravjem, incidence in prevalence bolezni določene etnične skupine ter učinkovitost zdravljenja (Campinha Bacote, 2002, p. 182). Kot tretjo dimenzijo avtorica predvidi kulturne veščine (*Cultural Skill*), ki jih opredeli kot sposobnost zbiranja ustreznih podatkov o posameznikovi kulturi, ki se nanašajo na njegov zdravstveni problem. Poleg tega ta veščina pomeni zmožnost ocene stanja pacienta, ki bo upoštevala njegovo kulturo (Campinha Bacote, 2002). Predzadnja dimenzija se nanaša na srečevanje kultur (*Cultural Encounters*), ki je opredeljeno kot proces, v katerem so zdravstveni delavci vzpodbujeni, da se neposredno vključijo v interakcijo s pacienti iz različnih okolij. Ta srečevanja bodo spremenila posameznikova obstoječa prepričanja o določeni kulturni skupini in preprečevala njeno nadaljnje stereotipiziranje (Campinha Bacote, 2002). Zadnja dimenzija pa je opisana kot želja po kulturni ozaveščenosti (*Cultural Desire*), ki predstavlja motivacijo zdravstvenih delavcev po tovrstni ozaveščenosti (Campinha Bacote, 2002).

Opisani model je zelo vplival na konceptualizacijo kulturnih kompetenc, vendar so mu nekateri raziskovalci (Zander, 2006; Dudas, 2012) očitali nekonsistentnost. Kot nadgradnjo tega modela je Duan Ying Cai vzpostavil novo shemo, v kateri je opredelil predpogoje za vpeljavo kulturnih kompetenc, ključne značilnosti ter posledice. Kot prvi predpogoj je definiral kulturno različnost (v smislu razlik v etničnosti, družbeno-ekonomskem statusu, izobrazbi, zaposlitvi, religiji in drugih razlik med skupinami ljudi), zaradi katere se sploh pojavi potreba po kulturnih kompetencah (Cai, 2016, p. 271). Druga dva predpogoja pa je povzel po Josephe Campinha Bacote: srečevanja kultur in želja po kulturni ozaveščenosti. Pogosta srečanja s posamezniki iz različnih kultur predstavljajo po Caiju (2016, p. 271) nujen predpogoj za razvijanje kulturnih kompetenc, saj imajo ravno na teh srečanjih zdravstveni delavci možnost, da se v praksi učijo o različnih kulturnih skupinah in se soočijo s svojimi stereotipi o njih. Stiki s pacienti iz drugih okolij običajno pri zdravstvenih delavcih okrepijo motivacijo ali željo po večjem poznavanju drugih kultur, kar je predpogoj za razvoj kulturnih kompetenc (Cai, 2016, p. 271). Med ključne značilnosti je tako kot Josephe Campinha Bacote uvrstil zavest o (lastni) kulturi, znanje o kulturah in kulturne veščine, pri čemer je dodal še občutljivost za kulture. Kot posledice kulturnih kompetenc vidi spremembe na treh ravneh: med uporabniki, zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi organizacijami (Cai, 2016, p. 271).

Tako kot drugi avtorji tudi Cai izpostavlja, da je posledica kulturno kompetentne obravnave zmanjšanje zdravstvenih neenakosti med različnimi kulturnimi skupinami. Zaradi boljše komunikacije z uporabniki je postavljanje diagnoz natančnejše, proces zdravljenja pa ustrežnejše odlikava posameznikove potrebe. Posledično so pacienti bolj zadovoljni s kakovostjo oskrbe in lažje sledijo predpisanim terapijam (Cai, 2016). Pozitivne posledice prepoznava tudi med zdravstvenimi delavci, ki pridobijo dodatno znanje in veščine,

2 Čprav nekateri to sintagmo prevajajo kot kulturno zavest (prim. Loredan & Prosen, 2013), iz branja besedil Josephe Campinha Bacote izhaja, da gre za zavest o lastni kulturi.





obenem pa so deležni zaupanja in spoštovanja uporabnikov, zaradi česar jim je z njimi lažje vzpostavljati sodelovalne odnose (Cai, 2016). Prav tako kulturno kompetentni zdravstveni delavci pozitivno vplivajo na zdravstveno ustanovo, saj lahko z zagotavljanjem učinkovite zdravstvene oskrbe zmanjšajo stroške zdravljenja in možnost odškodninskih tožb (Cai, 2016).

2.1 KATERE SO POMANJKLJIVOSTI MEDKULTURNIH KOMPETENC?

a) Problemi z izrazom

Iz prejšnjega poglavja je razvidno, da ni soglasne opredelitve kulturnih kompetenc. Več avtorjev ugotavlja, da je prav ta odsotnost jasne, standardizirane definicije ena ključnih omejitev kulturnih kompetenc (Kleinman, et al., 2006; Diallo & McGrath, 2013). Posledično se izraz kulturne kompetence lahko uporablja za več različnih pobud, praks, raziskovalnih in izobraževalnih projektov, ki imajo malo ali nič skupnega, »/.../ kulturne kompetence so postale »čarobna« beseda, ki se jo arbitrarno uporablja za karkoli, ne glede na njihov prvotni pomen. Danes je to »politično korekten« koncept, ki je široko in skoraj avtomatično sprejet kot nekaj pozitivnega« (Pulido Fuentes, et al., 2017, p. 370).

Ta nejasnost na eni strani povzroča, da se pojavljajo različne rabe te sintagme: poleg kulturnih kompetenc se uporabljajo izrazi medkulturne, interkulturne, intrakulturne, transkulturne kompetence ali se to področje imenuje v edninski obliki – kulturna kompetenca (Cai, 2016, p. 268). Na drugi strani vpliva na to, da te kompetence nimajo jasno opredeljenega odnosa do drugih, sorodnih pojmov, kot so: interkulturalnost (interculturality), interkulturno zdravje (intercultural health), kulturna občutljivost (cultural sensitivity), kulturna varnost (*cultural safety*), kulturna ponižnost (*cultural humility*) idr. (Cai, 2016, p. 268; Diallo & McGrath, 2013, p. 122). Ti pojmi se lahko v celoti ali delno prekrivajo s kulturnimi kompetencami, zato jih nekateri avtorji uporabljajo izmenično.

Določeni raziskovalci zmedo na tem področju pripisujejo konceptu kulture, ki je kompleksen pojem, o katerem v antropologiji, pa tudi v drugih vedah, ni soglasja. Zaradi nedorečenosti tega koncepta je »kulturne kompetence težko definirati, težko meriti, posledično pa tudi težko učiti in jih dobro razumeti« (Diallo & McGrath, 2013, p. 122). Vendar Arthur Kleinman in Peter Benson menita, da je ključen problem v tem, da si mnogi zdravstveni delavci koncept kulture pogosto razlagajo povsem napačno, zaradi česar nastajajo številne težave (Kleinman & Benson, 2006, p. 1673), o katerih bomo pisali v nadaljevanju.

b) Kultura kot tehnična veščina

Kot ugotavljata Kleinman in Benson, je »eden največjih problemov ideje kulturnih kompetenc predstava, da je lahko kultura reducirana na tehnično veščino, ki se jo zdravstveni delavci priučijo in postanejo strokovnjaki na tem področju« (Kleinman & Benson, 2006). Razlog za to je dejstvo, da je dojemanje kulture v uradni medicini pogosto v popolnem nasprotju s sodobnimi konceptualizacijami kulture v antropologiji in širše v družboslovju in humanistiki. Uradna medicina, ki je osnovana na sistematičnosti ter zahteva jasne in nedvoumne standarde, je vplivala na redefinicijo kulture, kar se odslikava v mnogih usposabljanjih za kulturne kompetence, »orodja kulturnih kompetenc so postala tako rigidna in polna kategorizacij, da jih lahko primerjamo z diagnostičnimi kriteriji, s katerimi, na primer, diagnosticiramo bolezen, kot je pljučnica« (Muaygil, 2018, p. 17). Posledično je na izobraževanjih za kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo področje kulture pogosto predstavljeno preko različnih seznamov, ki posplošeno in stereotipno predstavljajo značilnosti določenih kultur, pri čemer je predstavitev posamezne kulture zožena na serijo receptov (»kaj početi« in »česa ne početi« z osebo iz določene kulture) (Kleinman & Benson, 2006, p. 1673).

c) Kultura kot sinonim za raso in etničnost

Avtor Kumaş-Tan s sodelavci je v svoji raziskavi analiziral 20-letno znanstveno produkcijo na področju kulturnih kompetenc. V študiji je proučeval tudi 54 orodij, vključno z desetimi orodji, s katerimi se najpogosteje meri raven kulturne kompetentnosti. Ugotovil je, da ta orodja večinoma enačijo kulturo z raso in etničnostjo, pri čemer dojemajo kulturo kot atribut, ki jo poseduje »druga« rasa ali etnična skupina (Kumaş-Tan, 2007; glej tudi Pulido Fuentes, et al., 2017, p. 367). Te ugotovitve kažejo na več problemov.

Prvič, mnogi snovalci usposabljanj kulturnih kompetenc ter avtorji člankov s tega področja nekritično uporabljajo koncept rase, kar daje slutiti, da ne poznajo ugotovitev svetovno uveljavljenih genetikov in fizičnih



antropologov, ki so že leta 1950 na pobudo Unesca oblikovali znanstveno stališče o rasah in rasizmu, pri čemer so poudarili »skrajno omejeno operabilnost koncepta rase za človeško vrsto, saj so genetske razlike med posamezniki, ki sestavljajo raso, precej večje od razlik med povprečji različnih ras« (Baskar, 2004, p. 138). Temu mnenju so se pridružili tudi številni biologi in genetiki: »Genetiki imajo dokončen odgovor na vprašanje o vsebini pojma »rasa«, in sicer da v primeru človeške vrste ta izraz ne ustreza nobeni objektivno določljivi bitnosti« (Jacquard v Montagu po Baskar, 2004, p. 139, glej tudi Lipovec Čebren 2016, p. 40).

Drugič, razumeti kulturo kot sinonim za etničnost je zmotno, saj taka predstava ne upošteva dejstva, da znotraj neke etnične skupnosti obstajajo različne skupine prebivalcev ter da so kulturne razlike znotraj teh skupin morda celo večje kot razlike med eno in drugo etnično skupino. Kot je že pred desetletji zapisal Edmund Leach, imajo skoraj vse družbe več kot eno kulturo, saj so lahko notranje razdeljene na subkulture oziroma razrede, kaste, položaje, pri čemer ima vsako mesto posameznika v družbi svoje kulturne značilnosti, zato se razlikujejo po jeziku, vedenju, načinu oblačenja, prehranjevanju in drugem (Leach, 1976).

Tretjič, kot ugotavlja Kumaš-Tan, je kultura pogosto predstavljena kot atribut ali lastnost skupin, ki so drugačne od naše (Kumaš-Tan, 2007). Ta osredotočenost na kulture »drugih« (naj bodo to migranti/begunci, staroselske skupnosti ali druge etnične manjšine) se kaže kot stalnica mnogih programov in projektov kulturnih kompetenc, »z osredotočanjem le na manjšine, tujce in »problematične« skupine je vpliv družbeno-političnih dinamik zanemarjan ali prezrt« (Pulido Fuentes, et al., 2017, p. 366). Poleg tega vztrajno povezovanje kulture z »eksotičnimi drugimi« preprečuje, da bi udeleženci usposabljanj o kulturnih kompetencah kritično reflektirali svojo lastno kulturo ter razumeli vpliv, ki ga imajo različni kulturni elementi na njihovo delo v zdravstvenih ustanovah.

S tem, ko so v mnogih kurikulumih kulturne kompetence enačene z raso, etničnostjo ali »eksotičnimi drugimi«, se stereotipi in predsodki o pacientih iz drugih okolij le okrepijo in ne zmanjšajo. K stopnjevanju stereotipov pomembno prispeva tudi dejstvo, da niso upoštevane raznolikosti znotraj ene kulture, temveč se posamezne kulturne značilnosti pripisujejo komur koli, ki pripada tej kulturi. Na ta način se ustvarja predstava o statičnih kulturnih normah ali iluzija o predvidljivem kulturnem obnašanju (Gregg & Saha, 2006, p. 542).

č) Kultura kot statična entiteta

Potreba zdravstvenih ustanov, da bi (si) kulturne dimenzije predstavile čim bolj shematično, konkretno in merljivo, pogosto povzroči, da določene kulturne značilnosti ali neko kulturo kot celoto opisujejo kot statično, nespremenljivo. Vendar velja poudariti, da nobena kultura ni statična ali izolirana – stalno se spreminja, nanjo pa vpliva vrsta zunanjih dejavnikov (Lipovec Čebren, 2016, p. 33). Poleg tega kulturne prakse običajno prehajajo preko meja ter postajajo del drugih kultur, zaradi česar je izredno težko – ali celo nemogoče – te »potujoče« prakse pripisati le eni kulturi (Muaygil, 2018, p. 20).

d) Koncept kulture uporabljen za prikrivanje družbenih in ekonomskih neenakosti

Avtorji, ki so kritični do sedanje uporabe kulturnih kompetenc, poudarjajo, da se pogosto pojem kulture uporablja za prikrivanje družbenih in ekonomskih neenakosti. Na usposabljanjih o kulturnih kompetencah izvajalci veliko prostora namenijo opisovanju številnih kulturnih razlik, pri čemer pogosto zamolčijo, da so te razlike lahko posledica družbenega ali ekonomskega izključevanja (Pulido Fuentes, et al., 2017, p. 366; Muaygil, 2018, p. 20). Primer takega prikrivanja družbeno-ekonomskih dimenzij s kulturnimi oziroma kulturalističnimi pojasnitvami je pogosto prepričanje prebivalcev Slovenije, da Romi manj skrbijo za osebno higieno, kar se neredko razlaga kot kulturna posebnost romske populacije. Ta problematična kulturalistična razlaga ne upošteva dejstva, da številni Romi živijo v nedostojnih razmerah brez tekoče vode – razlogi za njihovo drugačno skrb za higieno torej ne izhajajo iz kulturnih značilnosti, temveč so posledica deprivilegiranega položaja številnih romskih skupnosti v Sloveniji (Lipovec Čebren, 2016, p. 32).

Iz vsega povedanega izhaja, da so imele kulturne kompetence v svojih začetkih jasen cilj: zmanjšati neenakosti v zdravstveni oskrbi pacientov, ki živijo v kulturno, družbeno in ekonomsko različnih okoljih. Ta cilj je sam po sebi pomemben in plemenit, vendar sedanja vpeljava kulturnih kompetenc kaže, da so se v mnogih primerih snovalci, izvajalci in raziskovalci kulturnih kompetenc od tega cilja zelo oddaljili. Čeprav so mnogi izobraževalni programi in projekti kulturnih kompetenc nastali z dobrimi nameni in z željo po bolj inkluzivnem zdravstvu, je opaziti, da so se številni sprevrgli v svoje nasprotje – v usposabljanja, ki so



osnovana na stereotipnih informacijah ter napačnih konceptih (Muaygil, 2018, p. 20). Kar pa ne pomeni, da teh pomanjkljivosti v prihodnje ni mogoče odpraviti. A četudi bi se te težave rešile, je potrebno poudariti, da medkulturne kompetence same po sebi ne morejo odpraviti ključnih težav mnogih »ranljivih«³ skupin, kot so neenak dostop do družbenih virov, strukturno nasilje in različne oblike diskriminacije (Gregg & Saha, 2006, p. 543).

3 MEDKULTURNE KOMPETENCE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA V SLOVENIJI

3.1 PRAVNI OKVIR

V Sloveniji (še) ni zakonov ali drugih zavezujočih predpisov, ki bi neposredno narekovali vpeljavo medkulturnih kompetenc v zdravstveni sistem. Lahko pa utemeljenost tovrstne dejavnosti izpeljemo že iz splošne protidiskriminacijske zakonodaje, začenši z Ustavo Republike Slovenije. Ustava v 14. členu (enakost pred zakonom) določa, da so »v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino« (Ustave RS, 14. člen).

Podobno Zakon o varstvu pred diskriminacijo (ZvarD, Uradni list RS, št. 33/16 in 21/18 – ZNOrg, 2016) v svojem 2. členu določa, da ta predpis zavezuje državne organe, lokalne skupnosti, nosilce javnih pooblastil ter pravne in fizične osebe, ki morajo na vseh področjih oblastnega odločanja, delovanja v pravnem prometu in pri drugem svojem delovanju oziroma ravnanju v razmerju do tretjih oseb zagotavljati varstvo pred diskriminacijo oziroma enako obravnavanje vseh oseb, kar velja tudi v zvezi s socialno zaščito, vključno s socialno varnostjo in zdravstvenim varstvom.

Podobna načela izpostavljajo tudi nekateri predpisi, ki so ožje vezani na področje zdravstva. Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 2008 in št. 55/17, 2017) v svojem 3. členu tako določa, da je potrebno pri uresničevanju pravic pacientov zagotoviti spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Uradni list RS, št. 71/14, 2014) v svojem prvem načelu izpostavlja, da so izvajalci zdravstvene nege in oskrbe svoje delo dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja. Pri tem v Načelu I nedvoumno določa, da »dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje in invalidnost, ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta« ter da je pacienta treba obravnavati individualno ter celostno, pri čemer je potrebno upoštevati njegove »ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja« (Kodeks etike, Načelo I).

4 POTREBA PO USPOSABLJANJU O MEDKULTURNIH KOMPETENCAH V ZDRAVSTVU

Za razliko od mnogih držav, v katerih so medkulturne kompetence vključene med obvezne vsebine študija medicinskih in zdravstvenih fakultet (Beach, et al., 2005), na visokošolskih zavodih v Sloveniji še ni zaznati večjega interesa po teh vsebinah. Na osnovi javno dostopnih podatkov lahko sklepamo, da v okviru akreditiranih programov medicinskih in zdravstvenih fakultet/visokih šol obstaja le en predmet⁴ (MICE, 2018), ki bi se mu dalo iz naslova pripisati ukvarjanje z medkulturnimi kompetencami. Prav tako ni opaziti, da bi se načrtovala ali organizirala dodatna usposabljanja o medkulturnih kompetencah za že zaposlene zdravstvene

3 Izraz »ranljivi« oziroma »ranljive« skupine postavljamo v narekovaje, s čimer ne želimo relativizirati posameznikove ranljivosti. A želimo poudariti, da moramo biti pri rabi besede »ranljivi« zelo previdni. S to oznako lahko skupine še dodatno stigmatiziramo, zato v tem besedilu to besedo ohranjamo v narekovajih. Enako utemeljeno bi te skupine imenovali obrobne, marginalizirane, izključene, saj njihove izkušnje kažejo na številne prepreke pri skrbi za lastno zdravje kot tudi na ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva. Številni avtorji so že pokazali na vprašljivost tega izraza, natančneje pa je problematiziran v poglavju Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem v *Oceni potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin* (2016) (Lipovec Čebren, Keršič Svetel, Pistotnik, 2016, p. 14-25 v Farkaš-Lainščak, 2016; Chiarenza, Farkaš-Lainščak, Lipovec Čebren, 2016).

4 Predmet Multikulturne kompetence v zdravstvu na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.





delavce. Izjemo v tem smislu predstavlja Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki bo natančneje predstavljeno v spodnjih poglavjih, ter nekaj krajših sorodnih izobraževanj⁵ ali usposabljanj, ki so medkulturne kompetence vključevala kot enega izmed vsebinskih sklopov⁶.

V okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*, ki ga je v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje, je potekala nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, s posebnim poudarkom na večjem vključevanju marginaliziranih, »ranljivih« skupin v preventivno zdravstveno varstvo, zmanjševanju neenakosti v zdravju ter krepitvi zdravja v lokalnih skupnostih.

Pri tem projektu je leta 2014 potekala kvalitativna raziskava v različnih krajih Slovenije⁷ (Lipovec Čebtron, Keršič Svetel, Pistotnik, 2016, p 14-25 v Farkaš Lainščak, 2016), v katero je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih institucijah, zaposleni v nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev). Raziskovalci so s polstrukturiranimi intervjuji ugotavljali, kateri deli prebivalstva so v Sloveniji najbolj zdravstveno marginalizirani, s katerimi ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva se najbolj pogosto soočajo ter na kakšen način jih je mogoče odpraviti oziroma zmanjšati. Poleg mnogih drugih ovir so sogovorniki izpostavljali tudi neenako, diskriminatorno obravnavo nekaterih skupin prebivalstva (na primer oseb brez zdravstvenega zavarovanja; Romov; albansko govorečih prebivalcev; migrantov/beguncev; odvisnikov od nedovoljenih drog; oseb s težavami v duševnem zdravju; oseb s posebnimi potrebami idr.), pri čemer so opisovali številne jezikovne in kulturne nesporazume med zdravstvenim osebjem in pacienti. Sogovorniki so razloge za diskriminatorno in manj kakovostno zdravstveno obravnavo pogosto videli v neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« oseb ter v nepoznavanju njihovega družbeno-kulturnega okolja.

Med predlogi, s katerimi bi lahko zmanjšali ovire v dostopu do kakovostne zdravstvene oskrbe, so sogovorniki navajali tudi potrebo po usposabljanju zdravstvenih delavcev:

Seveda je potrebna tudi senzibilizacija zdravstvenih delavcev za spoznavanje ranljivih skupin – vpeljati module izobraževanja s področja ranljivih skupin za zdravstvene delavce. (zaposlen v zdravstveni ustanovi, Novo mesto)

Potrebna je senzibilizacija javnih uslužbencev in seveda s tem tudi zdravnikov za ranljive skupine, pomembno je izobraževanje/ozaveščanje teh ljudi, da se lažje znajdejo, ko pridejo v situacijo s prekarnimi delavci in tudi drugimi ranljivimi skupinami. (uporabnica zdravstvenih storitev, Ljubljana)

Mogoče bi bilo pa dobro tudi za njih (zdravstvene delavce, op. a.) kdaj, ne vem, organizirati kako izobraževanje na to temo, mogoče tudi z ljudmi, ki delajo s temi uporabniki (zaposlena v nevladni organizaciji, Celje).

4.1 OBLIKOVANJE USPOSABLJANJA

Na osnovi razvidne potrebe po usposabljanju zdravstvenih delavcev, ki je izhajala iz kvalitativne raziskave projekta *Skupaj za zdravje*, se je vzpostavila interdisciplinarna delovna skupina s področja zdravstva,

⁵ Eno od izobraževanj, ki je vključevalo tudi temo medkulturnih kompetenc, je usposabljanje z naslovom Pacient ne govori slovensko! Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji. Gre za osemurno usposabljanje, ki je potekalo v 14 krajih v Sloveniji in se ga je udeležilo več kot 700 zdravstvenih delavcev. Izobraževanje je nastalo v okviru projekta Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem (od julija 2016 do januarja 2018). Pri projektu so sodelovale Filozofska fakulteta, Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije. Projekt sta sofinancirala Evropska unija iz Sklada za azil, migracije in vključevanje ter Ministrstvo za notranje zadeve (več na: <http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/>). Drugo izobraževanje s sorodno tematiko z naslovom Cultural competence, doctor-patient communication, and minority health sta v obliki poletne šole za slovenske in tuje študente medicine julija 2018 organizirali Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani ter Medicinski center Univerze na Kreti.

⁶ Medkulturne kompetence so bile kot del vsebinskega sklopa vključene v Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju (Farkaš-Lainščak, Huber, Lipovec Čebtron, Milavec Kapun, 2015), ki je bilo namenjeno zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva v okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*.

⁷ Natančneje v osmih krajih (Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto z okolico, Celje z okolico in Murska Sobota z okolico).





humanistike in družboslovja⁸, ki je začela pripravljati učni načrt za usposabljanje.

Glede na to, da je delovna skupina ugotovila, da na tem področju v Sloveniji še ni bilo opravljenih raziskav, pregledov relevantnih tujih virov in literature ali postavljenih strokovnih smernic, je morala svoje delo začeti na samem začetku. Tako je del članov⁹ te skupine najprej pregledal mednarodno in nacionalno zakonsko podlago ter ključne znanstvene reference s tega področja. Vsebinsko smo pri programu usposabljanja izhajali iz natančne analize sorodnih izobraževalnih modulov v tujini.

V prvi polovici leta 2015 je bil oblikovan prvi predlog usposabljanja, ki je zajemal 39 ur usposabljanja. Obsegal je učni načrt, v katerem bi kot izvajalci sodelovali mnogi strokovnjaki z različnih področij (medicina, zdravstvene vede, psihologija, pravo, antropologija, sociologija idr.), pri čemer je bila poleg predavanj več kot tretjina časa namenjena terenskemu delu ter interaktivnim, delavničnim aktivnostim z udeleženci. Zaradi finančnih, časovnih in organizacijskih omejitev je bil učni načrt kasneje prilagojen na 20 ur ter deloma vsebinsko preoblikovan v končnem učnem načrtu (Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, 2015).

Pri oblikovanju vsebine usposabljanja smo se trudili čim bolj izogniti predhodno predstavljenim pomanjkljivostim izobraževanj s področja medkulturnih kompetenc. Tako smo se poskušali odreči posplošitvam ter ob razlagi posameznih konceptov raje izhajali iz konkretnih prikazov primerov iz vsakodnevne zdravstvene prakse, ki bi med udeleženci vzpodbudili razmislek in diskusijo. Pri tem smo zasnovali več interaktivnih predavanj, v katerih smo želeli pojasniti temeljne koncepte (*Kako se kultura kaže na področju zdravja in bolezni?; Telo zakaj ga ne dojemamo univerzalno?; Dojemanje zdravja in bolezni v različnih kulturnih kontekstih* idr.). Glede na to, da je bila ena ključnih pasti predhodnih izobraževanj dojemanje kulture kot »atributa«, ki pripada »drugim« skupinam, in ne zdravstvenim delavcem samim, smo v usposabljanje vključevali čim več samorefleksivnih aktivnosti, preko katerih bi lahko udeleženci spoznavali, kaj pogojuje njihove predstave in ravnanja. Pri tem smo poseben del usposabljanja namenili komunikaciji (*Kulturno kompetentna komunikacija v zdravstveni obravnavi*) ter problemu jezikovnih nesporazumov in vlogi tolmača/medkulturnega mediatorja. Zaradi že omenjenega problema prikrivanja družbenih in ekonomskih neenakosti z različnimi kulturalizmi smo več prostora namenili različnim oviram v dostopu do sistema zdravstvenega varstva, vključno s pravnimi ovirami (*Pravni vidiki: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in znotraj njega*) in različnimi oblikami izključevanja, ki ga doživljajo določeni prebivalci Slovenije (*Revščina: kako družbeno-ekonomski položaj vpliva na zdravje?; Marginalizirani prebivalci v sistemu zdravstvenega varstva*). Pastem stereotipiziranja in poenostavljenega predstavljanja »značilnosti« določenih skupin prebivalcev smo se tako poskušali izogniti z izpostavljanjem problemskih oziroma tematskih področij. Namesto nedvoumnih »resnic« je bilo ključno vodilo usposabljanja vzpodbujanje vprašanj, dvomov in dilem, na podlagi katerih bi lahko udeleženci reflektirali svoje delo v zdravstvenih ustanovah. Ob tem smo zasnovali sprotno evalvacijo usposabljanja, ki je potekala ob koncu vsakega izobraževalnega dneva in zajemala vrednotenje vsebinskih vidikov usposabljanja in tudi njihovo izpeljavo. Zaradi odsotnosti strokovnih gradiv na tem področju smo oblikovali priročnik, ki bi bil dopolnitev usposabljanja. Tekstovno gradivo v priročniku je bilo dopolnjeno z videoposnetki, ki so predstavljali določene teme, obravnavane v priročniku (Lipovec Čebren, 2016).

4.2 EVALVACIJA USPOSABLJANJA

Usposabljanje je potekalo v treh zdravstvenih domovih, ki so v projektu *Skupaj za zdravje* sodelovali kot pilotna okolja, in sicer v Zdravstvenem domu Vrhnika, Zdravstvenem domu Celje in Zdravstvenem domu Sevnica. V vsakem od teh treh krajev je usposabljanje trajalo 20 ur, razporejenih na pet dni, v obdobju od januarja do junija 2016.

Vseh treh ciklov usposabljanj se je udeležilo 41 zaposlenih v zdravstvenih domovih različnih profilov (31

⁸ Delovna skupina, ki je bila del Delovne skupine za zmanjševanje neenakosti in obravnavo ranljivih skupin in se je imenovala Delovna skupina za razvoj in pripravo izobraževalnih modulov kulturne kompetence, se je sestajala od marca do decembra 2015, v njej pa so sodelovali Ivanka Huber, Sara Pistotnik, Juš Škraban, Uršula Lipovec Čebren, Karmen Gosenc, Jerneja Farkaš Lainščak, Jožica Maučec Zakotnik, Marina Sučić Vuković, Ajda Jelenc in Marjeta Keršič Svetel. Kasneje so kot sodelavci v skupini bili: Ivanka Huber, Sara Pistotnik, Juš Škraban, Uršula Lipovec Čebren, Karmen Gosenc, Jerneja Farkaš Lainščak, Jožica Maučec Zakotnik, Ajda Jelenc in Marjeta Keršič Svetel.

⁹ Karmen Gosenc, Uršula Lipovec Čebren in Juš Škraban.



diplomiranih medicinskih sester, 6 diplomiranih fizioterapevtov, 3 srednje medicinske sestre in 1 diplomirana psihologinja), od tega 40 žensk in 1 moški.

Ob koncu vsakega dneva usposabljanja so udeleženci dobili evalvacijski vprašalnik, na katerem so na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 – zelo slabo; 2 – slabo; 3 – dobro; 4 – zelo dobro; 5 – odlično) ocenjevali posamezno predavanje, obenem pa evalvirali izobraževalni dan usposabljanja kot celoto.

V nadaljevanju je predstavljena skupna evalvacija vseh dni usposabljanja, pri čemer so rezultati najprej razdeljeni po okoljih, nato pa sešteti (gre za seštevek odgovorov vseh dni usposabljanja – tabela 1).

Tabela 1: Evalvacija Usposabljanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev

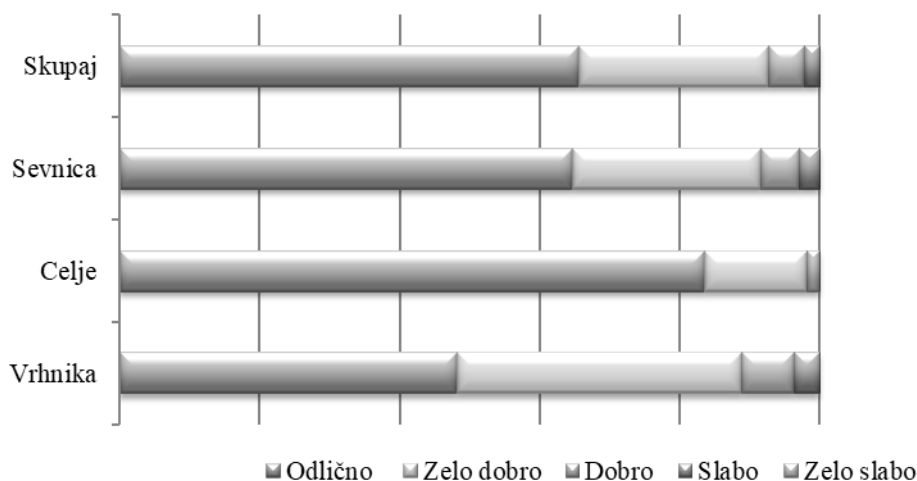
	Odlično	Zelo dobro	Dobro	Slabo	Zelo slabo
ZADOVOLJSTVO Z VSEBINAMI					
Vrhnika	26	22	4	2	0
Celje	46	8	1	0	0
Sevnica	46	19	4	2	0
Skupaj	118	49	9	4	0
UPORABNOST VSEBIN PRI DELU					
Vrhnika	25	23	4	2	0
Celje	44	9	2	1	0
Sevnica	41	25	3	1	0
Skupaj	110	57	9	4	0
ORGANIZACIJA USPOSABLJANJA					
Vrhnika	23	25	3	3	0
Celje	43	11	0	0	0
Sevnica	41	12	3	0	0
Skupaj	107	48	6	3	0

Kot je razvidno s slike 1, je 65,56 odstotka udeležencev (118 odgovorov, n = 180) ocenilo zadovoljstvo z vsebinami usposabljanja z oceno odlično. Nato jih je 27,22 % je podalo oceno zelo dobro (49 odgovorov, n = 180), redkeje pa so se udeleženci odločili za slabše ocene, in sicer jih je 5 % podalo oceno dobro (9 odgovorov, n = 180) in 2,22 % oceno slabo (4 odgovori, n = 180).



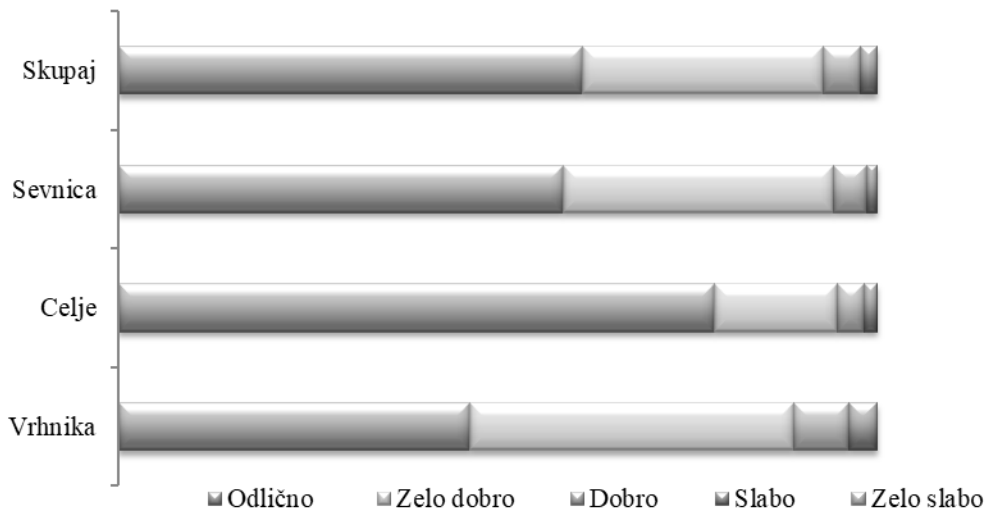


Slika 1: Zadovoljstvo z vsebinami usposabljanja



Glede uporabnosti vsebin usposabljanja pri vsakdanjem delu so bili odgovori zdravstvenih delavcev podobni kot pri zadovoljstvu z vsebinami usposabljanja. 61,11 % udeležencev (110 odgovorov, n = 180) je izbralo najvišjo oceno odlično, 31,67 % udeležencev (57 odgovorov, n = 180) oceno zelo dobro, 5 % se je odločilo za oceno dobro (9 odgovorov, n = 180) in 2,22 % za oceno slabo (4 odgovori, n = 180). Podobno kot pri zadovoljstvu z vsebinami usposabljanja, ni bilo med udeleženci nikogar, ki bi uporabnost vsebin usposabljanja pri vsakdanjem delu ocenil kot zelo slabo (slika 2).

Slika 2: Uporabnost vsebin usposabljanja pri delu



Tudi pri organizaciji usposabljanja so se udeleženci večinoma, kar v 65,24 % (107 odgovorov, n = 164), odločili za najvišjo oceno odlično, 29,27 % (48 odgovorov, n = 164) za oceno zelo dobro, redkeje pa za slabše ocene, tako je oceno dobro določilo 3,66 % (6 odgovorov, n = 164) in slabo 1,83 % (4 odgovori, n = 164), nihče pa ni obkrožil ocene zelo slabo (slika 3).





Slka 3: Organizacija usposabljanja



5 ZAKLJUČEK

Medkulturne kompetence izhajajo iz spoznanja, da uradna medicina, ki izhaja iz tradicij in vrednot zahodnih družb, ni ne vrednotno nevtralna ne univerzalna, zato ne sme biti vsiljena ljudem iz drugih okolij. Obenem so se medkulturne kompetence razvile kot odziv na ugotovitev, da imajo kulturne dimenzije izredno pomembno vlogo v zdravstvu. Če to vlogo zanemarjamo ali prezremo, se neenakosti v dostopu do kakovostne zdravstvene oskrbe dodatno poglobijo. S tem zavedanjem so v zadnjih desetletjih v mnogih zahodnih državah vpeljali medkulturne kompetence v dodiplomske in podiplomske programe medicinskih in zdravstvenih fakultet, o tem področju obstaja nepregledna množica znanstvenih raziskav, projektov, člankov in drugih del, obenem pa so medkulturne kompetence postale del standardov, s katerimi merijo zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Kljub napredku v razumevanju pomena medkulturnih kompetenc velja izpostaviti, da to področje spremlja veliko nejasnosti in pomanjkljivosti. Na eni strani so te nejasnosti posledica odsotnosti standardizirane definicije, ki bi jasno opredelila področje medkulturnih kompetenc. Na drugi strani pa večina pomanjkljivosti izhaja iz vpeljevanja medkulturnih kompetenc v prakso ali natančneje iz premalo poglobljenega in natančnega razumevanja ključnih konceptov, kot sta kultura ali etničnost. Zaradi tega se pri raziskovalnem in izobraževalnem delu na tem področju pojavijo mnoge negativne posledice. Namesto da bi programi in projekti medkulturnih kompetenc sledili svojemu cilju – bolj vključujočemu sistemu zdravstvenega varstva, so se številni sprevrgli v svoje nasprotje, v znanstveno ali strokovno produkcijo, ki je osnovana na posplošenih, stereotipnih informacijah ter napačni rabi teoretskih konceptov.

V Sloveniji za področje medkulturnih kompetenc v zdravstvu še ni bilo opaziti izrazitega zanimanja. Čeprav zakonska določila dajejo možnost vpeljavi kulturnih kompetenc, še nimamo specifičnih zakonskih aktov, ki bi urejala to področje. Prav tako tem s tega področja običajno ni zaslediti v programih medicinskih ali zdravstvenih fakultet oziroma v obliki dopolnilnih izobraževanj za zdravstvene delavce. Izjemo v tem smislu predstavlja 20-urno *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki je leta 2016 potekalo v okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje* namenjeno zdravstvenim delavcem na primarni ravni zdravstvenega varstva. Pri načrtovanju usposabljanja je bilo potrebno proučiti tujo in slovensko zakonodajo, analizirati relevantno znanstveno literaturo in sorodne izobraževalne programe. Pri tem smo se poskušali izogniti pomanjkljivostim, ki so bile opazne pri sorodnih usposabljanjih v tujini. Usposabljanja, ki je potekalo v treh zdravstvenih domovih (Celje, Sevnica, Vrhnika), se je





udeležilo 41 zaposlenih različnih zdravstvenih profilov. Na osnovi kvantitativne evalvacije lahko sklepamo, da je bilo usposabljanje med udeleženci zelo dobro sprejeto, saj so vsebine usposabljanja, njihovo uporabnost in organizacijo večinoma ocenili kot odlično ali zelo dobro. Čeprav avtorice tega prispevka, ki smo hkrati sodelovale pri načrtovanju in izpeljavi usposabljanja, menimo, da bi bilo potrebno v določenih pogledih usposabljanje še izboljšati¹⁰, pa izkušnja usposabljanja nedvomno kaže, da so taka in podobna usposabljanja zelo pomembna in potrebna za zdravstvene delavce na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

¹⁰ Med predlogi izboljšav so: večja povezava vsebin usposabljanja z lokalnim okoljem, iz katerega prihajajo udeleženci; bolj interdisciplinarna skupina (vključno z zdravstvenimi delavci) izvajalcev usposabljanja; daljše usposabljanje, ki bi vključevalo individualno mentoriranje posameznih udeležencev skozi daljši čas; vključitev terenskega dela z etnografskimi metodami idr.





POVZETEK POGLAVJA

V prispevku poskušamo najprej odgovoriti na vprašanje, kaj so medkulturne kompetence, pri čemer predstavimo razloge in ozadja, ki so privedli do oblikovanja tega področja. Nato natančneje analiziramo opredelitve medkulturnih kompetenc, pri čemer ugotavljamo, da je v zadnjih desetletjih to področje raziskovalno in izobraževalno doživelo velik vzpon, obenem pa je mogoče trditi, da medkulturne kompetence spremlja veliko nejasnosti in pomanjkljivosti. Na eni strani so te nejasnosti posledica odsotnosti standardizirane definicije, ki bi jasno opredelila področje medkulturnih kompetenc. Na drugi strani večina pomanjkljivosti izhaja iz vpeljevanja medkulturnih kompetenc v prakso ali natančneje iz premalo poglobljenega in natančnega razumevanja ključnih konceptov, kot je kultura ali etničnost.

V drugem delu prispevka se ukvarjamo s stanjem v Sloveniji, pri čemer ugotavljamo, da za področje medkulturnih kompetenc v zdravstvu še ni bilo opaziti izrazitega zanimanja. Čeprav zakonska določila dajejo možnost vpeljavi medkulturnih kompetenc, v Sloveniji še nimamo specifičnih zakonskih aktov, ki bi urejala to področje. Prav tako tem s tega področja običajno ni zaslediti v programih medicinskih ali zdravstvenih fakultet oziroma v obliki dopolnilnih izobraževanj za zdravstvene delavce. Izjemo v tem smislu predstavlja 20-urno Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki je leta 2016 potekalo v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje za zdravstvene delavce na primarni ravni zdravstvenega varstva.

V nadaljevanju prispevka predstavimo načrtovanje in izvedbo usposabljanja, ki je potekalo v treh zdravstvenih domovih (Celje, Sevnica, Vrhnika) in se ga je udeležilo 41 zaposlenih različnih zdravstvenih profilov. V zaključku predstavimo analizo kvantitativne evalvacije, na osnovi katere lahko sklepamo, da je bilo usposabljanje med udeleženci zelo dobro sprejeto, kar kaže, da so taka in podobna usposabljanja zelo pomembna in potrebna za zdravstvene delavce na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Ključne besede: medkulturne kompetence, zdravstvo, usposabljanje, evalvacija, Slovenia.

SUMMARY OF THE CHAPTER

INTERCULTURAL COMPETENCIES AND HEALTH CARE IN SLOVENIA

In the first part of the article we aim to answer the question: what are intercultural competencies? Herein we present reasons for, and the background leading to, the establishment of this field. We then analyze in detail various definitions of intercultural competencies concluding that in the past decades this field went through vast development in research and education but at the same time resulting in a lack of clarity and various imperfections. On the one hand these imperfections are a consequence of the lack of clear standardized definitions for field of intercultural competence. On the other hand, a majority of imperfections result from the implementation of intercultural competencies in practice or more precisely, from the lack of deep and thorough understanding of key concepts, e.g. culture or ethnicity.

In the second part of the article we focus on the situation in Slovenia, establishing that there was no distinct interest in the field of intercultural competencies in health care. Even though Slovene legislation allows the possibility for the implementation of intercultural competencies, no specific legal acts regulating this field exist. Likewise a topic of intercultural competencies isn't part of curricula on medical or nursing faculties or included in supplementary education for health care workers. An exception to this is a 20 hour Training for the development of intercultural competencies of health care workers carried out in 2016 in the framework of project Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health.

In the last part of the article we describe the planning and the implementation of the training that was carried out in three Community Health Centres (Celje, Sevnica, Vrhnika) in which 41 employees of different health care profiles participated. In conclusion we present the analysis of a quantitative evaluation, on the basis of which we may reason that the training was very well accepted among the participants confirming that such training is important and necessary for health workers on all levels of health care system.

Key words: intercultural competencies, healthcare, training, evaluation, Slovenia.



LITERATURA IN VIRI

1. Baskar, B. 2004. Rasizem, neorasizem, protirasizem: esej o tranzitivnosti navidezno protislovnih pojmov. *Časopis za kritiko znanosti*, 32(217/218).
2. Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A. et. al. 2005. Cultural Competency: A Systemic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*. 43(4), pp. 356-373
3. Betancourt, J. R., Green, A. R. & Carrillo, J. E. 2002. *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. Field report*. New York: The commonwealth fund.
4. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. & Ananeh Firemping, O. 2003. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and healthcare. *Public Health Report* 118(4), pp. 293-302.
5. Cai, D-Y. 2016. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp. 268-273.
6. Campinha Bacote, J. 1996. A culturally competent model of nursing management. *Surgical Service Management*, 2(5), pp. 22-25.
7. Campinha Bacote, J. 1998. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
8. Campinha-Bacote, J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181-183.
9. Chiarenza, A., Farkaš-Lainščak, J., (urednik, avtor dodatnega besedila), Lipovec Čebren, U., (urednik, avtor dodatnega besedila). 2016. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/standard-za-zagotavljanje-enakosti-v-zdravstveni-oskrbi-ranjivih-skupin-in-orodje-za> [1. 7. 2018].
10. Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. & Isaacs, M. R. 1989. *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington: Georgetown University.
11. Diallo, A. F. & McGrath, J. M. 2013. A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2013), pp. 121-123.
12. Dudas, K. I. 2012. Cultural competence: an evolutionary concept analysis. *Nursing Education Perspectives* 33(5), pp. 317-321.
13. Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Lipovec Čebren, U. & Milavec Kapun, M. 2015. *Usposabljanje o ovirah »ranljivih« skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju : učni načrt* (Projekt Skupaj za zdravje). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ucni_nacrt_neenakosti_ranjivi_nova.pdf [1. 7. 2018].
14. Farkaš-Lainščak, J., Gosenca, K., Huber, I., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., Maučec Zakotnik, J., Pistotnik, S. & Škraban, J. 2015. *Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev: učni načrt* (Projekt Skupaj za zdravje). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ucni_nacrt_kult_kompetence.pdf [1. 7. 2018].
15. Farkaš Lainščak, J. (urednik). 2016. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/ocena-potreb-uporabnikov-in-izvajalcev-preventivnih-programov-za-odrasle> [1. 7. 2018].
16. Gregg, J. & Saha, S. 2006. Losing culture on the way to competence: The use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*, 81(6), pp. 542-547.
17. Kleinman, A. & Benson, P. 2006. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), p. e294..
18. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Uradni list RS, št. 71/14). Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije> [1. 7. 2018].
19. Kumaş-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A. & Frank, B. 2007. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), pp. 548-557.
20. Leininger M. M. 1970. *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York: Wiley.
21. Leininger, M. M. 1980. Caring: A central focus of nursing and health care services. *Nursing & Health Care* 1(3), pp. 135-143.



22. Lipovec Čebren, U., Keršič Svetel, M. & Pistotnik S. 2016. *Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem*. V Farkaš Lainščak, J. ed.: *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 14-25. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/standard-za-zagotavljanje-enakosti-v-zdravstveni-oskrbi-ranljivih-skupin-in-orodje-za> [1. 7. 2018].
23. Lipovec Čebren, U. (ur). 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [25.6. 2018].
24. Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege* 47(1) , pp. 83-89.
25. MICE, 2018. Available at: <http://www.vzsce.si/si/projekti/494> [1.6.2018].
26. Muaygil, R. A. 2018. From Paternalistic to Patronizing: How Cultural Competence Can Be Ethically Problematic. *HEC Forum* (2018).
27. National Center for Cultural Competence, 2018. Available at: <http://www.ncccurricula.info/documents/doc> [21.5.2018].
28. Pulido Fuentes, M., Abad González, L., da Silva Vieira Martins, M. F. & Flores Martos, J. A. 2017. Health competence from a transcultural perspective. Knowing howto approach transcultural care. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237(2017).
29. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Skupaj za zdravje, 2016. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.skupajzazdravje.si/projekt/> [25.6. 2018].
30. Smith, L. S. 2013. Reaching of cultural competence. *Nursing*, 43(6), pp. 30-37.
31. Suh, E. E. 2004. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), pp. 93-102.
32. Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1#> [21.6.2018].
33. Zakon o varstvu pred diskriminacijo (ZvarD, Uradni list RS, št. 33/16 in 21/18 – ZNOrg). Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7273> [1.7.2018].
34. Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17). <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> [1.7.2018].
35. Zander, P. E. 2006. Cultural competence: analyzing the construct. *Journal of Theory Construction & Testing*, 11(2), pp. 50-54.
36. Willis, W. O. 1999. Culturally competent nursing care during the perinatal period. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 13(3), pp. 45-59.







SAMOZAVEDANJE IN KRITIČNA REFLEKSIJA V MODELIH KULTURNE KOMPETENTNOSTI V ZDRAVSTVU

viš. pred. Helena Kristina Halbwachs

1 UVOD

Vpliv kulture na determinante zdravja je nesporen. Kultura vpliva na pogled posameznika ali skupine na zdravje, bolezen, mladost ter staranje, oblikuje odnos do zdravja in lastnega telesa, vpliva na vlogo pacienta in na pričakovanja, ki jih goji do zdravstva (Capell & Dean, 2007). Pomembno vpliva tudi na dostopnost in enakost obravnave v zdravstvenem sistemu (Anderson, 2003; Lipovec Čebren, et al., 2015). Sistematično zanemarjanje vpliva kulture na zdravje velja danes v razvitem svetu kot največja ovira za doseganje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe (Napier, et al., 2014).

V zdravstvu smo vrsto let kulturo dojemali kot nekaj, kar je omejeno na etničnost in »raso« (Butler, et al., 2016), a danes prevladuje mnogo širše razumevanje kulture in kulturne raznolikosti (Jongen, et al., 2018). Kulturna raznolikost ne pomeni le raznolikosti v smislu etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih ozadij, temveč zajema tudi množico duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti družbe ali družbene skupine ter tudi načine sobivanja, življenjske sloge, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (Unesco, 2001). Tako mora področje kulturnih kompetenc presegati obravnavanje »klasičnih« determinant kulture in zajeti tudi druge dejavnike, ki vplivajo na različne domene zdravja, kot so npr. spol, socialni ter ekonomski dejavniki (Jongen, et al., 2018).

Za zmožnost razumevanja, spoštovanja, upoštevanja ter učinkovitega odzivanja na kulturno raznolikost v zdravstveni oskrbi potrebujejo zdravstveni delavci kulturne kompetence (Cross, et al., 1989). Opredelimo jih lahko kot »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo« (Berkeley Diversity cited in Bofulin, et al., 2016, 15). Pridobivanje kulturnih kompetenc v zdravstveni negi ima v mnogih državah po svetu že večdesetletno tradicijo (Jongen, et al., 2018), a v Sloveniji je bil ta pojem še pred nedavnim dokaj nepoznan (Halbwachs & Zurc, 2016).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V središču prizadevanj za pridobivanje kulturnih kompetenc so bila vrsto let izobraževanja, osredotočena le na splošne značilnosti kultur, drugačnih od večinske, in na premostitev jezikovnih razlik (Saha, et al., 2008; Jongen, et al., 2018). Sčasoma so ugotovili, da tak pristop pojem kulture preveč poenostavi (Greg & Saha, 2006) ter da posplošen pogled na paciente kot na člane specifičnih etničnih in kulturnih skupin pripomore h krepitvi stereotipov in neprimernih predpostavk (Greg & Saha, 2006; Saha, et al., 2008). Prepoznali so potrebo po individualni obravnavi, poleg tega pa tudi dejstvo, da v zdravstvu niso ogrožene in neenako obravnavane le etnične manjšine, temveč tudi druge socialno marginalizirane skupine (Jongen, et al., 2018). Začeli so opozarjati tudi, da je znotraj kulturnih skupin več raznolikosti kot med njimi (Campinha - Bacote, 2003).

Sočasno s temi ugotovitvami je postalo vse bolj jasno, da zahtevajo kulturne kompetence pristop, ki temelji na samozavedanju in kritični refleksiji lastnega kulturnega ozadja, prepričanj, vrednot, obnašanja in komunikacije (Campinha-Bacote, 2003; Purnell, 2012; Jongen, et al., 2018). Kulturna kompetentnost v zdravstvu je namreč močno pogojena z razumevanjem lastnega pogleda na svet in tudi s kulturnim modelom zahodne medicine (Tilburt, 2010). Zanj velja, da obravnava svoja prepričanja kot najbolj pravilna ter resnična oziroma kot nekaj, kar presega kulturo (»culture of no culture«) (Taylor, 2003). Vendar so tudi zdravstveni delavci pristranski in pogosto polni predsodkov, kar vpliva na komunikacijo s pacienti, odločitve o obravnavi, vključitev pacienta v odločanje, opolnomočenje pacienta ter ne nazadnje na izide zdravljenja (Hall, et al., 2015).

Kritična refleksija je v izobraževanju zelo pomembna na celotnem področju zdravstvene nege (Smith, 2011; Snyder, 2014) in tudi na področju pridobivanja kulturne kompetentnosti (Garneau, 2016). Je večšina, ki



jo je treba pridobiti in negovati (Smith, 2011). Gre za premišljeno refleksijo o situacijah v zdravstveni negi in njihovem kontekstu, ki obravnava razloge za različne odločitve in dejanja v praksi, vpliv prevladujočih razmer v zdravstveni oskrbi ter etična in moralna vprašanja, povezana s pravičnostjo in enakopravnostjo (Teekman, 2010). Vodi v boljše razumevanje in poznavanje sebe in socialnih sistemov, omogoča vpogled v lastno profesionalnost, je osnova osebnemu in profesionalnemu razvoju, izboljša kakovost storitev in poveča zadovoljstvo bolnika (Smith, 2011). Poleg tega spodbuja izvajalce zdravstvene nege k spremembam ter izboljšuje kritično razmišljanje in odločanje v kompleksnih situacijah (Goulet, 2016, Duffy, 2007). A ima tudi nekaj pasti, kot so pretirana samokritičnost, cinizem, preokupacija s seboj in izolirano razmišljanje, zato je pomembno, da je vsaj pri neizkušenih vodena (Smith, 2011). Na področju kulturnih kompetenc velja kritična refleksija za metodo, ki pogojuje samozavedanje (Campinha - Bacote, 2003; Purnell, 2012) in ki lahko vodi v bolj kulturno kompetentno oskrbo. Ozavešča nas namreč o lastnih mehanizmi, ki lahko vodijo v neenakost oskrbe (Garneau, 2016).

3 RAZISKAVA

3.1 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Ob pogostih opozorilih strokovnjakov s področja kulturnih kompetenc o pomenu samozavedanja in kritične refleksije sem želela ugotoviti, kako obravnavajo samorazumevanje in kritično refleksijo teoretični modeli kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi in ali obstajajo med modeli podobnosti ter razlike.

3.2 METODOLOGIJA

V prvem koraku raziskave so bili s pregledom literature identificirani teoretični modeli kulturne kompetentnosti v zdravstvu in/ali zdravstveni negi. Pregled je bil opravljen v juniju 2018 v podatkovni bazi Google Scholar, ki po mnenju mnogih raziskovalcev kljub nekaterim pomanjkljivostim zadošča za tovrstno raziskovanje (Gehanno & Darmoni, 2013; Harzing & Alakangas, 2016; Bramer, et al., 2016). S ključnimi besedami (model, kulturne kompetence, zdravstvena nega, zdravstvo) ter z neomejenim datumom je bilo najdenih 181 navedb. Z izločitvijo praktičnih modelov ter modelov, neveljavnih za celotno področje zdravstva in/ali zdravstvene nege, so bili identificirani štirje teoretični modeli kulturne kompetentnosti. Najpogostejše omenjena modela sta model razvoja kulturne kompetentnosti po Campinha- Bacotejevi ter Purnellov model kulturne kompetentnosti, pojavili pa so se še model razvoja kulturne kompetentnosti po Papadopoulosovi, Tilkijevi in Taylorjevi ter Almutairijev model kritične kulturne kompetentnosti. Za preučitev identificiranih modelov so bile izbrane izvirne publikacije avtorjev modelov z najnovejšim datumom publikacije. Publikacije so prikazane v tabeli 1. Sledila je preučitev konceptov, povezanih s samozavedanjem ter s kritično refleksijo, znotraj vsakega modela, ter opredelitev lastnosti, podobnosti in razlik na podlagi opisne komparativne metode.

Tabela 1: Teoretični modeli kulturne kompetentnosti v zdravstvu/zdravstveni negi

AVTORJI	MODEL	PUBLIKACIJA
Campinha-Bacote	Model razvoja kulturne kompetentnosti po Campinha - Bacotejevi	Campinha-Bacote, J. 2003. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care. Transcultural CARE Associates, pp. 9–18.
Purnell	Purnellov model kulturne kompetentnosti	Purnell, L. D., 2012. Transcultural health care: A culturally competent approach. FA Davis, pp. 15–44.





AVTORJI	MODEL	PUBLIKACIJA
Papadopoulos, Tilki in Taylor	Model razvoja kulturne kompetentnosti po Papadopoulosovi, Tilkijevi in Taylorjevi	Papadopoulos, I., 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners. Elsevier, pp. 7–24.
Almutairi	Almutairijev model kritične kulturne kompetentnosti	Almutairi, A. F., Dahinten, V.S. and Rodney, P., 2015. Almutairi's Critical Cultural Competence model for a multicultural healthcare environment. Nursing inquiry, 22(4), pp. 317–325.

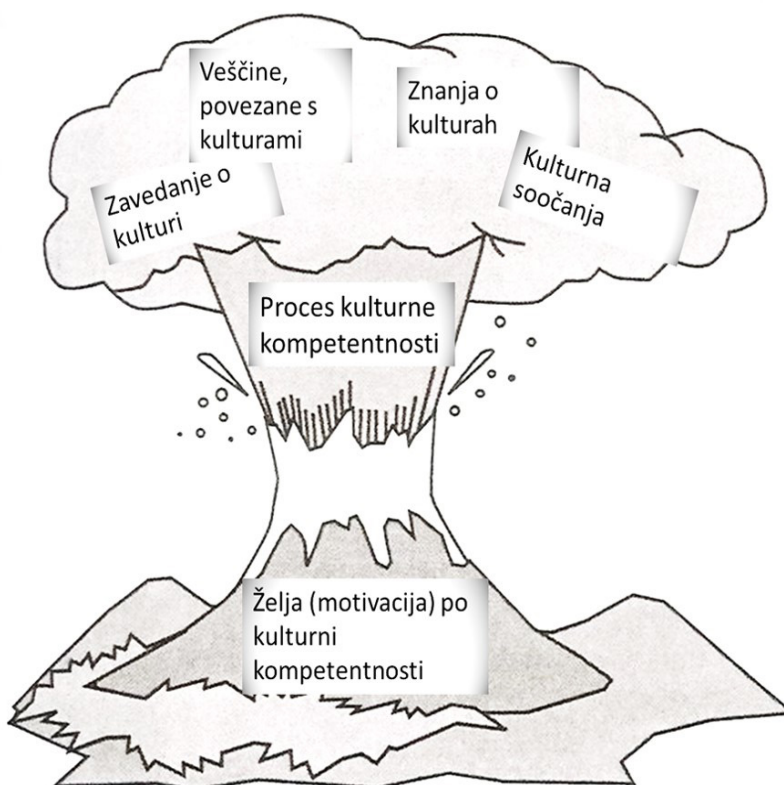
3.3 REZULTATI

Koncepti, povezani s samozavedanjem in refleksijo, so sprva opisani znotraj vsakega modela posamično, temu pa sledi primerjava modelov.

3.3.1 MODEL RAZVOJA KULTURNE KOMPETENTNOSTI PO CAMPINHA - BACOTEJEVI (CAMPINHA - BACOTE, 2003)

Campinha - Bacotejeva v svojem modelu ponazarja kulturno kompetentnost kot proces, simbolično primerljiv z vulkanom (slika 1).

Slika 1: Model razvoja kulturne kompetentnosti po Campinha - Bacotejevi (Campinha - Bacote, 2003)



Iskrena želja (ne prisila) zdravstvenega delavca, da postane kulturno kompetenten, sproži izbruh vulkana – proces kulturne kompetentnosti. V tem izbruhu – procesu se prepletajo zavedanje o kulturi, veščine in znanja, povezana z različnimi kulturami, ter soočenja z različnimi kulturami.

Zavedanje o kulturi definira Campinha - Bacote kot proces samorazumevanja in globinskega raziskovanja lastnega kulturnega ozadja. Ta proces zajema prepoznavanje lastne pristranskosti, predsodkov in predpostavk o tistih, ki so drugačni. Če se zdravstveni delavci ne zavedajo teh lastnosti, lahko nastane kulturna impozicija – tendenca, da kulturo vsiljujemo drugim z lastnimi prepričanji, vrednotami in vzorci obnašanja (Leininger, cited in Campinha - Bacote, 2003).

Avtorica navaja tudi, da zahteva zavedanje vseživljenjsko zavezo do kulturne odprtosti in kulturne skromnosti. Kulturno odprtost opredeljuje po Wengerju kot nenehno kulturno samozavedanje in kontinuiran razvoj transkulturnih veščin. Kulturno skromnost pa povzema po avtorjih Tervalonovi in Garcia kot vseživljenjsko zavezanost samoevalvaciji in samokritiki, usmerjeni v izboljševanje neravnovesja moči med izvajalci in prejemniki zdravstvene oskrbe.

Za boljše razumevanje dinamike samozavedanja navaja Campinha - Bacotejeva v razlagi svojega modela nekaj različnih konceptov razvoja lastne kompetentnosti. Eden izmed njih je psihološki kontinuum, ki poteka od nezavedne nekompetentnosti do nezavedne kompetentnosti (slika 2). Prehod med različnimi fazami kontinuumu ni mogoč brez samorazumevanja in refleksije.

Slika 2: Kontinuum kulturnega samozavedanja (Campinha – Bacote, 2003)



Avtorica modela se dotakne tudi rasizma kot pomembnega vprašanja, ki se mu zdravstveni delavci ne moremo izogniti in ki ga ne moremo v celoti prepoznati, če ne prepoznamo lastnih predsodkov in stereotipov.

Campinha- Bacote v svojem modelu prepozna pomembnost samorazumevanja in kritične refleksije kot pomembnega prvega koraka na poti h kulturni kompetentnosti. A opozarja, da le to ni dovolj, temveč da temelji kulturna kompetentnost na prepletanju vseh omenjenih komponent.

3.3.2 PURNELLOV MODEL KULTURNE KOMPETENTNOSTI (PURNELL, 2012)

Purnellov model kulturne kompetentnosti temelji na različnih predpostavkah, med katere spadajo:

- nobena kultura ni boljša od druge, med njimi so le razlike,
- vse kulture so si podobne po osnovnih značilnostih,
- razlike obstajajo tako med kulturami kot tudi v njih,
- kultura ima močan vpliv na razumevanje in odnos posameznika do zdravstva,
- vsak posameznik ima pravico do spoštovanja njegove osebnosti in kulturne pripadnosti,
- za izvajanje kulturno občutljive in kulturno kompetentne oskrbe potrebujejo izvajalci zdravstvene oskrbe splošne in specifične informacije o kulturah,
- pridobivanje znanj o kulturah je konstanten proces, na katerega vpliva soočanje z različnimi kulturami,
- predsodki in pristranskost se zmanjšujejo z razumevanjem kultur,
- za učinkovito zdravstveno oskrbo je potrebno razumevanje vrednot, prepričanj, odnosov in pogledov na svet, ki ga imajo različne skupine populacije, ter razumevanje individualnih vzorcev akulturacije,
- etnične in kulturne raznolikosti zahtevajo prilagoditve standardnih intervencij,
- kulturno zavedanje izboljšuje samozavedanje izvajalcev zdravstvene oskrbe,
- poklici in organizacije imajo lastno kulturo.

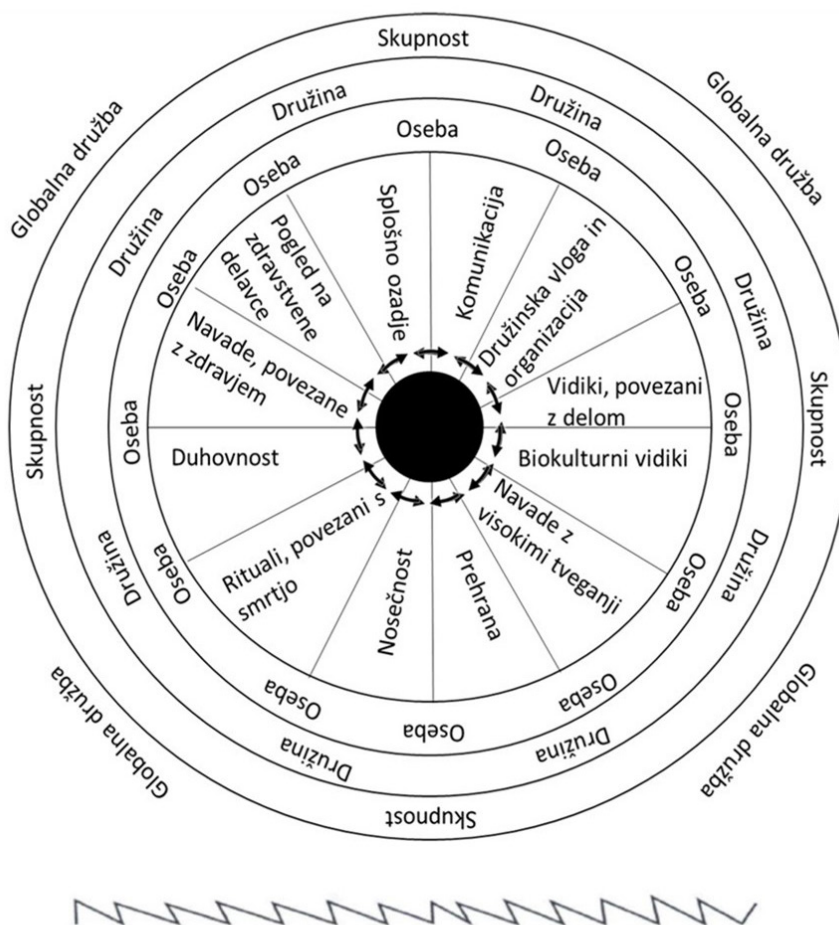


Purnellov model kulturne kompetentnosti je kompleksen holografski model, ponazorjen s krožnicami. Poenostavljen prikaz Purnellovega modela prikazuje slika 3. Zunanji rob krožnice predstavlja globalna družba, sledi krožnica, ki predstavlja skupnost, nato krožnica, ki predstavlja družino, ter krožnica, ki predstavlja posameznika. Ta obkroža krog, katerega središče je obarvano s črno barvo, kar predstavlja neznano. Notranjost kroga je razdeljena na dvanajst delov, ki ponazarjajo kulturne domene in njihove koncepte (značilnosti kulturnih skupin, kot so geografske značilnosti, komunikacija, družinske vloge in organizacija, zaposlitvene značilnosti, biokulturne ekološke značilnosti, tvegana obnašanja, prehrana, nosečnost, umiranje, duhovnost, zdravstvene navade in zdravstvena oskrba).

Kontinuum kulturnega zavedanja je v Purnellovem modelu sestavni del samega modela, prikazan na njegovem dnu z vijugasto črto. S tem avtor potrjuje pomen zavedanja.

Pomen samorazumevanja in kritične refleksije je v Purnellovem modelu zaznan preko nekaterih predpostavk, kot na primer da kulturno zavedanje izboljšuje samozavedanje izvajalcev zdravstvene oskrbe ter da imajo poklici in organizacije v zdravstvu lastno kulturo. V osrednjem delu modela zavedanje ni neposredno izpostavljeno, vendar pri razlagi modela avtor ob vsaki od dvanajstih domen navaja vprašanja, namenjena samorazumevanju in refleksiji.

Slika 3: Poenostavljen Purnellov model kulturne kompetentnosti (Purnell, 2012)



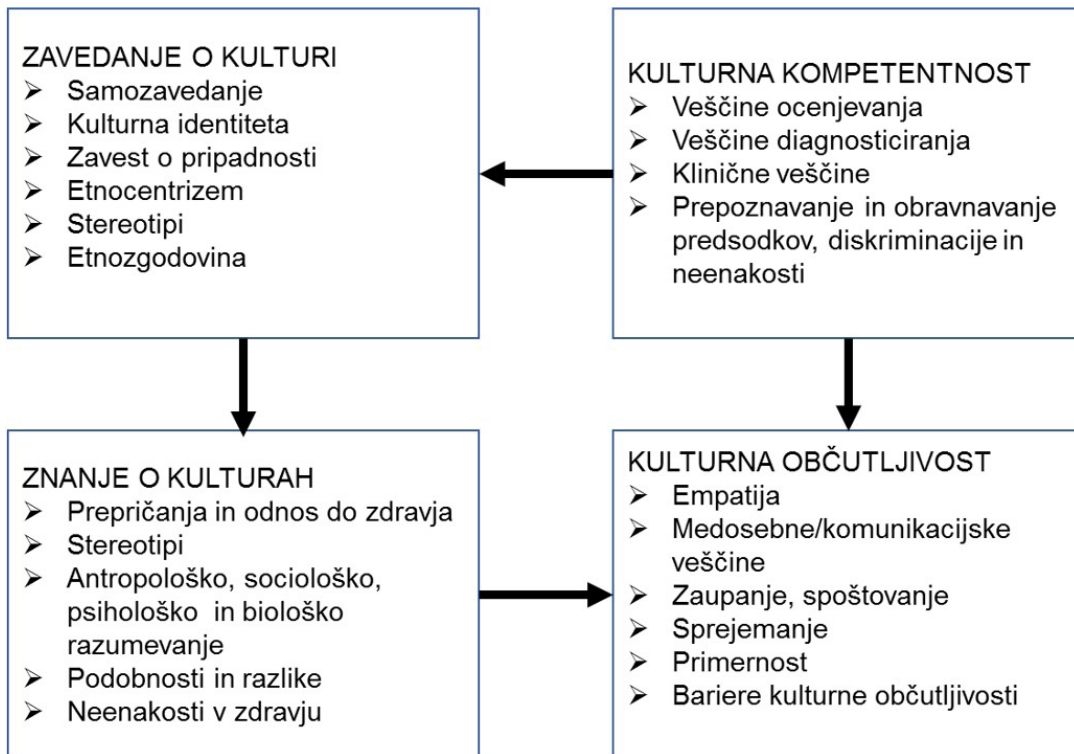
Nezavedna nekompetentnost – Zavedna nekompetentnost – Zavedna kompetentnost – Nezavedna kompetentnost



3.3.3 MODEL RAZVOJA KULTURNE KOMPETENTNOSTI PO PAPADOPOULOZOVI, TILKIJEMI IN TAYLORJEVI (PAPADOPOULOS, 2006)

Model avtoric Papadopoulosove, Tilkijeve in Taylorjeve temelji na vrednotah, kot so človeške pravice, sociopolitični sistemi, medkulturni odnosi, etika in skrb za druge. Sestavljen je iz štirih faz oziroma konstruktov – zavedanja o kulturi, znanja o kulturah, kulturne občutljivosti ter kulturne kompetentnosti (slika 4). Kljub temu da te faze stalno prehajajo ena v drugo, je zavedanje o kulturi navedeno kot prva faza kulturne kompetentnosti.

Slika 4: Model razvoja kulturne kompetentnosti po Papadopoulosovi, Tilkijevi in Taylorjevi (Papadopoulos, 2006)

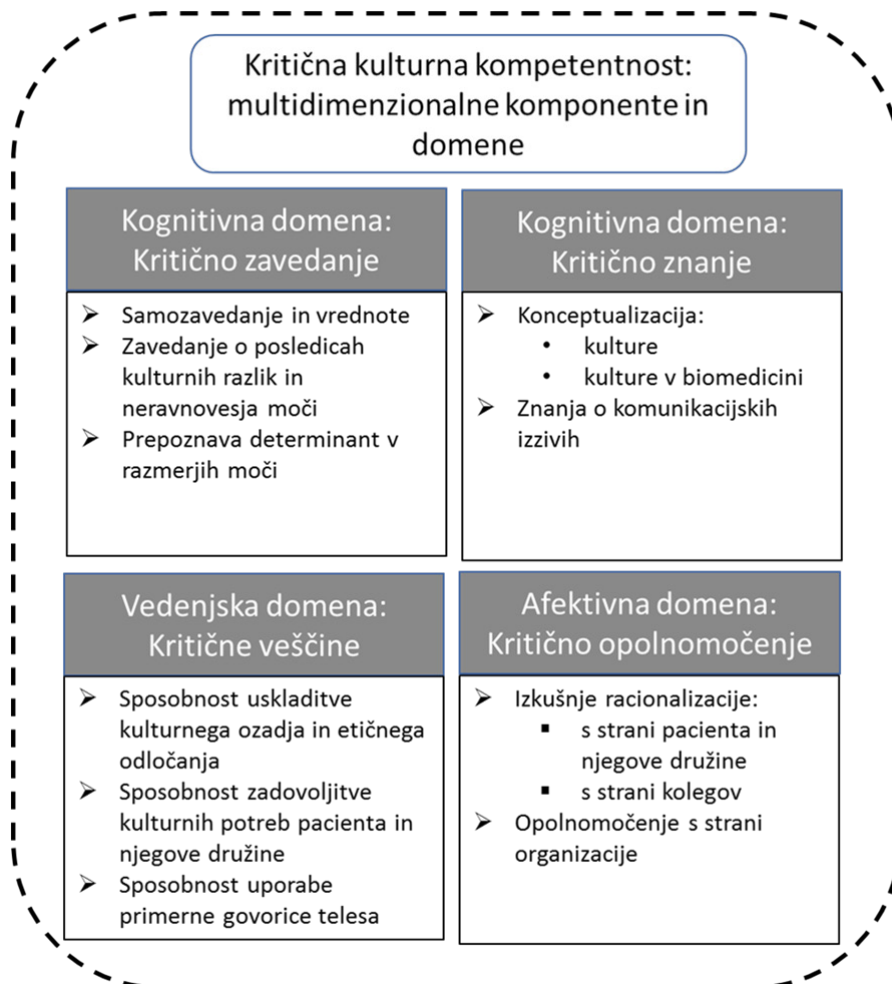


Zavedanje o kulturi se po navedbah avtoric začne s samopreučevanjem lastnih vrednot in prepričanj. Naše vrednote in prepričanja so namreč načela, ki jih uporabljamo kot vodila v življenju in ki vplivajo na naše odločitve in presojanja. So leča, skozi katero vidimo svet okoli sebe. Na njih vpliva mnogo dejavnikov – družina, socialno okolje, naša identiteta. Avtorji posebno opozorijo na stereotipe, ki obstajajo v naši podzavesti, ter na dejstvo, da obstajajo, kljub temu da se pogosto ne zavedamo njihovega obstoja. Nezavedna prepričanja vsekakor pomembno vplivajo na zdravstveno obravnavo ljudi in pogosto vodijo v etnocentrične odzive na kulturno raznolikost, ki se izražajo v nadrejenem odnosu lastne kulture do kulture drugih. To zopet narekuje potrebo po prepoznavanju lastnih kulturnih značilnosti, še preden poskušamo razumeti druge.

3.3.4 ALMUTAIRIJEV MODEL KRITIČNE KULTURNE KOMPETENTNOSTI

Almutairijev model kritične kulturne kompetentnosti (Almutairi, et al., 2015), temelji na vseživljenjskem prizadevanju, ki zahteva osebno angažiranje in tudi strateške smernice obravnave sociokulturnih determinant zdravja ter organizacijsko podporo. Sestavljajo ga štiri multidimenzionalne domene in komponente, ki so med seboj komplementarne (slika 5).

Slika 5: Almutairijev model kritične kulturne kompetentnosti (Almutairi, et al., 2015)



Almutairijev model naj bi pripomogel h kulturni varnosti v zdravstvu ter k obravnavi neenakosti v zdravstveni oskrbi. Na podlagi modela je razvito tudi orodje (Almutairi's Critical Cultural Competence Scale), ki meri 43 postavk znotraj vseh štirih domen.

Kritično zavedanje navajajo avtorji modela kot njegovo prvo esencialno komponento. Povezano je s prepoznavanjem in zavedanjem lastnih odnosov, vrednot ter razlik do drugih, kar je poimenovano kot kulturna leča, skozi katero opazujemo svet, ki ne sme predstavljati edinega načina opazovanja sveta. Kritično zavedanje vsebuje poddomene: zavedanje o kulturnih razlikah, lastnih vrednotah, zavedanje o možnih posledicah raznolikosti (izgredi, konflikti) ter zavedanje o socialnih determinantah v razmerjih moči. Kritično zavedanje zahteva samorefleksijo ter predstavlja proces, v katerem se zdravstveni delavec pripravi za soočanje z raznolikimi verovanji, normami ter odnosi v zdravstveni oskrbi. Kritično zavedanje vpliva pozitivno tako na dobrobit zdravstvenega delavca kot tudi na dobrobit pacienta ter prispeva k enakosti in opolnomočenju v zdravstveni oskrbi. Kritično zavedanje predstavlja kognitivno komponento, ki se dopolnjuje s kritičnim znanjem, poleg tega pa še s kritičnimi veščinami kot vedenjsko komponento ter s kritičnim opolnomočenjem kot afektivno komponento.

3.3.5 PRIMERJAVA MODELOV

Primerjava modelov glede na koncept zavedanja je navedena v tabeli 2.

Tabela 2: Primerjava konceptov (samo)zavedanja in refleksije v različnih modelih kulturne kompetentnosti

Model(avtor)	Campinha- Bacote	Purnell	Papadopoulos, Tilki in Taylor	Almutairi
Značilnosti				
Navedba zavedanja v modelu	da, neposredno, bistven del modela	da, posredno, dno modela	da, neposredno, bistven del modela	da, neposredno, bistven del modela
Definiranje zavedanja in refleksije v razlagi modela	prva faza: proces samorazumevanja in globinskega raziskovanja lastnega kulturnega ozadja	predpostavka – nima posebne opredelitve	prva faza: samo-preučevanje lastnih vrednot, prepričanj in kulturnih značilnosti	prva faza: kritično prepoznavanje in zavedanje lastnih odnosov, vrednot ter razlik do drugih
Pomembnejši pojmi v razlagi modela, povezani z zavedanjem	kulturna odprtost, kulturna skromnost, kulturna impozicija, predsodki, stereotipi, etnocentrizem	nezavedna nekompetentnost, zavedna nekompetentnost, zavedna kompetentnost, nezavedna kompetentnost	predsodki, stereotipi, entocentrizem	kognitivna domena, kulturna varnost, kritično zavedanje
Posebnost modela	želja – motivacija je opredeljena kot predpogoj zavedanja oz. procesa	model vsebuje kontinuum kulturnega zavedanja	poudarja iskanje nezavednih stereotipov	opozarja na zavedanje o razmerjih moči in na posledice kulturnih razlik, kot so izgredi in konflikti

Iz primerjave lahko ugotovimo, da je koncept zavedanja v teoretičnih modelih kulturne kompetentnosti v zdravstvu opredeljen kot osnova ali prvi korak na poti h kulturni kompetentnosti. Model po Campinha Bacote izstopa glede na predpogoj, željo oziroma motivacijo kot predpogoj za celoten proces razvoja kulturne kompetentnosti, v katerem je prvi korak zavedanje.

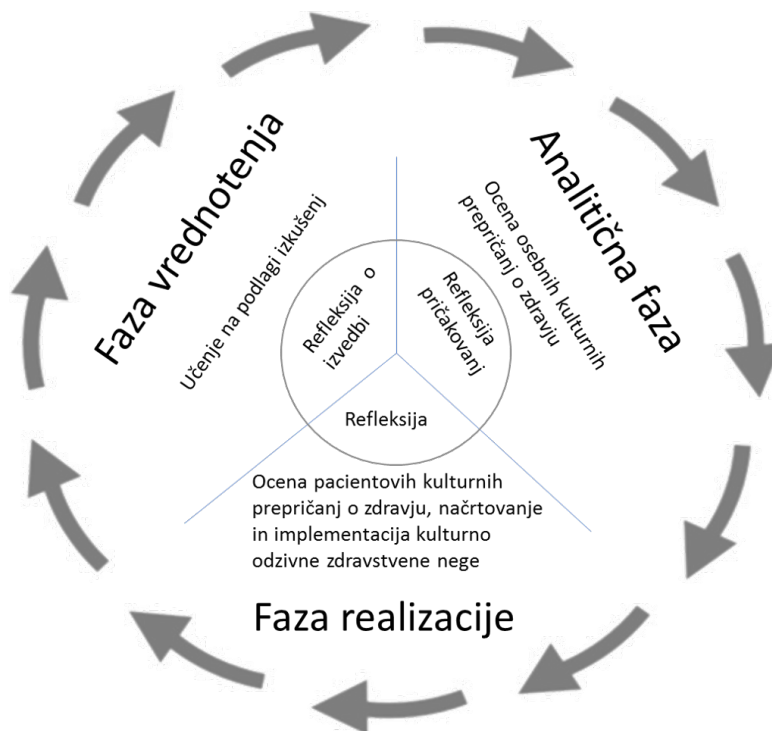
Nekoliko izstopa le Purnellov model, ki tega koncepta ne navaja neposredno v osrednjem modelu, ampak posredno, s prikazom kontinuuma zavedanja na dnu modela. Vendar tudi ta model že v predpostavkah, iz katerih izhaja, navaja zavedanje kot pomembno predpostavko.

4 RAZPRAVA

Koncept samozavedanja in refleksije ima v preučevanih teoretičnih modelih kulturne kompetentnosti pomembno vlogo kot temelj ali prvi korak na poti h kulturni kompetentnosti. Tega se zavedajo tudi nekateri visokošolski učitelji v dodiplomskih študijskih programih zdravstvene nege, ki so razvili orodja za izobraževanje kulturne kompetentnosti z močnim poudarkom na refleksiji. Tako je Chambers s sodelavci razvil reflektivni model kulturnega zavedanja (slika 6). Glavni namen modela je promocija izobraževanja v zdravstveni negi, ki zagotavlja boljšo zdravstveno oskrbo kulturnih skupin, namesto izobraževanja, ki mu ne uspe razbiti etnocentrizma in kulturnih stereotipov (Chambers, et al., 2012).



Slika 6: Reflektivni model kulturnega zavedanja (Chambers, et al., 2012)



Tudi Garneaujeva je opredelila okvir dodiplomskega izobraževanja na področju kulturnih kompetenc v zdravstveni negi, ki je naravnana na reflektivno prakso, s posebnim poudarkom na celostni refleksiji o zahodnih socialnih in kliničnih praksah ter o vlogi izvajalcev zdravstvene nege v odpravi neenakosti v zdravstvu (Garneau, 2016). Skupina ameriških avtorjev je izdala standarde prakse kulturno kompetentne zdravstvene nege, v katerih navajajo kritično refleksijo kot standard št. 2. Glede na ta standard mora izvajalec zdravstvene nege opravljati kritično refleksijo o lastnih vrednotah, prepričanjih in kulturni dediščini, da se lahko zaveda, kako te lastnosti vplivajo na zagotavljanje kulturno kongruentne zdravstvene nege (Douglas, et al., 2011). Nekateri ugotovitve kažejo, da praksa vendarle ne sledi teoretičnim ugotovitvam in priporočilom. Raziskavi, ki ugotavljajo vlogo samozavedanja na področju kulturnih kompetenc, je malo (Jongen, et al., 2018). Truong s sodelavci je v sistematični analizi preglednih člankov s področja kulturnih kompetenc ugotovil, da le štirje od devetnajstih člankov obravnavajo koncept samozavedanja in refleksije (Truong, et al., 2014). Tako kljub ugotovitvam o pomenu samozavedanja in kritične refleksije velja, da je tudi v današnjem času težišče prizadevanj v pridobitvi kulturnih kompetenc kultura drugih (Burgess, 2011) ter da prepogosto ne obravnavamo prepričanja, motivov in predsodkov zdravstvenih delavcev, ki prispevajo k neenaki obravnavi pacientov (Tilburt, 2010; Truong, et al., 2014).

Posledice pomanjkljivega samozavedanja se kažejo tudi na področju meritve kulturnih kompetenc. Najpogostejša metoda merjenja kulturnih kompetenc je namreč samoocena lastne kompetentnosti (Gozu, et al., 2007), ki je ena izmed metod kritične refleksije (Smith, 2011). Ugotovljeno je, da je ta metoda zelo nezanesljiva (Gozu, et al., 2007), da so dobri rezultati samoocenjevanja pogosto povezani s slabim zavedanjem o kulturni kompetentnosti (Kumas -Tan, et al., 2007) ter da se pogosto najbolje ocenijo tisti, ki so najmanj kulturno kompetentni (Davis, et al., 2006). Zdravstveni delavci po eni strani pogosto vidijo in prepoznajo neenako obravnavo pacientov pri svojih kolegih, a po drugi strani le redko priznajo, da se to dogaja tudi v lastni praksi (Halbwachs & Zurc, 2016; Jongen, et al., 2018). Razloge za neenako obravnavo vidijo predvsem pri pacientih, mnogo redkeje pri izvajalcih zdravstvene oskrbe (Jongen, et al., 2018). Zato raziskovalci opozarjajo, da so za ocenjevanje kulturne kompetentnosti potrebna objektivnejša orodja (Truong, et al., 2014).

Večina teoretičnih modelov opozarja na pomembnost identifikacije predsodkov in stereotipov pri zdravstvenih





delavcih. Dokazano je, da na mnogo različnih načinov vplivajo na neenako obravnavo v zdravstvu (Balsa & McGuire, 2003; Dovidio & Fiske, 2012). Vplivajo na obnašanje zdravstvenih delavcev do pacientov, terapijske in diagnostične odločitve, komunikacijo, vključevanje pacienta v zdravstveno oskrbo, njegovo sodelovanje in upoštevanje nasvetov ter na zaupanje pacienta v zdravstvene delavce (Jongen, et al., 2018).

Pri tem je najbolj problematično, da obstajajo ti predsodki pogosto globoko v podzavesti, na nezavedni ravni. Temu sta avtorja Banaji in Greenwald posvetila knjigo »Slepa pega« s podnaslovom »Skriti predsodki dobrih ljudi«. V njej navajata veliko primerov ljudi različnih poklicev, tudi zdravstvenih delavcev, ki so bili prepričani, da nimajo predsodkov na določenih področjih. A s psihološkimi testi implicitne asociacije se je izkazalo, da predsodki v njihovi podzavesti vendarle obstajajo (Banaji & Greenwald, 2016). Ta dognanja kažejo, da imata v boju s predsodki in stereotipi tudi samozavedanje in kritična refleksija omejitve. Tega se zavedajo tudi v Zbornici zdravstvene nege v Ontariu v Kanadi. V tej zbornici poudarjajo pomen samoocene in kritične refleksije, saj na njej temelji vsakoletno podaljšanje licence. Izvajalci zdravstvene nege morajo vsako leto kritično samooceni svojo prakso in potrebo po pridobivanju znanj ter na podlagi le-te ocene opredeliti učne potrebe in izdelati lastni učni načrt za prihodnje obdobje. Pomemben in obvezen del kritične refleksije in samoocene je poleg lastne refleksije tudi pogovor s kolegi in pridobitev njihovega mnenja (CNO, 2018).

Skupina avtoric, ki je sodelovala pri pripravi prvega slovenskega priročnika za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev v Sloveniji, je opozorila na nekaj pasti razvoja kulturnih kompetenc, med njimi tudi na nevarnosti, da z »recepti« ravnanja z določenimi kulturnimi skupinami okrepimo stereotipe. Kot prednost poznega razvoja tega področja v Sloveniji navajajo možnost, da se učimo iz tujih izkušenj in se tem pastem izognemo (Jelenc, Keršič Svetel, Lipovec Čebren, cited in Bofulin, et al., 2016).

5 ZAKLJUČEK

Samozavedanje in kritična refleksija imata pri pridobivanju in negovanju kulturnih kompetenc pomembno vlogo. Kljub osrednji vlogi teh konceptov v teoretičnih modelih kulturne kompetentnosti podatki kažejo, da v vizobraževanju, praksi in tudi raziskovanju to področje ni dovolj zastopano. Težišče pridobivanja kulturne kompetentnosti se mora preusmeriti iz zgolj spoznavanja drugih kultur v spoznavanje lastnega kulturnega ozadja, vrednot ter odnosov. Kultura v zdravstvu mora postati samoreflektivna, odprta ter nearogantna (Tilburt, 2010), saj se lahko le tako zmanjša negativna vloga zdravstvenih delavcev glede neenakosti v zdravstveni obravnavi.





POVZETEK POGLAVJA

Učinkovita zdravstvena obravnava kulturno in socialno raznolikih skupin v zdravstvu je pogojena s kulturno kompetentnostjo zdravstvenih delavcev. Razvoj kulturne kompetentnosti je dolgotrajen in nikoli povsem zaključen proces, ki ni mogoč brez zavedanja ljudi o lastnem kulturnem ozadju ter brez kritične refleksije do lastnih odnosov.

S pregledom literature smo identificirali štiri vidnejše teoretične modele kulturne kompetentnosti v zdravstvu. Koncepte, povezane s samozavedanjem, smo nato opisno identificirali znotraj posameznih modelov ter jih s komparativno metodo primerjali med seboj.

Vsi štirje teoretični modeli kulturne kompetentnosti v zdravstvu prepoznavajo samozavedanje in refleksijo kot pomemben element procesa razvoja kulturnih kompetenc, ali znotraj modela ali v razlagi modela. Le en model identificira željo – motivacijo kot predpogoj za samozavedanje, drugi model pa identificira samozavedanje že kot predpostavko, iz katere izhaja kulturna kompetentnost.

Kljub pomembnemu in vidnemu mestu samozavedanja in refleksije v teoretičnih modelih kulturne kompetentnosti so ti koncepti tako pri izobraževanju kot tudi v praksi premalo zastopani. To potrjujejo mnoge raziskave, med katerimi so tudi raziskave o zanesljivosti samovrednotenja kot orodja za merjenje ravni kulturne kompetentnosti. Za zagotavljanje enakosti v zdravstveni obravnavi se je treba bolj osredotočiti na samozavedanja in kritično refleksijo tako v izobraževanju in praksi kot tudi v raziskovanju kulturne kompetentnosti.

Ključne besede: samozavedanje, kritična refleksija, kulturne kompetence, teoretični modeli.

SUMMARY OF THE CHAPTER

SELF-AWARENESS AND CRITICAL REFLECTION IN HEALTH CARE CULTURAL COMPETENCE MODELS

Effective health care of culturally and socially diverse community requires cultural competence of health care providers. The development of cultural competence is a lifelong and never-ending process, which is not possible without awareness of own cultural background and without critical reflection on own attitudes, beliefs, values and actions.

Four prominent theoretical models of cultural competence in health care were identified by literature review. Within each model, concepts related to self-awareness and critical reflection were described and differentiated by comparative method.

All four theoretical cultural competence models recognize self-awareness and reflection as an important element of cultural competence development, either inside the model or in its description. Only one model identifies desire as antecedent for self-awareness, and one model identifies self-awareness as one of the assumptions, on which the model leans.

Despite the prominent and important role of self-awareness and reflection in the theoretical models of cultural competence, the data shows that these concepts are not well represented in the education, practice and research in health care. This can also be seen in the research on the reliability of the cultural competence self-evaluations as a tool for cultural competence measurement. To achieve equity in health care and reduce disparities, it is imperative that provide more focus on self-awareness and reflection in education, practice and in the research of cultural competence.

Key words: self-awareness, critical reflection, cultural competence, theoretical models.



LITERATURA IN VIRI

1. Anderson, L. M., Scrimshaw S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., 2003. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3S), pp. 68–79.
2. Almutairi, A. F., Dahinten, V. S. and Rodney, P., 2015. Almutairi's Critical Cultural Competence model for a multicultural healthcare environment. *Nursing inquiry*, 22(4), pp. 317-325.
3. Balsa, A. I. and McGuire, T. G., 2003. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of health economics*, 22(1), pp. 89–116.
4. Banaji, M. R. & Greenwald, A. G., 2016. *Blind spot- hidden biases of good people*. New York: Bantam Books.
5. Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebtron, U., et al., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni Inštitut za javno zdravje.
6. Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., et al., 2016. *Improving cultural competence to reduce health disparities*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, (Comparative Effectiveness Review No. 170).
7. Bramer, W. M., Giustini, D. & Kramer, B. M., 2016. Comparing the coverage, recall, and precision of searches for 120 systematic reviews in Embase, MEDLINE, and Google Scholar: a prospective study. *Systematic reviews*, 5(1), pp. 39–46.
8. Burgess, D. J., 2011. Addressing racial healthcare disparities: how can we shift the focus from patients to providers? *Journal of general internal medicine*, 26(8), pp. 828–830.
9. Campinha- Bacote, J., 2003. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services, A culturally competent model of care*. Cincinnati: Transcultural Care Associates.
10. Capell, J. & Dean, E., 2007. Cultural competence in healthcare: Critical analysis of the construct, its assessment and implications. *Journal of Theory Construction & Testing*, 11(1), pp. 30–37.
11. Chambers, D., Thompson, S. & Narayanasamy, A., 2012. Engendering cultural responsive care: a reflective model for nurse education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), pp. 70–81.
12. CNO (College of nurses of Ontario). 2018. *Self Assessment*. Available at: <http://www.cno.org/en/myqa/self-assessment/> [7. 5. 2018]
13. Cross, T. L., 1989. Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed. Available at: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf> [4. 5. 2017].
14. Davis, D. A., Mazmanian, P. E., Fordis, M., Van Harrison, R. T. K. E., Thorpe, K. E. and Perrier, L., 2006. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 296 (9), pp. 1094–1102.
15. Douglas, M. K. & Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar - Pollara, M., et al., 2011. Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), pp. 317–333.
16. Dovidio, J. F. & Fiske, S. T., 2012. Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *American journal of public health*, 102(5), pp. 945–952.
17. Duffy, A., 2007. A concept analysis of reflective practice: Determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, 16(22), pp. 1400 - 1407
18. Garneau, A. B., 2016. Critical reflection in cultural competence development: A framework for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 55(3), pp. 125–132.
19. Gehanno, J. F., Rollin, L. & Darmoni, S., 2013. Is the coverage of Google Scholar enough to be used alone for systematic reviews. *BMC medical informatics and decision making*, 13(1), pp. 7–16.
20. Goulet, M. H., Larue, C. & Alderson, M., 2016. Reflective practice: A comparative dimensional analysis of the concept in nursing and education studies. *Nursing forum*, 51(2), pp. 139–150.
21. Gozu, A., Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K., Palacio, A., et al., 2007. Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: a systematic review. *Teaching and Learning in Medicine*, 19(2), pp. 180–190.
22. Gregg, J., & Saha, S., 2006. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*, 81(6), pp. 542–547.
23. Halbwachs, H. K., & Zorc, J. 2016. Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. Filej, B. ed. *Družba in znanost v celostni skrbi za človeka: zbornik prispevkov z*



recenzijo. 4. mednarodna znanstvena konferenca, 11.-12.3.2016. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 60-68.

24. Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., et al., 2015. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *American journal of public health*, 105(12), pp. e60–e76.
25. Harzing, A. W. & Alakangas, S., 2016. Google Scholar, Scopus and the Web of Science: a longitudinal and cross-disciplinary comparison. *Scientometrics*, 106(2), pp. 787–804.
26. Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R. & Clifford, A., 2018. *Cultural Competence in Health: A review of evidence*. Singapore: SpringerBriefs in Public Health.
27. Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A. & Frank, B., 2007. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), pp. 548–557.
28. Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S., 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja. *Etnolog* 25, pp. 89–111.
29. Napier, D. A., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chatterjee, H. et al., 2014. Culture and Health. *The Lancet*, 384, pp. 1607–1639.
30. Papadopoulos, I., 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*, Elsevier, pp. 7–24.
31. Purnell, L. D., 2012. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: FA Davis Company.
32. Saha, S., Beach, M. C. & Cooper, L. A., 2008. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), pp. 1275–1285.
33. Smith, E., 2011. Teaching critical reflection. *Teaching in Higher Education*, 16(2), pp. 211–223.
34. Snyder, M., 2014. Emancipatory knowing: Empowering nursing students toward reflection and action. *Journal of Nursing Education*, 53(2), pp. 65–69.
35. Taylor, J. S., 2003. Confronting “culture” in medicine’s “culture of no culture”. *Academic Medicine*, 78(6), pp. 555–559.
36. Teekman, B., 2000. *Exploring reflective thinking in nursing practice*. *Journal of advanced nursing*, 31(5), pp. 1125–1135.
37. Tilburt, J. C., 2010. The role of worldviews in health disparities education. *Journal of general internal medicine*, 25(2), pp. 178–181.
38. Truong, M., Paradies, Y. and Priest, N., 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research*, 14(1), pp. 99, pp. 1-17. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589335> [31.8.2017]
39. Unesco World Report. 2009. *Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue*. Paris: UNESCO Publishing. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf> [7. 5. 2017].







KULTURNA KOMPETENTNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

viš. pred. Helena Kristina Halbwachs

1 UVOD

Vsakodnevno srečevanje s kulturno raznolikostjo je značilnost sodobnih družb (Benet - Martinez & Hong, 2014). Te postajajo »talilni lonec«, kar predstavlja sinonim za mešanje različnih kultur, tradicij ter vrednot, v njem je treba poskrbeti za vključenost, razumevanje ter spoštovanje kulturnih, jezikovnih in verskih različnosti vseh ljudi (Križman, 2009). Razlogov za vse večjo kulturno raznolikost je veliko. Na eni strani so vzrok tega migracije zaradi globalizacije, vojn, neustreznih življenjskih okoliščin in podnebnih sprememb (Unesco, 2009), na drugi strani na to vse bolj vpliva individualizacija družbe (Verkuyten, 2014), ki predstavlja potrebe posameznikov po individualnem življenjskem slogu, po pravici do zasebnosti in pravici do svojega mnenja (Hofstede, 2011).

Kulturna raznolikost prinaša s seboj mnoge prednosti, a tudi izzive in kritike (McMillan - Capehart, 2005). Po eni strani bogati družbo, a po drugi strani lahko izzove negativne pojave, kot so stereotipi, rasizem, netolerantnost, diskriminacija in nasilje, kar se dogaja tudi v Sloveniji (Križman, 2009; Bajt, 2015; Bajt, 2016).

Kulturna raznolikost predstavlja poseben izziv tudi za zdravstvo. Strokovnjaki zatrjujejo, da je po vsem svetu ravno sistematično zanemarjanje vpliva kulture na zdravje največja ovira za doseganje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe (Napier, et al., 2014).

Zdravstveno oskrbo v državah zagotavljajo zdravstveni sistemi. Človeka spremljajo od rojstva do smrti, s čimer nosijo ključno in kontinuirano odgovornost za njegovo zdravje (WHO, 2000). Pomembni komponenti vsakega zdravstvenega sistema sta njegova odzivnost na pričakovanja prebivalcev ter njegova pravičnost – lastnost, da se odziva na pričakovanja vseh prebivalcev enako dobro, brez diskriminacije (WHO, 2000). A ti komponenti lahko zagotavljajo le zdravstveni sistemi, ki so kulturno kompetentni (Anderson, et al., 2003). Zahteva po kulturno kompetentnem zdravstvenem sistemu ni nadstandardna, temveč temelji na osnovnih človekovih pravicah in socialni pravičnosti, kar bi moralo predstavljati tudi temelje sodobne družbe (Douglas, et al, 2014).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 RAZUMEVANJE KULTURE V ZDRAVSTVU

Pojem kultura ima mnogo pomenov. V vsakdanjem življenju je ta izraz pogosto povezan z umetniškim udejstvovanjem ali ga uporabljamo kot sinonim za označevanje etnične pripadnosti (Bofulin, et al., 2016). V strokovni literaturi označuje kultura zelo raznolik pojem, saj obstaja zanjo več kot 100 različnih definicij (Baldwin & Lindsley, 1994, cited in Castro, et al., 2010). Odvisne so od raziskovalnega področja (antropologije, sociologije, psihologije, jezikoslovja, ekonomije) (Dahl, 2004) in tudi od same kulturne sredine, ki jo definira, ter od časa, v katerega je kultura umeščena (Jongen, et al., 2018). Kljub razlikam je vsem definicijam skupno, da je kultura opredeljena kot abstraktna entiteta številnih vedenjskih vzorcev, vrednot in drugih človeško ustvarjenih konceptov, ki predstavljajo celoto (Dahl, 2004).

Tudi v zdravstvu je pojmovanje kulture večplastno. Vrsto let je bila dojeta kot nekaj, kar je omejeno na etničnost (Butler, et al., 2016), ali kot nekaj, kar je le osebna stvar posameznika in njegovih bližjih (Bofulin, et al., 2016). Danes v zdravstvu prevladuje mnogo širše razumevanje kulture, saj jo opredelijo kot integrirane vzorce človeškega obnašanja, ki vključujejo jezik, razmišljanje, komunikacijo, delovanje, navade, prepričanja in vrednote. Nanaša se na posameznika in tudi na različne etnične, verske ali socialne skupine ter institucije (Office of Minority Health, 2013).



Pri razumevanju kulture v zdravstvu je potrebna previdnost, saj je pogosto preveč poenostavljena (Jongen, et al., 2018). Kultura ni homogena – vsak posameznik je vpel v veliko heterogenih kulturnih vplivov. Posledica poenostavljenega pojmovanja kulture, predvsem pa enačenja kulture z etničnostjo, so stereotipi in predsodki (Jongen, et al., 2018).

Poudariti je treba, da tudi uradna medicina in njene institucije predstavljajo specifično kulturo, saj nobena praksa ni kulturno nevtralna, temveč vedno vpeta v okolje, v katerem obstaja (Bofulin, et al., 2016). Tudi na raziskovanje kulturne kompetentnosti v zdravstvu vplivata kultura in občutljivost raziskovalcev do kulturnih razlik (Resnicow, et al., 2000).

2.1 KULTURNA KOMPETENTNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Podobno kot obstaja mnogo različnih definicij pojma kultura, obstaja tudi mnogo različnih definicij pojma kulturna kompetentnost in z njim povezanih pojmov. Enotnega soglasja o definiciji kulturne kompetentnosti v zdravstvu ni, kar je rezultat in obenem dejavnik kompleksnosti področja (Jongen, et al., 2018).

Kulturno kompetentnost v okviru zdravstvenega sistema je v znanstveni monografiji prvi opredelil Cross s sodelavci leta 1989. Definiral jo je kot skupek skladnih vedenj, odnosov ter načel, prisotnih v sistemu, pa tudi v organizaciji ali pri izvajalcih, ki omogočajo, da ta sistem, organizacija ali izvajalci učinkovito delujejo v medkulturnih situacijah. Navedel je, da kulturno kompetenten sistem na vseh ravneh upošteva in integrira pomen kulture, ocenjuje medkulturne relacije, se zaveda dinamike medkulturnih razlik, širi tovrstno znanje in prilagaja storitve specifičnim, iz kulture izhajajočim potrebam (Cross, et al., 1989).

Kasneje so se mnogi avtorji osredotočili predvsem na kulturne kompetence kot lastnost zdravstvenih delavcev, da izvajajo kulturno kompetentno oskrbo. Ena izmed najpogostejših definicij kulturnih kompetenc, ki se je pojavila tudi v prvem slovenskem priročniku za razvijanje kulturnih kompetenc z naslovom »Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba«, opredeljuje le-te kot »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo« (Berkeley Diversity, 2015, cited in Bofulin, et al., 2016). Ta definicija se nanaša, kot je razvidno iz besedila, le na posameznike. Vendar kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev ni dovolj za kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo, čeprav je v praksi temu posvečenih največ ukrepov (Bhui, et al., 2007). Usposabljanje zdravstvenih delavcev brez spremljajočih sistemskih in organizacijskih ukrepov za izboljšanje kulturnih kompetenc ne more zagotoviti želenih uspehov, saj je to le del kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema (Betancourt, et al., 2003). Dokazano je tudi, da med kulturnimi kompetencami zdravstvenih delavcev ter celotno kulturno kompetentnostjo sistema ter organizacij obstaja močna povezava. Zavezanost sistema/organizacije k spoštovanju raznolikosti in nudenju kulturno kompetentne oskrbe vpliva na kulturne kompetence zdravstvenih delavcev in obratno (Truong, et al., 2014).

Razvoj kulturne kompetentnosti je možen le znotraj zdravstvenega sistema, ki prepoznava pomanjkljivosti in je motiviran za izboljšanje storitev v skladu s kulturnimi potrebami (Cross, et al., 1989). Pripravljenost sistema na kulturno kompetentnost se kaže z njegovimi odzivi na kulturno raznolikost. Cross s sodelavci (1989) je opisal naslednje možne odzive:

- Kulturna destruktivnost: Odnosi, stališča in praksa so destruktivni do različnih kulturnih skupin. Značilen je kulturni genocid – namensko uničevanje določene kulture.
- Kulturna nezmožnost: Za sistem je značilna prisotnost predsodkov in diskriminacije. Določene skupine in pripadajoči posamezniki veljajo za manjvredne.
- Kulturna slepota: V sistemu vlada prepričanje, da je raznolikost zanemarljiva, da se morajo posamezniki iz drugih kulturnih ozadij prilagajati sistemu in da je enakost zagotovljena.
- Kulturna predkompetentnost: Sistem se začne zavedati pomanjkljivosti, pojavijo se prve izboljšave in pridobivanje znanja, sistem se začne pomikati proti kulturni kompetentnosti.
- Kulturna kompetentnost: Značilna je pozitivna naravnost in spoštovanje različnosti, samoevalvacija, zavezanost k razumevanju in upoštevanju različnosti.





- Napredna kulturna kompetentnost oz. kulturna zadostnost: sistem je osredotočen na kulturno raznolikost, vlaga v znanje in raziskave, je zagovornik kulturnih kompetenc ter izboljšanih odnosov v celotni družbi. Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema zahteva tudi zrelost in pripravljenost drugih prepletajočih sistemov in celotne družbe. Prizadevanja v tej smeri morajo potekati na vseh ravneh, prav tako tudi med njimi (NTAC & NASMHPD, 2004). Zato je pomembno, da se pri razvoju kulturnih kompetenc zdravstvenega sistema upoštevajo in vključijo tudi predstavniki drugih sistemov, predvsem socialnega in šolskega sistema, pa tudi finančnega in političnega sistema, ter da je razvoj kulturne kompetentnosti tudi cilj celotne družbe (Napier, et al., 2014; Jongen, et al., 2018).

Betancourt s sodelavci (2003) je podrobneje opredelil ravni, na katerih se izraža kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema. Kot organizacijsko kulturno kompetentnost je opredelil raven, osredotočeno na zagotavljanje in negovanje kulturne raznolikosti zdravstvenih delavcev in vodstva. Naslednja raven je sistemska kulturna kompetentnost, ki je osredotočena na strukturne procese zdravstvene oskrbe in vsebuje strateške ukrepe, kot so specifični projekti za zagotavljanje kakovostne kulturno kompetentne oskrbe, zagotavljanje prisotnosti tolmačev in kulturnih mediatorjev, razvijanje kulturno in jezikovno primernih edukacijskih materialov ter ustvarjanje mehanizmov za samoocenjevanje in zbiranje povratnih informacij. Kot tretjo raven je opredelil klinično kulturno kompetentnost, ki je osredotočena na omogočanje in zagotavljanje pridobivanja kulturnih kompetenc izvajalcev zdravstvene oskrbe. Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema in njegovih organizacij se mora torej izražati v organizacijskih vrednotah, vodenju, načrtovanju, evalvaciji, komunikaciji, razvoju kadrov, organizacijski strukturi ter storitvah (Kirmayer, 2012).

Kot omenjeno je za kulturno kompetenten zdravstveni sistem značilno kontinuirano vrednotenje le-tega (Betancourt, et al., 2003). Vrednotenje je bistveno za ugotavljanje obsega integracije kulturnih kompetenc v vsakdanjo prakso na vseh ravneh delovanja sistema (Castillo & Guo, 2011). Kulturna kompetentnost se tako pri posameznikih kot tudi pri organizacijah najpogosteje meri s samovrednotenjem (Gozu, et al., 2007), vendar mnogi avtorji zaradi neobjektivnosti tovrstnega vrednotenja priporočajo večdimenzionalno merjenje kulturne kompetentnosti. Predvsem je priporočljiva kombinacija kvantitativnih in kvalitativnih metod, kot so npr. neposredno opazovanje z udeležbo in analiza dokumentacije (Bowen, 2008, Fantini, 2009) ali sodelovanje zunanjih strokovnih profesionalnih ocenjevalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev (The Lewin Group, 2002).

Kljub dokazom o pomembnosti kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema obstaja na tem področju še veliko nejasnosti. Vzrok za to so v veliki meri težave v primerljivosti raziskav, povezane s pomanjkanjem enotnih definicij (Jongen, et al., 2018). Poleg potrebe po enotnih definicijah obstaja na področju kulturne kompetentnosti zdravstvenih sistemov tudi mnogo drugih raziskovalnih potreb, med drugim preučevanje vplivov različnih kulturno kompetentnih intervencij na konkretne zdravstvene izide, na izkušnje in doživetja uporabnikov zdravstvenih storitev ter na kakovost zdravstvene oskrbe (Jongen, et al., 2018).

3 RAZISKAVA

3.1 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Glede na teoretične ugotovitve, da se kulturna kompetentnost v zdravstvenem sistemu izraža na organizacijski, sistemski in klinični ravni, ter glede na lastna opažanja, da se v slovenski literaturi pojavljajo predvsem članki s področja klinične ravni (kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev), sem si zastavila naslednje raziskovalno vprašanje:

Ali v slovenskem prostoru obstajajo raziskave, ki se nanašajo na sistemsko in/ali organizacijsko kulturno kompetentnost zdravstvenega sistema, in kakšne so njihove ugotovitve?

3.2 METODOLOGIJA

Na raziskovalno vprašanje sem odgovorila s pregledom literature v slovenskem in angleškem jeziku v podatkovnih bazah Cobiss Plus ter Google Scholar. V želji, da bi bila ta ocena čim bolj aktualna, je bilo iskanje omejeno na obdobje zadnjih petih let (2013–2018). Uporabila sem različne kombinacije ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku. Našla sem 220 zadetkov, vendar jih je bilo že zaradi nerelevantnosti





naslovov izločenih 173. Nadalje je bilo ugotovljeno, da se jih je 34 nanašalo na klinično raven kulturne kompetentnosti (27 na kulturne kompetence v zdravstveni negi ter sedem na kulturne kompetence vseh ali drugih zdravstvenih delavcev), zato so bili izločeni. Osem člankov je obravnavalo različna teoretična izhodišča kulturne kompetentnosti v zdravstvu, vendar po njihovi vsebini ni bilo mogoče sklepati na kulturno kompetentnost v slovenskem zdravstvu, zato so bili tudi ti izločeni. Od preostalih petih publikacij sta bili zaradi podvajanj dve izločeni, zaradi česar so bili upoštevani le rezultati treh publikacij.

3.3 REZULTATI

Slovenskih raziskav, osredotočenih na organizacijsko kulturno kompetentnost, ki se po Betancourtu s sodelavci (2003) osredotoča na zagotavljanje in negovanje kulturne raznolikosti zdravstvenih delavcev in vodstva, mi ni uspelo najti.

Na področju sistemske kulturne kompetentnosti, osredotočene po Betancourtu s sodelavci (2003) na strukturne procese zdravstvene oskrbe (kot so npr. specifični projekti za zagotavljanje kakovostne kulturno kompetentne oskrbe, zagotavljanje prisotnosti tolmačev in kulturnih mediatorjev, razvijanje kulturno in jezikovno primernih edukacijskih materialov ter ustvarjanje mehanizmov za samoocenjevanje in zbiranje povratnih informacij), so bili prepoznani trije članki, ki posredno ali neposredno kažejo na razvitost te ravni v Sloveniji.

Najbližje obravnavani problematiki ter najbolj obsežna raziskava je bila kvalitativna raziskava, izvedena leta 2014 v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje. V raziskavi so ugotovili, da obstajajo v slovenskem zdravstvu številne ranljive skupine (brezposelni in prekarni, migranti, brezdomne osebe, uporabniki nedovoljenih drog, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi ter osebe z različnimi oblikami oviranosti), ki doživljajo mnogo ovir tako v dostopu do zdravstvenega sistema kot tudi v njem samem. Kot pomembne ovire so navedli tudi kulturne in jezikovne ovire ter ovire v dostopu do informacij. Prepoznali so, da nastaja v zdravstvenih ustanovah mnogo kulturnih nesporazumov, ki poglobljajo kulturno distanco do ranljivih skupin. Ugotovili so tudi, da je vzrok za mnoge težave poleg pomanjkanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev tudi odsotnost usposobljenih tolmačev in kulturnih mediatorjev, zaradi česar je obravnava manj kakovostna. Navedli so, da se zdijo zdravstvene ustanove v Sloveniji na kulturno raznolikost povsem nepripravljene (Lipovec Čebtron, et al., 2015).

Naslednji članek, ki kaže na sistemsko kulturno kompetentnost, je nastal na podlagi prej opisane raziskave. V članku »Ko nujno postane nenujno« avtorice Lipovec Čebtronove so povzete ugotovitve, da se priseljenci srečujejo z ovirami pri dostopu v zdravstveni sistem in znotraj njega ter da rešitve niso sistematične, temveč odvisne od iznajdljivosti zdravstvenih delavcev. Ob tem je avtorica navedla, da so raziskovalci oblikovali predloge za mnogo različnih sistemskih ukrepov na nacionalni in lokalni ravni, ki bi odpravili ovire, ter sodelovali v projektih, kot so priprava publikacije Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin (dopolnjen z orodjem za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov), pilotni projekt vpeljave medkulturne mediacije, oblikovanje Deklaracije o pomenu vpeljevanja medkulturnega mediatorstva v zdravstvene ustanove v Sloveniji ter usposabljanje in oblikovanje priročnika na področju kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev (Lipovec Čebtron, 2017).

Tretji članek je obravnaval tematiko jezikovnih ovir v zdravstvu. Avtorji so s kvantitativno raziskavo ugotovili, da se medicinske sestre pri svojem delu pogosto srečujejo s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Izkazalo se je, da ob tem pogrešajo možnosti za vključevanje uradnega tolmača ter tudi sodelavcev, ki govorijo tuji jezik. Avtorji so nakazali potrebo po sistemskih rešitvah v smislu oblikovanja ustreznih strategij za premagovanje jezikovnih ovir, predvsem na primarni ravni (Milavec Kapun, et al., 2017).

Na podlagi izsledkov teh treh raziskav se ponuja odgovor na raziskovalno vprašanje:

Raziskav, ki obravnavajo organizacijsko ali sistemsko raven kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu, je izjemno malo. Usmerjene so predvsem v prepoznavanje potreb različnih kulturnih in socialnih skupin ter prepoznavo pomanjkljivosti. Ugotovljeno je, da se slovensko zdravstvo srečuje z veliko izzivi, povezanimi s kulturno raznolikostjo, ki zahtevajo ukrepe tako na sistemski in organizacijski kot tudi klinični ravni.





4 RAZPRAVA

Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema je ključni pogoj za doseganje enakosti in kakovosti v zdravstveni oskrbi (Anderson, et al., 2003; Betancourt, 2006; Napier, et al., 2014). Poleg tega pripomore k varnejši, učinkovitejši, pravočasni in k pacientu osredotočeni zdravstveni oskrbi (Betancourt, 2006). Pomanjkanje slovenskih raziskav s področja sistemske in organizacijske kulturne kompetentnosti je glede na te ugotovitve skrb vzbujajoče. A obenem pomirja dejstvo, da obstoječe raziskave prepoznavajo ranljive skupine, njihove potrebe in pomanjkljivosti sistema, saj je to prvi, izjemno pomemben korak h kulturni kompetentnosti sistema. Ta namreč temelji na razumevanju svojih slabosti ter prednosti in tudi na poznavanju potreb populacije, ki jo sistem obravnava (Truong, et al., 2014). V Sloveniji smo si namreč dolgo zatiskali oči pred kulturno raznolikostjo, čeprav je bila ta vedno prisotna – a še vedno ostaja vprašanje, ali se je v celoti zavedamo (Prosen, 2018). Nezavedanje o kulturni raznolikosti lahko na kontinuumu odzivov označimo kot »kulturno slepoto« – v tej fazi menimo, da je raznolikost zanemarljiva ter da je enakost zagotovljena (1989). Kulturno slepoto v Sloveniji obravnava tudi članek avtoric Lipovec Čebtronove in Pistotnikove, ki govori o »iluziji« o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji (2015).

Razveseljujoče je, da izsledki raziskav nakazujejo tudi elemente »kulturne predkompetentnosti« po Crossu (1989), saj brez zavedanja in želje po določitvi pomanjkljivosti te raziskave ne bi nastale. V njih se pojavljajo predlogi in ukrepi za sistemske izboljšave ter za pridobivanje znanja, s čimer se začenja pomik zdravstvenega sistema proti kulturni kompetentnosti.

Obravnavane raziskave so jasno pokazale, da so potrebne sistemske rešitve, med njimi tudi rešitve za premagovanje jezikovnih ovir. Ob tem je treba poudariti, da zakon o pacientovih pravicah v 20. členu določa, da ima uporabnik zdravstvenih storitev pravico razumeti in biti razumljen (ZPacP, 2008). A žal eksplicitna pravica do tolmača ali prevajalca zakonsko ni določena, razen za uradno priznani manjšini na dvojezičnem območju, za gluhe osebe ter v utemeljenih primerih za prosilce za mednarodno zaščito (Bofulin, et al., 2016). Prav tako zakonsko ni določena pravica do medkulturnih mediatorjev – oseb, ki so strokovno usposobljene za posredovanje v odnosu med uporabnikom in izvajalcem zdravstvene oskrbe. A obstajajo pravne podlage, ki se lahko uporabijo za vpeljavo medkulturnih mediatorjev v zdravstveni sistem (Bofulin, et al., 2016). Vsekakor potrebuje kulturno kompetenten zdravstveni sistem obe rešitvi.

Skrb vzbujajoče je, da nisem našla raziskav, ki bi se nanašale na kulturne prilagoditve storitev in programov. S stališča sistemske kulturne kompetentnosti ima namreč kulturna prilagoditev storitev in programov središnji pomen (Cross, et al., 1989) ter predstavlja pomemben indikator kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema (Jongen, et al., 2018). Če programi niso prilagojeni kulturnemu ozadju skupine, ki so ji namenjeni, ne morejo biti učinkoviti (Resnicow, et al., 2000). Raziskave na področju mentalnega zdravja na primer kažejo, da so programi in storitve, namenjeni specifičnim kulturnim skupinam, do štirikrat učinkovitejši kot splošni programi ter dvakrat učinkovitejši, če so podani v maternem jeziku posamezne kulturne skupine kot v uradnem jeziku države (Griner & Smith, 2006). Sistematični pregled raziskav, ki so obravnavale kulturno kompetentne storitve in programe, je pokazal, da se strategije prilagajanja običajno nanašajo predvsem na tri področja – na lokalno okolje, na kulturne značilnosti ter na jezik (Jongen, et al., 2018). Kljub pomanjkanju slovenskih raziskav o prilagajanju programov na teh področjih je mogoče zaslediti prva prizadevanja za kulturno prilagoditev storitev na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, kot so na primer projekti »Uspešno vključevanje Romov v okolje – zdrav življenjski slog«, »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem« ali zloženka za promocijo preventivnih zdravstvenih programov v albanskem jeziku, ki je nastala v okviru projekta »Skupaj za zdravje« (NIJZ, pridobljeno 9. 7. 2018).

V pregledu literature tudi ni bilo opaziti raziskav o samoocenitvi kulturne kompetentnosti zdravstvenih organizacij kljub obstoju orodja, vključenega v Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin, ki sta ga v letu 2016 prevedli in uredili Farkaš Lainščakova in Lipovec Čebtronova, ki postavlja pred zdravstvene ustanove pet zahtev: enakost v politikah, enak dostop in uporabo zdravstvenih storitev, enako kakovost zdravstvene oskrbe, enakost pri sodelovanju in spodbujanje enakosti. Ob tem je treba opozoriti, da narekujejo zahtevo po kulturni kompetentnosti tudi drugi akreditacijski standardi za zdravstvene





organizacije z namenom spodbujanja kakovostne, učinkovite, skladne in najsodobnejše zdravstvene oskrbe (Ferlie & Shortell, 2001). Tako na primer mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije AACI (American Accreditation Commission International) v standardu 10, ki govori o pacientovih pravicah, navaja, da mora »zdravstvena organizacija zagotoviti, da se s pacientom in obiskovalci ves čas ravna spoštljivo in dostojanstveno. To vključuje tudi priznavanje kulturnih in duhovnih občutljivosti pacienta in njegove skupnosti. Zdravstvena organizacija mora zagotoviti dostop do duhovne oskrbe ali nasveta, ki zadovoljuje potrebe pacientov in njihovih obiskovalcev, z izvajanjem posebnega medkulturnega izobraževanja za osebje, kadar tako narekujejo potrebe, prav tako pa mora upoštevati kulturne in duhovne potrebe pri ocenjevanju storitev in uvajanju novih« (AACI, 2016, 43). Ta standard je po informacijah Ministrstva za zdravje (stanje 9. 6. 2016, pridobljeno 10. 7. 2018) pridobilo 21 slovenskih zdravstvenih ustanov (MZ, 2018), kar je glede na pomanjkanje raziskav o sistemski kulturni kompetentnosti in težavnosti vrednotenja kulturne kompetentnosti zanimiva ugotovitev.

Ob pregledu literature je bilo opazno, da se največ člankov na področju kulturne kompetentnosti nanaša na klinično kulturno kompetentnost, posebno v zdravstveni negi. To ni naključje, saj so medicinske sestre tiste, ki največ časa preživijo ob bolnikih in ki bi morale prve prepoznati nepravilno obravnavo in neenakosti v zdravju ter nuditi kakovostno zdravstveno ali babiško nego, za katero so kulturne kompetence ključne (Prosen, 2018). Kljub temu sem pri pregledu publikacij opazila, da je na področju kulturnih kompetenc več raziskovalcev, ki niso neposredni izvajalci zdravstvenih storitev, temveč sodelujejo posredno skozi izobraževalne procese ali so opazovalci. To se sklada s spoznanji, da so neposredni zdravstveni delavci pogosto tako vpeti v »kulturo« zdravstva, da včasih težko prepoznajo krivice in neenakosti (Jongen, et al., 2018). Tako je na primer ugotovljeno, da študenti medicine in javnost pogosteje prepoznajo krivično obravnavo pacientov v zdravstvu kot sami zdravstveni delavci ter da študenti nižjih letnikov te krivice bolj zaznajo kot študenti višjih letnikov (Wilson, 2004). Raziskave kažejo tudi, da zdravstveni delavci redko opazijo lasten prispevek k neenaki obravnavi bolnikov, pogosteje pa vidijo in prepoznajo neenako obravnavo pacientov pri svojih kolegih (Halbwachs & Zurb, 2016; Jongen, et al., 2018).

Pomanjkanje raziskav s področja organizacijske kulturne kompetentnosti, ki se nanaša na odnose in kulturno raznolikost vodstva in zaposlenih, kaže, da imamo v Sloveniji na tem področju še veliko dela. Kulturna raznolikost je v timih, v katerih v zdravstvu delujemo, vsekakor prisotna in zahteva spoštovanje med sodelavci (Prosen, 2018). Kulturna raznolikost zaposlenih v zdravstvu, ki odseva kulturno raznolikost obravnavane populacije, ter pozitivna naravnost vodstva do kulturnih razlik med zaposlenimi spadata med standarde kulturno kompetentne oskrbe (Douglas, et al., 2014). Aktivno negovanje kulturne kompetentnosti predstavlja poleg komunikacijskih veščin, spoštovanja raznolikosti ter vzpostavitve zaupanja v timu bistven element za dobro timsko sodelovanje (Halbwachs, 2014), zato so tudi na tem področju potrebne nadaljnje raziskave in aktivnosti.

5 ZAKLJUČEK

Za doseganje kulturne kompetentnosti v zdravstvenem sistemu je nujno potrebno, da je integrirana v vse komponente in ravni sistema (Cross, et al., 1989), kar je možno doseči le s sistematičnimi in skladnimi ukrepi na ravni posameznika, tima, organizacije in širšega okolja (Ferlie & Shortell, 2001).

Redke raziskave s področja sistemske kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji kažejo, da smo na tem področju šele na začetku poti. Začeli smo se zavedati izzivov, pomanjkljivosti in neenakosti v zdravstveni obravnavi, ki zahtevajo veliko sistemskih, organizacijskih in izobraževalnih ukrepov. Kljub pomembnosti pridobivanja in negovanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev se moramo zavedati, da predstavljajo ukrepi v tej smeri le del kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema ter da so potrebni ukrepi tudi na preostalih ravneh in v prepletajočih se sistemih zunaj zdravstva. Prav tako so potrebne nadaljnje raziskave vseh ravni, ki izražajo in vplivajo na kulturno kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema.



POVZETEK POGLAVJA

Za sodobno družbo je značilna kulturna raznolikost, ki prinaša s seboj vrsto izzivov za zdravstveni sistem. Za učinkovito spopadanje s temi izzivi in zagotavljanje socialne pravičnosti mora biti zdravstveni sistem kulturno kompetenten na organizacijski, sistemski ter klinični ravni.

S pregledom literature s področja organizacijske in sistemske kulturne kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema so bile prepoznane tri raziskave, ki obravnavajo to področje.

Raziskave so ugotovile predvsem, kdo so ranljive skupine v slovenskem zdravstvu in s kakšnimi ovirami se srečujejo v dostopu do zdravstvenega sistema in v njem. Izkazalo se je, da so v sistemu prisotne kulturne in jezikovne ovire, ki potrebujejo sistemske rešitve, ter da obstajajo predlogi in aktivnosti za nekatere rešitve.

Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema je ključni pogoj za doseganje enakosti in kakovosti v zdravstveni oskrbi ter pripomore k varnejši, učinkovitejši, pravočasni in k pacientu osredotočeni zdravstveni oskrbi. Čeprav je pomembno, da obstajajo vsaj raziskave, ki prepoznajo potrebe po kulturni kompetentnosti, je pomanjkanje raziskav na tem področju skrb vzbujajoče. Potrebne so aktivnosti, usmerjene v pridobivanje in negovanje vseh treh ravni kulturne kompetentnosti zdravstvenega sistema.

Ključne besede: kulturna raznolikost, kulturna kompetentnost, zdravstveni sistem.

SUMMARY OF THE CHAPTER

CULTURAL COMPETENCE OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Cultural diversity of a modern society poses many challenges for the healthcare system. In order to effectively face these challenges and assure social justice, the health care system needs to exhibit cultural competence on the organizational, systemic and clinical level.

Literature review has identified three articles, investigating systemic cultural competence in Slovenian health care system.

The research has identified the marginalized groups and the obstacles they are facing in accessing the healthcare system and within it. Cultural and language barriers need to be addressed by systemic solutions. Some suggestions and efforts for systematic improvements have already taken place.

Cultural competence of the healthcare system is of vital importance in assuring equity and quality of care, as well as safer, more effective, timely and patient focused delivery of healthcare. It is important that the research indicating cultural competence needs in Slovenian health care exist. Nevertheless, the lack of research in this area is unsettling. It is imperative to perform more research and other activities to develop all three levels of the healthcare cultural competence.

Key words: cultural diversity, cultural competence, health care system.



LITERATURA IN VIRI

1. AACI (American Accreditation Commission International), 2016. *Mednarodni akreditacijski standard za zdravstvene organizacije*. Verzija 4.2. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/aaci_22.2.2016/AACI_Mednarodni_akreditacijski_standard_V4.2_Feb_2016_SL_ISQua.pdf [10. 7. 2018].
2. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J. & Task Force on Community Preventive Services, 2003. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), pp. 68–79.
3. Bajt, V., 2016. Anti-Immigration Hate Speech in Slovenia. In: Kogovšek, et al., eds., N. & Bajt, V. eds. *Razor-Wired: Reflections on Migration Movements through Slovenia in 2015*, Ljubljana: Peace Institute, pp. 51–62.
4. Bajt, V., 2015. Nacionalizem in rasizem v patriotizmu »Tukaj je Slovenija«. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 260, pp. 153–166. Available at: http://www.ckz.si/arhiv/260/12Veronika_Bajt.pdf [13. 6. 2018].
5. Benet-Martínez, V. & Hong, Y. eds. 2014. *The Oxford handbook of multicultural identity*. New York: Oxford University Press, (Oxford Library of Psychology), pp. 1–10.
6. Betancourt, J. R., 2006. *Improving quality and achieving equity: the role of cultural competence in reducing racial and ethnic disparities in health care*. New York, NY: Commonwealth Fund.
7. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carillo, E. J. & Ananeh-Firempong, O., 2003. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/technical disparities in health and healthcare. *Public Health Reports*, 118, pp. 293–302.
8. Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K. & Bhugra, D., 2007. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC health services research*, 7(1), pp. 15–25. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800843> [27. 6. 2018].
9. Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., et al., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni Inštitut za javno zdravje.
10. Bowen, S., 2008. Beyond self-assessment-assessing organizational cultural responsiveness. *Journal of cultural diversity*, 15(1), pp. 7–15.
11. Butler, M., McCreedy, E., Scherer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., et al., 2016. *Improving cultural competence to reduce health disparities*. Comparative Effectiveness Review No. 170. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. Available at: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm [1. 5. 2018].
12. Castillo, J. & Guo, K. L., 2011. A framework for cultural competence in health care organizations. *The health care manager*, 30(3), pp. 205–214. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21808172> [30. 8. 2017].
13. Castro, F. G., Barrera Jr, M. & Holleran Steiker, L. K., 2010. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, pp. 213–239.
14. Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. & Isaacs, M. R., 1989. *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington DC: CASSP Technical Assistance center, pp. 1–75. Available at: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf> [4. 5. 2017].
15. Dahl, S. 2004. *Intercultural research: The current state of knowledge*. Middlesex University Discussion Paper No. 26. London: Middlesex University. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=658202 [5. 1. 2018].
16. Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Clark Callister, L., Hattar -Pollare, M., Lauderdale, J., et al., 2014. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), pp. 109–121.
17. Fantini, A. E., 2009. Assessing intercultural competence: Issues and Tools. In: Deardoff, D. K., ed. *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. USA: Sage publications Inc, pp. 456–476.
18. Farkaš Lainščak, J. & Lipovec Čebren, U., eds., 2016. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/standard-za-zagotavljanje-enakosti-v-zdravstveni-oskrbi-ranljivih-skupin-in-orodje-za> [15. 6. 2018].
19. Ferlie, E. B. & Shortell, S. M., 2001. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the



- United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), pp. 281–315.
20. Gozu, A., Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K., Palacio, A., et al., 2007. Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: a systematic review. *Teaching and learning in medicine*, 19(2), pp. 180–190. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/baa7/697e84a7efb54703c193459bf6d7a73dcff2.pdf> [10. 2. 2018].
 21. Griner, D. & Smith, T. B. 2006. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 43, pp. 531–548.
 22. Halbwachs, H.K. 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: Kvas, A., et al., eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45–54.
 23. Halbwachs, H. K. & Zorc, J., 2016. Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. In: Filej, B. ed. *Za človeka gre: Družba in znanost v celostni skrbi za človeka: zbornik prispevkov z recenzijo: 4. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo*. Maribor: Alma Mater Europea-ECM, pp. 60–68.
 24. Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 8, pp. 3–26.
 25. Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R. & Clifford, A., 2018. *Cultural Competence in Health: A review of evidence*. Singapore: Springer (Springer Briefs in Public Health).
 26. Križman, I. 2009. Predgovor. In: Vertot, N. ed. *Medkulturni dialog v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije (SURS), pp. 1–4. Available at: http://www.stat.si/doc/pub/medkulturni_dialog-SLO.pdf [10. 5. 2017].
 27. Kirmayer, L. J., 2012. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), pp. 149–164.
 28. Lipovec Čebren, U., Keršič Svetel, M., Pistotnik, S., Fistrič, Š. & Jelenc, A., 2015. Zdravstveno marginalizirane skupine: prepreke, ovire, nepremostljivi zidovi do zdravja. In: Farkaš Lainščak, J., et al., eds. *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 25–54. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zakljucki-ocene-potreb-uporabnikov-in-izvajalcev-preventivnih-programov-za-odrasle-0> [2. 6. 2018].
 29. Lipovec Čebren, U. & Pistotnik, S., 2015. Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja. Nedržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog*, 25, pp. 98–110.
 30. Lipovec Čebren, U., 2017. Ko nujno postane nenujno. Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji. *Glasnik SED*, 57(1-2), pp. 54–64. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-113QRYUK/c7993c7f-b523-4279-8408-abc62bbf580a/PDF> [2. 6. 2018].
 31. McMillan-Capehart, A., 2005. A configurational framework for diversity: socialization and culture. *Personnel Review*, 34(4), pp. 488–503.
 32. Milavec Kapun, M., Lipovec Čebren, U., Korošec, T., Pistotnik, S., Jazbinšek, S., Homar, V., et al., 2017. Strategije premagovanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami. In: Majcen Dvoršak, S., et al., eds. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo / 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 564–573.
 33. MZ (Ministrstvo za zdravje), 2018. Vodenje kakovosti in akreditacije – *Seznam zdravstvenih organizacij, akreditiranih na podlagi mednarodno priznanih zdravstvenih standardov*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/ [10. 7. 2018].
 34. Napier, D. A., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., et al., 2014. Culture and Health. *Lancet*, 384: 1607–1639. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/> [1. 7. 2017].
 35. NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje), 2018. *Programi in projekti*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/programi-in-projekti> [9. 7. 2018].
 36. NTAC (National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning) & NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors), 2004. *Cultural Competency: Measurement as a Strategy for Moving Knowledge into Practice in State Mental Health Systems*. Final report. [online] Available at: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/cult%20comp_0.pdf [7. 9. 2017].
 37. Office of Minority Health., 2013. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care: A Blueprint for Advancing and Sustaining CLAS Policy and Practice*. U.S.A.: US Department of Health and Human Services. Available at: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/>





- pdfs/EnhancedCLASStandardsBlueprint.pdf [30. 1. 2018].
38. Prosen, M., 2018. Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 76–80.
 39. Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S. & Butler, J., 2000. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community psychology*, 28(3), pp. 271–290.
 40. The Lewin Group Inc., 2002. *Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organizations: An Organizational Cultural Competence Assessment Profile*. Prepared for: The Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. [online] Available at: <https://www.hrsa.gov/CulturalCompetence/healthdlvr.pdf> [3. 9. 2017].
 41. Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N., 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(99), pp. 1–17. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589335> [31. 8. 2017].
 42. UNESCO, 2009. *World Report Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue*. France: United Nations Educational, Cultural and Scientific Organization. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf> [5. 9. 2017].
 43. Verkuyten, M., 2014. *Identity and cultural diversity: What social psychology can teach us*. London, UK: Routledge.
 44. Wilson, E., Grumbach, K., Huebner, J., Agrawal, J. & Bindman, A. B., 2004. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. *Family Medicine*, 36(10), pp. 715–721. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/7984/1a302d9173642627410b01a64329afecd437.pdf> [10. 5. 2017].
 45. WHO (World Health Organization), 2000. *Health systems: improving performance*. The World Health Report 2000. Geneva: WHO Press. Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf [10. 5. 2017].
 46. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. *Uradni list Republike Slovenije* št. 15.





POMEN KULTURNE KOMPETENTNOSTI MEDICINSKIH SESTER ZA KAKOVOSTNO IN K PACIENTU USMERJENO ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO

Tina Razlag Kolar
doc. dr. Bojana Filej
doc. dr. Boris Miha Kaučič

1 UVOD

Globalizacija in sodelovanje med državami zagotovo vplivata na porast migracijskih tokov (Banfi, 2013), kar se posledično kaže v tem, da naša družba postaja vse bolj kulturno raznolika (Hvalič Touzery, et al., 2014; Halbwachs, 2016; Razlag Kolar, et al., 2017), pri čemer bo ta raznolikost v prihodnje zaradi množičnih migracij postala le še izrazitejša (Hvalič Touzery, et al., 2014; Halbwachs, 2016). Medicinske sestre morajo zato imeti za zagotavljanje kakovostne, varne in k pacientu usmerjene zdravstvene nege tudi znanje o različnosti kultur, s katerimi sobivajo (Razlag Kolar, et al., 2017); biti morajo kulturno kompetentne (Loredan & Prosen, 2013; Hvalič Touzery, et al., 2014; Filej, et al., 2016; Halbwachs, 2016; Razlag Kolar, et al., 2017).

Kulturna kompetentnost je v slovenskem zdravstvu novejši pojem in predstavlja novo dimenzijo profesionalne kompetentnosti (Filej, et al., 2016; Jelenc, et al., 2016), čeprav izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege v širšem smislu definira že Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses, 2012), ki navaja, da je dolžnost medicinske sestre ustvarjati razmere, v katerih se spoštujejo vrednote, običaji in prepričanja pacienta, družine ali skupnosti. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije v svojem Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) podrobneje navaja, da dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje in invalidnost, ne smejo kakor koli vplivati na odnos medicinske sestre do pacienta. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe morajo svoje delo opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno in vestno, v odnosu do pacienta pa spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja. Starc (2017) ugotavlja, da so med najvplivnejšimi dejavniki, ki vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov, ravno pacientova osebnost, njegove vrednote, fizične sposobnosti in starost, med dejavnike, ki vplivajo na kakovost zdravstvene nege in oskrbe, pa osebnost, vrednote, fizične sposobnosti in starost pacienta.

Raznolikost današnje družbe se kaže tudi v širokem razponu različnih razumevanj zdravja, bolezni, bolečine in različnega dojemanja zdravstvene oskrbe in zdravljenja (Unger & Schwartz, 2012; Jelenc, et al., 2016). Raziskave kažejo, da na zdravje in procese zdravljenja močno vplivajo tudi različni sistemi vrednot pacientov in zdravstvenih delavcev o zdravju in bolezni (Hvalič Touzery, 2014). Vse to za zdravstvene delavce in zdravstvene ustanove predstavlja velik izziv, saj se na področju zdravja in zdravstva občutljivost za kulturne razlike in z njimi povezano ustrezno ravnanje kaže kot nujna (Jelenc, et al., 2016). Kulturne kompetence so pomemben dejavnik pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev v kulturno in etnično raznoliki populaciji pacientov in zdravstvenih delavcev (Hvalič Touzery, 2014; Jelenc, et al., 2016) ter pripomorejo k boljšemu sodelovanju z ljudmi iz različnih kultur (Jelenc, et al., 2016).

Kulturno kompetentne medicinske sestre so sposobne znanje o različnih kulturah prenesti in uporabiti v praksi. Kulturna kompetentnost v zdravstveni negi pomeni prilagodljivost in spoštovanje drugačnosti. Pomeni predvsem, da medicinske sestre znajo prisluhniti pacientu, se od njega učiti in od njega pridobiti tiste informacije o njegovih prepričanjih, kulturnih navadah in običajih, ki pomembno vplivajo na njegovo zdravje (Halbwachs, 2014; Hvalič Touzery, 2014).

Individualna in celostna obravnava pacienta zahteva poznavanje tako njegovih kulturnih kot družbenih dejavnikov, ki pomembno vplivajo nanj, po drugi strani pa pomeni ukrepanje v skladu z njegovimi potrebami in prepričanji. K pacientu usmerjena zdravstvena oskrba in kulturno kompetentna zdravstvena oskrba obravnavata dve razsežnosti človeka – na eni strani edinstvenost posameznika kot neponovljive osebnosti



in na drugi strani posameznika, ki je del širše skupnosti, ki ji pripada, si z njo deli predstave, prepričanja, način življenja, kulturo (Jelenc, et al., 2016). Kultura je tista, ki ima pomembno vlogo pri oblikovanju vrednot, ki se nanašajo na posameznikovo zdravje, prepričanja, vedenje in situacijsko presojo na splošno (Unger & Schwartz, 2012). V zdravstvenih organizacijah lahko zaradi slabega medkulturnega komuniciranja nastanejo negativne socialne in klinične posledice, negotovost, nesporazumi, zmeda za pacienta in družino, naročanje nepotrebnih preiskav, pacientovo nesodelovanje, neskladnost, zamuda pri pridobivanju informirane privolitve in slabša kakovost oskrbe (Benbenieshty, et al., 2017). Kulturne kompetence so pomemben dejavnik pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev v kulturno in etnično raznoliki populaciji pacientov (Hvalič Touzery, 2014; Jelenc, et al., 2016; Benbenieshty, et al., 2017), poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet pa omogoča nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi svojci (Jelenc, et al., 2016). Kulturne kompetence so ključni dejavnik za zmanjšanje neenakosti v zdravstvu (Diaz, et al., 2015; Purnell, 2016; Kolapo, 2017), za povečanje zadovoljstva pacientov v zdravstvu, za večjo skladnost terapije in manj napačno postavljenih medicinskih diagnoz (Kolapo, 2017).

K pacientu usmerjena in holistična zdravstvena nega se mora izvajati v vseh okoljih. Ker postaja naša populacija vedno bolj raznolika, bo treba v zdravstveni negi razvijati spretnosti in veščine, ki sledijo tem potrebam. Postati kulturno kompetenten je moralna in etična zavezanost pacientom, družinam in skupnostim, v katerih delujejo medicinske sestre (Hines, 2012). Zavedati se je treba, da je razvoj kulturnih kompetenc med medicinskimi sestrami vseživljenjski in dinamičen razvojni proces, ki je usmerjen v učinkovito in kakovostno zdravstveno nego različnih pacientov (Shen, 2015). Pri razvijanju kulturne kompetentnosti medicinskih sester je treba upoštevati tudi dejavnike raznolikosti. V sodobni zdravstveni negi mora biti zagotovljeno takšno klinično okolje, v katerem se pacient počuti varno in dostojno (Starč & Erjavec, 2017).

NAMEN PREGLEDA LITERATURE

S pregledom literature smo želeli ugotoviti pomen kulturnih kompetenc medicinskih sester za kakovostno in varno zdravstveno nego, ki je usmerjena k individualni obravnavi potreb pacientov iz različnih kultur.

2 METODE

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda – pregled znanstvene in strokovne literature s področja kulturnih kompetenc v zdravstveni negi.

METODE PREGLEDA

Pri iskanju relevantne literature smo upoštevali tipologijo COBISS (izvirni in pregledni znanstveni članki, strokovni članki, objavljeni strokovni prispevki na konferenci, samostojni strokovni sestavki ali poglavja v monografski publikaciji). Uporabili smo slovensko vzajemno bibliografsko - kataložno bazo podatkov COBIB. SI ter mednarodni bazi PubMed (Public Medline) in Medline. Pri iskanju literature smo upoštevali jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v slovenskem in angleškem jeziku, in časovno obdobje 2010–2018. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: kulturne kompetence, medicinska sestra, zdravstvena nega in v angleškem jeziku: cultural competence, nurse, nursing care. Uporabljene ključne besede smo z Boolovimi logičnimi operatorji (AND, OR, NOT) povezali v različne kombinacije. Iskanje literature je potekalo od 7. 3. do 28. 4. 2018.

REZULTATI PREGLEDA

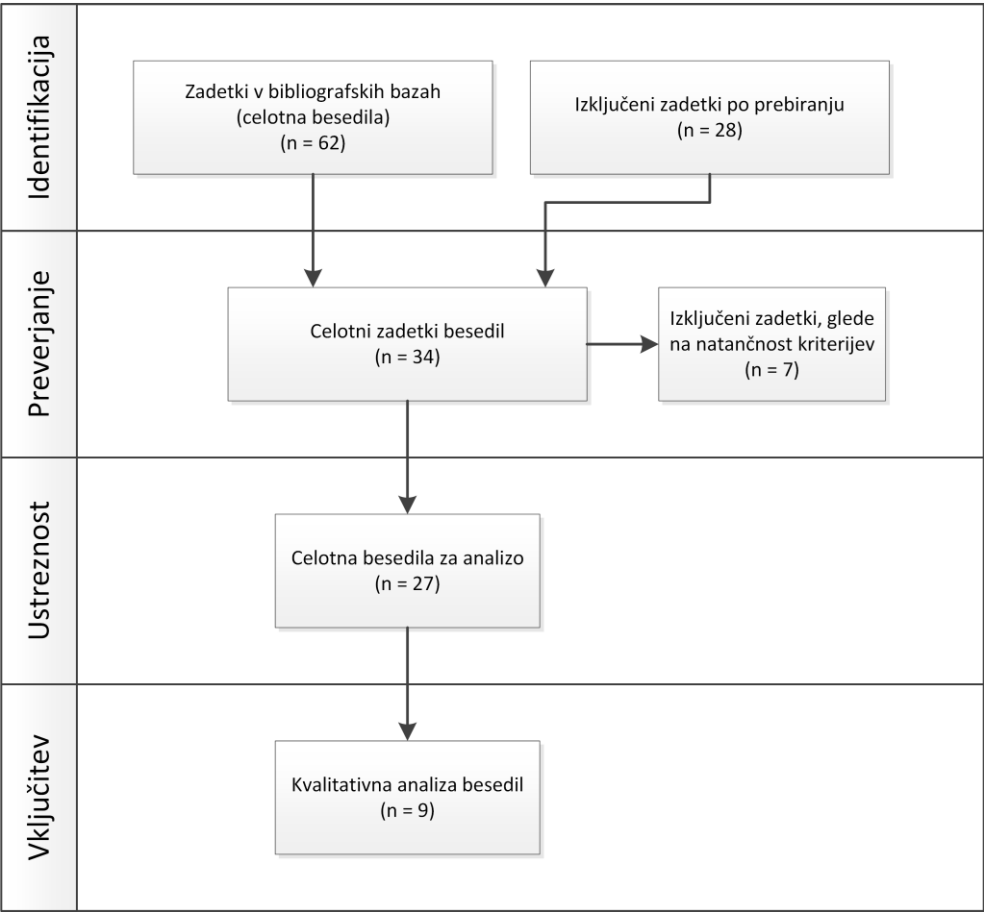
Z različnimi kombinacijami ključnih besed in upoštevanjem časovnega obdobja je bilo iz bibliografskih baz pridobljenih 73 člankov v slovenskem in angleškem jeziku. Pregled teh člankov je število pregledane literature omejil na 58 enot, od tega jih je bilo na podlagi vključitvenih kriterijev za namen pisanja prispevka vključenih 45, v vsebinsko analizo in sintezo pa 27 enot literature. Potek pridobivanja člankov, pomembnih za prikaz





pomena kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo, je prikazan na sliki 1.

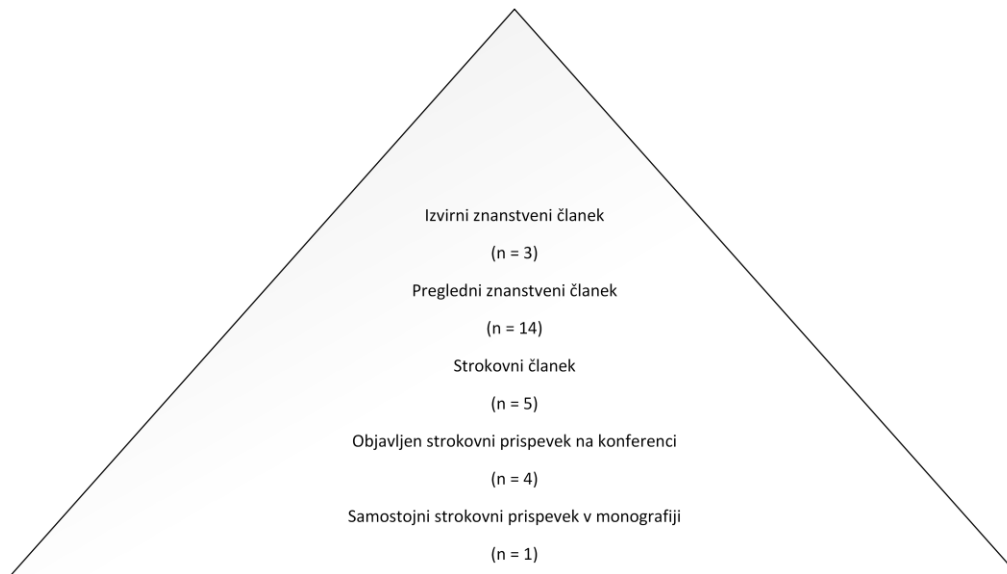
Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA (Vir: Sak - Dankosky, et al., 2014)



OCENA KAKOVOSTI PREGLEDA IN OPIS OBDELAVE PODATKOV

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti člankov. Hierarhija iskanja dokazov, kot jo opisuje tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Institut informacijskih znanosti, 2016), je v končni analizi prikazala: izvirni znanstveni članek tip 1.01 (n = 3), pregledni znanstveni članek 1.02 (n = 14), strokovni članek tip 1.04 (n = 5), objavljeni strokovni prispevek na konferenci 1.09 (n = 4), samostojni strokovni sestavek ali poglavje v monografski publikaciji tip 1.17 (n = 1).

Slika 2: Ocena kakovosti dokazov izbranih virov (Vir: Polit & Beck, 2008)



Slika 2 prikazuje oceno kakovosti dokazov izbranih virov, iz katere je razvidno, da smo skupaj pregledali in analizirali 27 člankov in prispevkov. Po hierarhiji iskanja dokazov, kot jo opisujeta Polit in Beck (2008), so najvišje na hierarhični lestvici trije članki, opredeljeni kot izvirni znanstveni članek, sledi jim štirinajst člankov, ki so opredeljeni kot pregledni znanstveni članek, temu sledi pet strokovnih člankov, sledijo štirje objavljeni strokovni prispevki na konferenci in en prispevek je opredeljen kot samostojni strokovni sestavek v monografski publikaciji.

Članki, ki opisujejo kulturne kompetence medicinskih sester, so obdelani s kvalitativno metodo analize, kompilacije in sinteze besedil. Natančen pregled člankov in prispevkov, vključenih v vsebinsko analizo in sintezo, je prikazan v tabeli 1.

3 REZULTATI PREGLEDA LITERATURE

Tabela 1 prikazuje končni seznam člankov in prispevkov, ki so vključeni v vsebinsko kvalitativno analizo.

Tabela 1: Seznam člankov/prispevkov, vključenih v končno analizo raziskav

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Cai (2016)	Konceptualna analiza	Namen je bil predstavitev modela kulturnih kompetenc medicinskih sester.	45 angleških prispevkov iz obdobja med letoma 2000 do 2015, CINHAL, Medline, EBESCO.	Kulturna kompetenca je postopno razvita sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege ne glede na različno kulturno ozadje pacientov. Bistveni elementi kulturnih kompetenc so: reflektivno samozavedanje, poznavanje drugih ter odprtost za drugačnost.



Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Almutairi in sodelavci (2017)	Kvantitativna metoda	Namen je bil raziskati zaznavanje kulturne kompetence medicinskih sester, ki delajo v različnih bolnišnicah v provinci Britanska Kolumbija v Kanadi.	Naključni vzorec (n = 170) medicinskih sester v bolnišnicah v provinci Britanska Kolumbija v Kanadi.	Kulturna raznolikost, ki se kaže z razlikami v obnašanju, tradiciji, etičnih in moralnih načelih, dojemanju zdravja in bolezni ter jezikovnih ovirah, pogosto pripelje do nerazumevanja, preprirov, konfliktov, etnocentrizma, stereotipov in diskriminacije. Pomembno je, da zdravstvene ustanove zagotovijo kontinuirano izobraževanje za dvig stopnje kulturne kompetentnosti medicinskih sester.
Roller in Ballestas (2018)	Kvalitativna študija	Namen študije je bil ugotoviti, ali so se začetne kulturne kompetence študentov zdravstvene nege med letom ohranile.	Namenski vzorec (n = 18) dodiplomskih študentov zdravstvene nege, študentska izmenjava v Kostariki	Študentske izmenjave omogočajo študentom zdravstvene nege izvajanje zdravstvene nege pacientom iz drugih kultur, medtem ko so sočasno del njihovega kulturnega okolja. Študenti lahko s kratko študentsko izmenjavo spoznajo kulturno kompetentno zdravstveno nego, se je naučijo in jo znajo zagotavljati.
Starc (2017)	Kvantitativna raziskava	Namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti, katere dimenzije raznolikosti vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov ter na kakovost izvajanja zdravstvene nege in oskrbe.	Namenski vzorec (n = 449) zdravstvenih delavcev v Sloveniji.	Medicinske sestre bi se morale med formalnim izobraževanjem seznaniti s plastmi raznolikosti, predvsem z dejavniki, kot so vrednote, osebnost, fizične sposobnosti, etničnost in rasa, kar omogoča humano, strokovno, varno, sočutno, odgovorno in vestno opravljanje dela.
Sotler (2017)	Sistematični pregled literature	Namen raziskave je bil predstaviti in primerjati uporabnost nekaterih instrumentov za merjenje kulturnih kompetenc v zdravstvu.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno; MEDLINE PubMed, Cochrane CENTRAL Register of Controlled Trials, EMBASE, EPOC, RDRB/CME, CINAHL, MeSH.	Obstaja potreba po ciljanih izobraževanjih s področja kulturnih kompetenc, saj le ta bistveno vplivajo na dvig stopnje kulturne kompetentnosti zdravstvenih delavcev, še posebej v državah in okoljih, ki še niso toliko multikulturna.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Perng in Watson (2012)	Pregled literature	Opis razvoja lestvice merjenja kulturnih kompetenc medicinskih sester.	Presečna študija (n = 172) študentov zdravstvene nege, ki študirajo ob delu, Tajvan.	Povečanje kulturnih kompetenc in kulturno zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege lahko izboljša kakovost zdravstvene nege in zdravstvene izide. Potrebno je kontinuirano izobraževanje, ki študentom in medicinskim sestram olajša pridobivanje potrebnega znanja, spretnosti in stališč. Smiselna je uporaba lestvice za ocenjevanje stopnje splošne kulturne kompetentnosti medicinskih sester ali študentov zdravstvene nege in izobraževanje, prilagojeno glede na individualne potrebe.
McGee in Johnson (2014)	Pregled literature	Namen raziskave je bil prikazati razvoj kulturnih kompetenc v paliativni oskrbi.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Povečanje etnične raznolikosti v družbi zahteva od medicinskih sester razvoj kulturne kompetentnosti. Trije bistveni elementi kulturne kompetentnosti so: reflektivno samozavedanje, poznavanje drugih ter odprtost za drugačnost.
Gray (2017)	Pregled literature	Namen je bil predstaviti kulturo, kulturne kompetence in medkulturno posvetovanje v zdravstvu.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Krmarjenje v medkulturnih okoljih dejansko pomeni dobro razumevanje pojma kulture. Prav tako zahteva razumevanje naše lastne kulture in zlasti naših eksplicitnih in implicitnih pristranskosti. Za zagotavljanje uspešnosti v raznolikem svetu je treba razviti medkulturne kompetence.
Smith (2018)	Pregled literature	Namen je bil prikazati pomen kulturno kompetentne zdravstvene nege.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Kulturno kompetentno izobraževanje v zdravstveni negi je proces prilagajanja učenja in učnih tehnik na način, ki vrednoti, opolnomoči in se prilagaja raznolikosti študentov zdravstvene nege. Začne se z ocenjevanjem študentovih potreb in vključuje njihovo interakcijo, učne načrte in razvoj politik, v predavalnici in na spletu, vključuje kulturno kompetentne politike in vseživljenjsko učenje.
Schwarz in sodelavci (2015)	Kvantitativna raziskava	Namen je bil potrditi instrument za merjenje kulturnih kompetenc različnih izvajalcev zdravstvenega varstva.	Velikost primerjalnega vzorca (n = 242), ena bolnišnica.	Veljaven, celovit instrument za merjenje kulturnih kompetenc, ki je pomemben in primeren za različne strokovne skupine, lahko zelo olajša prizadevanja zdravstvene organizacije za merjenje in krepitev kulturne kompetentnosti njenih zaposlenih.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Hvalič Touzery (2014)	Kvalitativna raziskava	Namen je bil predstaviti različne definicije in modele kulturnih kompetenc.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo z vse bolj raznoliko kulturno populacijo, kar od njih zahteva razvoj kulturnih kompetenc. Za doseganje le-teh so pomembni poznavanje različnih kultur, samozavedanje in odprt odnos do drugačnosti. Kulturna kompetentnost medicinskih sester vpliva na kakovost zdravstvene nege. Potrebno je ustrezno izobraževanje študentov zdravstvene nege in zaposlenih v zdravstveni negi, saj lahko pomanjkanje kulturnih kompetenc usodno vpliva na potek zdravljenja bolezni in na doživljanje pacienta in njegove družine.
Hvalič Touzery in sodelavci (2014)	Mešane metode: kvalitativna in kvantitativna raziskava	Namen je bil pridobiti mnenje kliničnih mentorjev in študentov FZJ, ki so se udeležili mednarodnih izmenjav o multikulturalizmu.	V neslučajnostni namenski vzorec so bili vključeni štirje klinični mentorji, dve visokošolski učiteljici, ki sta bili hkrati tudi klinični mentorici, in dva študenta z mednarodnimi študijskimi izkušnjami.	Pomembno je oblikovanje in zagotavljanje izobraževalnih vsebin s področja multikulturalizma, ki bodo izboljšale multikulturne kompetence študentov, kliničnih mentorjev, visokošolskih učiteljev in vseh zaposlenih v kliničnem okolju.
Hvalič Touzery in sodelavci (2016)	Kvalitativna metoda	Namen je bil proučiti izkušnje kliničnih mentorjev in visokošolskih učiteljev z mentorstvom tujim študentom zdravstvene nege.	V namenski vzorec je bilo vključenih šest kliničnih mentorjev in visokošolskih učiteljev.	Klinični mentorji nimajo dovolj multikulturnih kompetenc. Po drugi strani so klinični mentorji izrazili visoko pričakovanje, da se bodo tuji študenti prilagodili novemu okolju. Imajo pa pozitiven pogled na izmenjave tujih študentov.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Filej in sodelavci (2016)	Kvantitativna raziskava	Namen je bil ugotoviti, kje na vrednostnem seznamu medicinskih sester so kulturne kompetence.	V priložnostni vzorec je bilo vključenih 49 medicinskih sester, udeleženk rednega letnega strokovnega izpopolnjevanja za klinične mentorje; 348 medicinskih sester, udeleženi v spletni anketi; Slovenija.	Kulturna kompetentnost medicinskih sester zelo vpliva na kakovost zdravstvene nege.
Almutairi in sodelavci (2015)	Kvalitativna raziskava	Namen je bil raziskati, kako kulturna raznolikost medicinskih sester vpliva na kakovostno in varno oskrbo pacientov v eni od terciarnih bolnišnic Savdske Arabije.	Poglobljena študija primera medicinskih sester (n = 24), ki prihajajo iz večkulturnih okolij (Severna Amerika, Južna Afrika, Evropa, Azija, Avstralija, Nova Zelandija, Bližnji vzhod), v učni bolnišnici primarne, sekundarne in terciarne ravni, namenjene nacionalni gardi Savdske Arabije; Savdska Arabija.	Največ ovir za kulturno kompetentno zdravstveno nego predstavljajo etnocentrična osebna prepričanja in pogledi, nezadostna izobraženost in pomanjkanje znanja, slabo oz. nezadostno znanje arabskega jezika in zanašanje na tolmača pri posredovanju zdravstvenih sporočil.
Chen in sodelavci (2018)	Kvantitativna metoda	Namen je bil oceniti stopnjo kulturne kompetentnosti in opredeliti dejavnike, ki vplivajo na razvoj kulturnih kompetenc pri dodiplomskih študentih zdravstvene nege.	Namenski vzorec (n = 106) dodiplomskih študentov zdravstvene nege.	Kulturno usposabljanje, kulturni programi ali medkulturne izkušnje, kot je sodelovanje v mednarodnih projektih ali študij v tujini, lahko vplivajo na učenje in razvoj kulturnega znanja, spretnosti in kulturne ozaveščenosti. Pri načrtovanju izobraževalnih aktivnosti za razvoj kulturnih kompetenc in pridobivanje kulturnega znanja bi bilo treba študente zdravstvene nege aktivno vključiti v skrb za paciente iz različnih kultur ter jih aktivno vključiti v življenje drugih kultur.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Albougami in sodelavci (2016)	Pregled literature	Namen je bil opisati in razpravljati o štirih poznanih modelih kulturnih kompetenc v zdravstveni literaturi.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Vsi štirje modeli kulturnih kompetenc, Leiningerjev, Giger-Davidhizarjev, Purnellov in model Campinha-Bacotejeve, imajo in bodo tudi v prihodnje imeli ključno vlogo pri zagotavljanju napredne in učinkovite zdravstvene nege.
Battle (2012)	Pregled literature	Namen je bil raziskati vpliv kulturne kompetentnosti/ nekompetentnosti na razlike v zdravju.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Priporoča se usposabljanje ponudnikov zdravstvenih storitev v spretnostih in tehnikah kulturnih kompetenc kot ključni element pri zmanjševanju neenakosti v zdravstvenem varstvu.
Loredan in Prosen (2013)	Pregled literature	Namen je bil predstaviti kulturne kompetence, njihov razvoj in elemente ter model kulturnih kompetenc po Campinha-Bacotejevi.	Število pregledanih enot literature ni navedeno; uporaba vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov: COBIB.Si, baz podatkov Willey online library, Sciencedirect ter ProQuest.	S poznavanjem drugih kultur širimo znanje in razvijamo spoštovanje do drugačnosti ter lažje predvidevamo možnost sodelovanja pacienta. Medicinska sestra mora poznati bistvene lastnosti neke kulture, da lahko zagotavlja kulturno kompetentno zdravstveno nego. Medicinska sestra s kulturno kompetentno zdravstveno nego pacientu zagotavlja kakovostno zdravstveno nego.
Babnik in Šavle (2014)	Kvalitativna raziskava	Prispevati k razumevanju ciljev medkulturne edukacije v sklopu študijskih programov zdravstvene nege.	Dve fokusni skupini med že zaposlenimi študenti prve stopnje (n = 10) in druge stopnje (n = 15) študijskega programa Zdravstvena nega.	Zdravstveni delavci se pogosto srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij. Komunikacijske ovire, ki se pri tem pojavljajo, so medsebojno nerazumevanje in nepoznavanje prevladujočih vedenjskih vzorcev. Pomemben element izobraževanja v zdravstveni negi mora biti pridobivanje kulturnih in jezikovnih kompetenc.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Hvalič Touzery in sodelavci (2017)	Kvalitativna študija	Proučiti, kateri dejavniki povečujejo učinkovitost mednarodnih praktičnih praks pri uvajanju v študijske programe zdravstvenega in socialnega varstva.	Vzorec 14 kliničnih mentorjev, 15 visokošolskih učiteljev in 14 študentov z mednarodnimi izkušnjami iz šestih visokošolskih zavodov, ki so del bolonjskega procesa.	Multikulturalizem je temelj učinkovitega internacionaliziranja visokošolskega izobraževanja. Zaznana je potreba po krepitevi medkulturnega znanja in spretnosti kliničnih mentorjev in visokošolskih učiteljev.
Eche in Aronowitz (2017)	Presečna deskriptivna študija	Namen je bil prikazati samo-ocenjeno stopnjo kulturne kompetentnosti v hematološko/onkološki enoti v eni izmed velikih severovzhodnih mestnih otroških bolnišnic v ZDA.	V vzorec je bilo vključenih 38 (n = 38) medicinskih sester, ki so trenutno zaposlene na hematološko/onkološkem oddelku v mestni otroški bolnišnici Boston Children's Hospital, Boston, Massachusetts, ZDA.	Izvajanje kakovostne zdravstvene nege zahteva od medicinskih sester kulturno kompetentnost, da so sposobne skrbeti za različne populacije pacientov. Obstaja vrsta izobraževalnih intervencij, ki se uporabljajo za izboljšanje stopnje kulturne kompetentnosti.
Benbenishty in Biswas (2015)	Kvalitativna analiza	Prikaz pomena kulturnih kompetenc v enotah intenzivne terapije.	Študije primera, štiri primeri iz enote intenzivne nege, Izrael.	V enoti intenzivne nege se komunikacijske spretnosti in kompetence razvijajo v medkulturnih komunikacijah skozi vsakdanjo prakso, več znanja o različnih kulturah se pridobi od pacientov in njihovih družin kot iz lastnega kulturnega ozadja in formalnega usposabljanja. Poudarja se k pacientu usmerjena zdravstvena nega s poudarkom na kulturi posameznika v prevladujoči večinski kulturi.
Hines (2012)	Pregled literature	Predstaviti ocenjevanje in izobraževanje virov za domačo nego in hospice.	Število pregledanih enot literature ni navedeno.	Standardi o kulturno in jezikovno ustreznih zdravstvenih storitvah so predlagani kot sredstvo za odpravo neenakosti, ki obstaja pri zagotavljanju zdravstvenih storitev, in za boljši odziv le-teh na individualne potrebe pacientov.





Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Høye in Severinsson (2010)	Kvalitativna raziskava	Predstaviti izkušnje medicinskih sester, ki prihajajo z intenzivne nege, s konflikti, povezanimi s praktičnimi situacijami, ko se srečujejo s kulturno raznolikimi družinami kritično bolnih.	Fokusna skupina, v kateri je sodelovalo 16 medicinskih sester iz treh univerzitetnih bolnišnic na Norveškem in so izpolnjevale naslednje pogoje: vsaj dve leti delovnih izkušenj, so v zadnjih treh mesecih delale s pacienti, ki prihajajo iz kulturno različnih okolij.	Medicinske sestre morajo spoštovati pravice in privilegije pacientov in njihovih družin za boljše razumevanje njihovega položaja. Spopadati se morajo s številnimi izzivi, ki jih povzročajo različni odnosi s kulturno raznolikimi pacienti. Kompetence na področju kulture in religije se lahko izboljšajo na dodiplomskih in podiplomskih programih zdravstvene nege ter tudi z nadaljevalnimi programi strokovnega izobraževanja.
Goldstein in sodelavci (2014)	Kvantitativna študija	Primerjati zaznane vzorce oskrbe v Avstraliji pri priseljencih in domorodnih pacientih, obolelih za rakom.	Presečna študija, ki se je izvajala na 16 onkoloških klinikah v Novem Južnem Walesu, Viktoriji in Queenslandu. Sodelovali so (n = 1603) pacienti, ki so izpolnjevali naslednja vključitvena merila: v zadnjih 12 mesecih so imeli diagnosticiran rak, so bili stari od 18 do 80 let, so bili rojeni v državah, kjer se govori kitajsko, grško ali arabsko.	Avstralska študija o priseljencih, obolelih za rakom, je potrdila, da le-ti zaznajo slabšo kakovost oskrbe bolezni, tako medicinsko kot tudi psihosocialno, v primerjavi z angloavstralskimi bolniki. Izpostaviti je treba dejavnike, ki vplivajo na kakovostnejšo oskrbo pacientov: usmerjanje v zdravstvenem sistemu, prevedeni podatki in kulturna kompetentnost zdravstvenih delavcev.



Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Herrero-Hahn in sodelavci (2015)	Kvantitativna študija	Adaptacija in validacija lestvice kulturne samoučinkovitosti za strokovnjake zdravstvene nege v Kolumbiji.	Sistematični, naključni vzorec (n = 190) medicinskih sester v Kolumbiji, med septembrom 2013 in aprilom 2014.	Poznavanje ravni kulturne samoučinkovitosti strokovnjakov zdravstvene nege bi omogočilo izvajanje potrebnih sprememb v programih strokovnega usposabljanja in ponudbo dodatnih tečajev za zdravstvene delavce, ki so že diplomirali, izboljšujejo svoje znanje o kulturi in s tem tudi lastno stopnjo kulturne samoučinkovitosti.

Tabela 2: Sinteza znanstvene literature po kategorijah o kulturnih kompetencah medicinskih sester

Kategorija	Opis	Avtorji
Potrebe po kulturno kompetentni zdravstveni negi	Zdravstveni delavci in študenti zdravstvene nege se pri svojem delu srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij.	Høye & Severinsson, 2010; Perng & Watson, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2014; Chen, et al., 2018; Roller & Ballestas, 2018
	Medicinske sestre se morajo spopadati s številnimi izzivi, ki jih povzročajo različni odnosi s kulturno raznolikimi pacienti.	Høye & Severinsson, 2010
	V komunikaciji s pacienti je treba prepoznati njihove kulturne vzorce, ki vplivajo na njihovo zaznavo težav, njihovo spoprijemanje z le-temi ter stopnjo in način sprejemanja pristopov k zdravljenju.	Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014
	S poznavanjem drugih kultur širimo znanje in razvijamo spoštovanje do drugačnosti ter lažje predvidevamo možnost sodelovanja pacienta.	Loredan & Prosen, 2013; Hvalič Touzery, 2014
Kulturna kompetentnost medicinskih sester v zdravstveni negi in oskrbi	Povečanje etnične raznolikosti v družbi zahteva od medicinskih sester razvoj kulturne kompetentnosti.	Perng & Watson, 2012; McGee & Johnson, 2014
	Medicinska sestra mora za zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege poznati bistvene lastnosti določene kulture.	Perng & Watson, 2012; Loredan & Prosen, 2013; Gray, 2017
	Trije bistveni elementi kulturne kompetentnosti so: reflektivno samozavedanje, poznavanje drugih ter odprtost za drugačnost.	McGee & Johnson, 2014; Cai, 2016; Gray, 2017
	Kulturna kompetenca je postopno razvita sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege ne glede različno kulturno ozadje pacientov.	Perng & Watson, 2012; Hvalič Touzery, 2014; Cai, 2016; Filej, et al., 2016; Eche & Aronowitz, 2017



Kategorija	Opis	Avtorji
Instrumenti za merjenje kulturnih kompetenc medicinskih sester	Potreben je veljaven, celovit instrument za merjenje kulturnih kompetenc, ki je pomemben in primeren za različne strokovne skupine in študente zdravstvene nege. Zdravstveni organizaciji zelo olajša prizadevanja za merjenje in krepitev kulturne kompetentnosti njenih zaposlenih in pomaga pri načrtovanju izobraževalnih aktivnosti in študijskih programov.	Perng & Watson, 2012; Schwarz, et al., 2015; Smith, 2018
	Poznavanje ravni kulturne samoučinkovitosti strokovnjakov s področja zdravstvene nege bi omogočilo izvajanje potrebnih sprememb v programih strokovnega usposabljanja.	Herrero-Hahn, et al., 2015
Izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov in študentov o kulturnih kompetencah	Pridobivanje kulturnih in jezikovnih kompetenc mora biti pomemben element izobraževanja v zdravstveni negi.	Høye & Severinsson, 2010; Battle, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Almutairi, et al., 2017; Hvalič Touzery, et al. 2017
	Izobraževanja o kulturnih kompetencah prispevajo k dvigu stopnje kulturne kompetentnosti medicinskih sester, zdravstvenih delavcev in študentov zdravstvene nege.	Høye & Severinsson, 2010; Battle, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014; Herrero-Hahn, et al., 2015; Albougami, et al., 2016; Eche & Aronowitz, 2017; Sotler, 2017; Hvalič Touzery, et al. 2017
	Obstajajo številne izobraževalne aktivnosti, ki se uporabljajo za izboljšanje stopnje kulturne kompetentnosti: na dodiplomskih in podiplomskih programih zdravstvene nege, pa tudi z nadaljevalnimi programi strokovnega izobraževanja.	Battle, 2010; Høye & Severinsson, 2010; Eche & Aronowitz, 2017
	Pomemben način učenja kulturne kompetentnosti so tudi mednarodne študentske izmenjave, pri čemer so študenti aktivno vključeni v skrb za paciente iz različnih kultur, sočasno pa sami spoznavajo življenje v drugi kulturi.	Hvalič Touzery, et al., 2014; Chen, et al., 2018; Roller & Ballestas, 2018; Hvalič Touzery, et al., 2016
	V enoti intenzivne nege se komunikacijske spretnosti in kompetence razvijajo v medkulturnih komunikacijah skozi vsakdanjo prakso, več znanja o različnih kulturah se pridobi od pacientov in njihovih družin kot pa iz lastnega kulturnega ozadja in formalnega usposabljanja.	Benbenishty & Biswas, 2015



Kategorija	Opis	Avtorji
Vpliv kulturne kompetentnosti na kakovost zdravstvene nege in oskrbe	Kulturna kompetentnost medicinskih sester zelo vpliva na kakovost zdravstvene nege.	Loredan & Prosen, 2013; Hvalič Touzery, 2014; Goldstein, et al.; 2014; Filej, et al., 2016
	Povečanje stopnje kulturne kompetentnosti in zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege lahko izboljša kakovost zdravstvene nege in zdravstvene izide.	Perng & Watson, 2012; Eche & Aronowitz, 2017
	Avstralska študija o priseljencih, obolelih za rakom, je potrdila, da le-ti zaznajo slabšo kakovost oskrbe bolezni, tako medicinsko kot tudi psihosocialno, v primerjavi z angloavstralskimi pacienti.	Goldstein, et al., 2014
Ovire za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege	Največ ovir za kulturno kompetentno zdravstveno nego predstavljajo etnocentrična osebna prepričanja in pogledi, nezadostna izobraženost, pomanjkanje znanja, slabo oz. nezadostno znanje jezika in zanašanje na tolmača pri posredovanju zdravstvenih sporočil.	Almutairi, et al., 2015
	Pri srečevanju zdravstvenih delavcev s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij se pojavijo naslednje komunikacijske ovire: medsebojno nerazumevanje in nepoznavanje prevladujočih vedenjskih vzorcev.	Babnik & Šavle, 2014

V tabeli 2 je prikazana kvalitativna sinteza pridobljenih podatkov s področja kulturnih kompetenc medicinskih sester, ki je podala šest temeljnih vsebinskih kategorij:

- (1) potrebe po kulturno kompetentni zdravstveni negi,
- (2) kulturna kompetentnost medicinskih sester v zdravstveni negi,
- (3) instrumenti za merjenje kulturnih kompetenc medicinskih sester,
- (4) izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov in študentov o kulturnih kompetencah,
- (5) vpliv kulturne kompetentnosti na kakovost zdravstvene nege in oskrbe,
- (6) ovire za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege.

4 RAZPRAVA

V našem življenjskem prostoru že od nekdaj obstaja raznolikost kultur, religij, vrednot, življenjskih prepričanj, nagnjenj in stilov, ki se jih zdravstveni delavci niso zavedali in jih pri svojem delu tudi niso upoštevali (Jelenc, et al., 2016). V preteklosti nismo namenjali toliko pozornosti migracijam narodov, ki so se dogajale, kot danes. V Sloveniji prebivajo ljudje različnih narodnosti in verskih prepričanj, ki so se večinoma uspešno vključili v življenjski prostor. Številni avtorji ugotavljajo, da se tako zdravstveni delavci kot študenti zdravstvene nege pri svojem delu srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij (Høye & Severinsson, 2010; Perng & Watson, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2014; Chen, et al., 2018; Roller & Ballestas, 2018), pri tem pa se predvsem medicinske sestre spopadajo s številnimi izzivi, ki jih povzročajo različni odnosi s pacienti z različnim kulturnim ozadjem (Høye & Severinsson, 2010). Glede na ugotovitve avtorjev je treba v komunikaciji s pacienti prepoznati njihove kulturne vzorce, ki vplivajo na njihovo zaznavo težav, njihovo spoprijemanje z le-timi ter stopnjo in način sprejemanja pristopov k zdravljenju (Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014). Etnične in kulturne razlike vplivajo na vzorce napredovanja bolezni, izkušnje



bolezni ter na iskanje in uporabo zdravstvenih storitev (Evans, et al., 2012). Medicinska sestra mora imeti znanje o drugih kulturah, poznati mora pacientova prepričanja, kulturne navade in običaje, ki pomembno vplivajo na njegovo zdravje (Halbwachs, 2014). Loredan in Prosen (2013) ter Hvalič Touzery (2014) ugotavljajo, da s poznavanjem drugih kultur širimo znanje in razvijamo spoštovanje do drugačnosti ter lažje predvidevamo možnost sodelovanja pacienta.

Krmarjenje v medkulturnih okoljih dejansko pomeni dobro razumevanje pojma kulture. Prav tako zahteva razumevanje naše lastne kulture ter zlasti naših eksplicitnih in implicitnih pristranskosti. Za zagotavljanje uspešnosti v raznolikem svetu je treba razviti medkulturne kompetence (Gray, 2017). Kulturna kompetenca je sposobnost, ki jo potrebuje zdravstveno osebje, da zagotovi varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientom, ki prihajajo iz različnih kulturnih okolij (Perng & Watson, 2012), s tem zagotavljajo zdravstveno nego in oskrbo, ki je usmerjena k individualnim potrebam pacienta. Je postopno razvita sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege ne glede na različno kulturno ozadje pacientov (Perng & Watson, 2012; Hvalič Touzery, 2014; Cai, 2016; Filej, et al., 2016; Eche & Aronowitz, 2017). Loredan in Prosen (2013) navajata, da mora medicinska sestra poznati bistvene lastnosti neke kulture, da lahko zagotavlja kulturno kompetentno zdravstveno nego. McGee in Johnson (2014) ugotavljata, da zahteva povečanje etnične raznolikosti v družbi od medicinskih sester razvoj kulturne kompetentnosti, pri čemer so bistveni elementi trije: reflektivno samozavedanje, poznavanje drugih ter odprtost za drugačnost.

Številni avtorji ugotavljajo, da je potreben veljaven in celovit instrument za merjenje kulturnih kompetenc, primeren za različne strokovne skupine in študente zdravstvene nege. Tak instrument zdravstveni organizaciji zelo olajša prizadevanja za merjenje in krepitev kulturne kompetentnosti njenih zaposlenih, pomaga pri načrtovanju izobraževalnih aktivnosti in je podlaga za vzpostavitev študijskih programov (Hvalič Touzery, et al., 2014; Schwartz, et al., 2015; Hvalič Touzery, et al., 2016; Chen, et al., 2018; Roller & Ballestas, 2018). Podobno v svoji raziskavi ugotavlja tudi Herrero - Hahn s sodelavci (2015), ki navaja, da bi poznavanje ravni kulturne samoučinkovitosti strokovnjakov zdravstvene nege omogočilo uvajanje potrebnih sprememb v programe strokovnega usposabljanja. Schwarz in sodelavci (2015) navajajo, da veljaven, zanesljiv in generaliziran instrument za merjenje kulturnih kompetenc pomeni pomemben korak pri vzpostavitvi stroge empirične povezave med kulturnimi kompetencami in pričakovanimi zdravstvenimi izidi.

Pridobivanje kulturnih in jezikovnih kompetenc mora biti pomemben element izobraževanja v zdravstveni negi (Høye & Severinsson, 2010; Battle, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2014; Hvalič Touzery, et al., 2016; Almutairi, et al., 2017; Hvalič Touzery, et al., 2017). Izobraževanja o kulturnih kompetencah prispevajo k dvigu stopnje kulturne kompetentnosti medicinskih sester, zdravstvenih delavcev in študentov zdravstvene nege (Høye & Severinsson, 2010; Battle, 2012; Babnik & Šavle, 2014; Hvalič Touzery, 2014; Herrero - Hahn, et al., 2015; Albougami, et al., 2016; Hvalič Touzery, et al., 2016; Eche & Aronowitz, 2017; Sotler, 2017; Hvalič Touzery, et al., 2017). Obstajajo številne izobraževalne aktivnosti, ki se uporabljajo za izboljšanje stopnje kulturne kompetentnosti: na dodiplomskih in podiplomskih programih zdravstvene nege, pa tudi z nadaljevalnimi programi strokovnega izobraževanja (Battle, 2010; Høye & Severinsson, 2010; Eche & Aronowitz, 2017). Izobraževanja s področja kulturnih kompetenc bi lahko bila opredeljena natančneje, če bi se za ocenjevanje kulturnih kompetenc uporabljali validirani instrumenti in orodja (Purnell, 2016). Pomemben način učenja kulturne kompetentnosti so tudi mednarodne študentske izmenjave, pri čemer so študenti aktivno vključeni v skrb za paciente iz različnih kultur, sočasno pa sami spoznavajo življenje v drugi kulturi (Hvalič Touzery, et al., 2014; Hvalič Touzery, et al., 2016; Chen, et al., 2018; Roller & Ballestas, 2018). Spoznavanje osnovnih medkulturnih izkustev bi moralo biti umeščeno v predmetnik visokih zdravstvenih šol, študente pa bi bilo treba vzpodbujati k študentskim izmenjavam (Roller & Ballestas, 2018), saj ugotavljamo, da so navedene vsebine v slovenskem prostoru slabo vključene v predmetnike dodiplomskih in podiplomskih študijskih programov zdravstvene nege. Visoka zdravstvena šola v Celju, ki je zagovornica kakovostnega izobraževanja medicinskih sester/zdravstvenikov, bo v prihodnjem študijskem letu dodatno vključila v predmetnik izbirni predmet s področja medkulturne oskrbe pacientov v zdravstvu. S tem bo študentom zdravstvene nege omogočeno, da bodo med formalnim izobraževanjem pridobili kulturne kompetence za kasnejše kakovostno in varno delo na področju zdravstvene nege. S tem bomo lahko zagotavljali holistično zdravstveno obravnavo pacientov, ki je usmerjena k njihovim potrebam. Presenetila nas je ugotovitev, da se v enotah intenzivne nege komunikacijske spretnosti in kompetence razvijajo v medkulturnih komunikacijah skozi vsakdanjo prakso, več znanja o različnih kulturah se pridobi od pacientov in njihovih družin kot iz





lastnega kulturnega ozadja in formalnega usposabljanja (Benbenishty & Biswas, 2015). Ugotavljamo, da je učenje lastnosti in značilnosti o pacientovi kulturi opredeljeno kot vrlina. Bolj kot medicinska sestra pozna pacientovo kulturo, boljše lahko načrtuje kulturno kompetentno zdravstveno nego, kar navaja tudi Purnell (2016). Battle (2012) v raziskavi ugotavlja, da je izobraževanje o kulturnih kompetencah eden od pristopov za zmanjševanje razlik v zdravstvu, ki mora biti obravnavano večplastno, Hines (2012) pa navaja, da so ravno standardi, ki jih je razvilo Ministrstvo za zdravje Združenih držav Amerike, predlagani kot sredstvo za odpravo neenakosti, ki obstaja pri zagotavljanju zdravstvenih storitev, in da se te storitve bolj odzivajo na posamezne potrebe vseh pacientov. V slovenskem prostoru standardov in smernic za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege nimamo, obstajajo le priporočila, ki izhajajo iz Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi. Le-ta nam narekujejo spoštovanje pacientovih potreb, vrednot in prepričanj, dejavniki, kot so starost, spol, rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje in invalidnost, pa nikakor ne smejo vplivati na odnos medicinske sestre do pacienta (Zbornica zdravstvene in babiške nege, 2014).

Kulturna kompetentnost medicinskih sester zelo vpliva na kakovost zdravstvene nege (Loredan & Prosen, 2013; Hvalič Touzery, 2014; Goldstein, et al., 2014; Filej, et al., 2016). Povečanje stopnje kulturne kompetentnosti in zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege lahko izboljša kakovost zdravstvene nege in zdravstvene izide (Perng & Watson, 2012; Eche & Aronowitz, 2017). Trdimo lahko, da kakovostna, k pacientu usmerjena zdravstvena nega brez kulturne kompetentnosti ne more obstajati. Kulturno kompetentno izvajanje zdravstvene nege je namreč sposobno upoštevati vprašanja kakovosti in kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev (Kolapo, 2017). Izboljšanje kulturnih kompetenc medicinskih sester, zaposlenih v enotah intenzivne nege, pomembno prispeva k izboljšanju zdravstvenih izidov za paciente in njihove družine ter podpira učinkovito strokovno komunikacijo in timsko delo, ki lahko prispeva k večji varnosti in kakovosti zdravstvene nege v enotah intenzivne nege (Northam, et al., 2015). Številne raziskave so pokazale, da pomanjkanje kulturnih kompetenc medicinskih sester prispeva k neenakosti v zdravju in k slabim zdravstvenim izidom (Purnell, 2016; Wolfe Kohlbray, 2016). Neenakosti v zdravju predstavljajo strošek za paciente, njihove družine in tudi za zdravstveni sistem. Različne stopnje kulturne kompetentnosti predstavljajo vrzel med medicinsko sestro ter varno, kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego (Wolfe Kohlbray, 2016).

Največ ovir za kulturno kompetentno zdravstveno nego naj bi predstavljala ravno etnocentrična osebna prepričanja in pogledi, nezadostna izobraženost, pomanjkanje znanja, slabo ali nezadostno znanje jezika in zanašanje na tolmača pri posredovanju zdravstvenih sporočil (Almutairi, et al., 2015). Kulturna raznolikost, ki se kaže z razlikami v obnašanju, tradiciji, etičnih in moralnih načelih, dojemanju zdravja in bolezni ter jezikovnih ovirah, pogosto povzroči nerazumevanje, prepire, konflikte, etnocentrizem, stereotipe in diskriminacijo (Almutairi, et al., 2017). Babnik in Šavle (2014) ugotavljata, da se pri srečevanju zdravstvenih delavcev s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij pogosto pojavijo naslednje komunikacijske ovire: medsebojno nerazumevanje in nepoznavanje prevladujočih vedenjskih vzorcev. Goldstein s sodelavci (2014) je predstavil rezultate avstralske študije o priseljencih, obolelih za rakom, ki potrjuje, da le-ti zaznajo slabšo kakovost oskrbe bolezni, tako medicinske kot tudi psihosocialne, v primerjavi z angloavstralskimi pacienti. Johnston in sodelavci (2013) navajajo, da kulturno razumevanje in spoštovanje vrednot etničnih manjšin lahko pomeni vzpostavitev zaupanja pripadnikov etničnih manjšin tradicionalni medicini, kar pomembno vpliva na njihove zdravstvene odločitve.

Eden glavnih ciljev kulturno kompetentne zdravstvene nege je zmanjšati neenakosti v zdravju in v zdravstveni negi (Diaz, et al., 2015; Purnell, 2016; Kolapo, 2017). Zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege namreč izboljšuje pravičnost in varnost za paciente ter zagotavlja ustrezno izrabo virov in pomaga uravnotežiti neravnovesje moči (Johnston, 2013).

Medicinske sestre živijo v pomanjšanem svetu, v katerem vsakodnevno komunicirajo z ljudmi iz številnih kultur; kulturna zavest mora postati strokovna miselnost, ki je bistvena za uspešno sodelovanje v tem multikulturnem zdravstvenem okolju (Frederick & Marinelli, 2014), sodobna zdravstvena nega mora upoštevati spremembe današnjega sveta in jim slediti (Halbwachs, 2014). Skozi pregled literature lahko potrdimo, da je kulturna kompetentnost medicinskih sester pomembna za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe.





5 ZAKLJUČEK

Naša populacija postaja vedno bolj raznolika, zato bo treba v sodobni zdravstveni negi razvijati nove spretnosti in veščine, ki bodo sledile tem potrebam. Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege pomeni izvajanje celostne, k pacientu usmerjene zdravstvene nege, ki se mora izvajati v vseh okoljih. Z življenjem v večkulturni družbi je treba skrbeti hkrati za lastno kulturo, sprejemanje drugačnosti, za razvoj lastne kulturne kompetentnosti, pripravljenosti na vseživljenjsko učenje ter za razvoj kulture in sprejemanje drugačnosti v širši družbi. Zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege zagotovo pomeni večjo kakovost in varnost za paciente na eni strani, po drugi strani pa uvedbo sprememb v sisteme izobraževanja na vseh ravneh.

Ugotavljamo, da se v Sloveniji zavedamo pomena in vpliva kulturnih kompetenc na kakovost zdravstvene nege, vendar so medicinske sestre večinoma premalo opolnomočene z znanji o različnih kulturah. Na podlagi opravljene raziskave, ki smo jo izvedli tudi v Sloveniji, smo v okviru mednarodnega raziskovalnega in razvojnega projekta Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-ICU) izdelali prvo spletno izobraževalno platformo, ki je namenjena medicinskim sestram v enotah intenzivne terapije, da pridobijo znanja in spretnosti s področja medkulturne oskrbe pacientov v zdravstvu. Medicinske sestre so nov pristop samoizobraževanja na spletni platformi sprejele pozitivno. V evalvaciji so udeleženci testiranja izobraževalne platforme izrazili mnenje, da je uporaba platforme preprosta in pripomore k pridobitvi novega znanja. To je pokazal tudi zaključni test, ki so ga izpolnili udeleženci usposabljanja. Večjo pozornost v prihodnje je treba nameniti tudi raziskovanju tega področja. Prenos raziskovalnih ugotovitev s področja kulturnih kompetenc je ključno za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege.

Menimo, da je treba učenje kulturnih kompetenc vključiti v obstoječe dodiplomske in podiplomske študijske programe zdravstvene nege ter aktivno spodbujati mednarodne izmenjave študentov ter tudi visokošolskih učiteljev in sodelavcev. Za slovensko okolje, ki je precej specifično v multikulturnem smislu, bi bilo treba razviti in validirati instrument za merjenje kulturnih kompetenc zaposlenih in študentov zdravstvene nege, ki bi predstavljal izhodišče za načrtovanje učnih aktivnosti.

Zavedati se je potrebno, da kulturna kompetentnost v zdravstveni negi in oskrbi pomeni prilagodljivost in spoštovanje drugačnosti, a začne se s poznavanjem in sprejemanjem lastne kulture in lastne drugačnosti.





POVZETEK POGLAVJA

Kulturna kompetentnost predstavlja novo dimenzijo profesionalne kompetentnosti v zdravstveni negi. Kulturno kompetentne medicinske sestre so sposobne znanje o različnih kulturah prenesti v prakso in ga uporabiti v praksi, s tem pa zagotavljati kakovostno in varno zdravstveno nego, ki je usmerjena k individualnim potrebam pacienta.

Uporabljena je bila metoda pregleda znanstvene in strokovne literature, omejene na objave v slovenskem in angleškem jeziku ter izdajo v časovnem obdobju od leta 2010 do 2018. Izbor člankov je bil opravljen glede na naslednja vključitvena merila: dostopnost, znanstvenost, vsebinska ustreznost in aktualnost. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Z vsebinsko analizo 27 strokovnih in znanstvenih besedil so bila podana temeljna izhodišča za oceno in predstavitev pomena kulturnih kompetenc medicinskih sester za kakovostno zdravstveno nego. Prepoznanih je bilo šest vsebinskih kategorij: potrebe po kulturno kompetentni zdravstveni negi, kulturna kompetentnost medicinskih sester v zdravstveni negi, instrumenti za merjenje kulturnih kompetenc medicinskih sester, izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov in študentov o kulturnih kompetencah, vpliv kulturne kompetentnosti na kakovost zdravstvene nege in oskrbe, ovire za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege.

Kulturna kompetentnost mora postati strokovna miselnost medicinskih sester, je bistvena za uspešno sodelovanje v multikulturnem zdravstvenem okolju, sodobna zdravstvena nega pa mora z uporabo različnih intervencij v kliničnem okolju in v izobraževanju te spremembe znati upoštevati in jim slediti.

Ključne besede: kulturne kompetence, medicinska sestra, zdravstvena nega.

SUMMARY OF THE CHAPTER

THE IMPORTANCE OF CULTURAL COMPETENCES OF NURSES FOR QUALITY AND PATIENT ORIENTED NURSING CARE

Cultural competence represents a new dimension of professional competence in nursing care. Cultural competent nurses are capable of transferring and applying knowledge about different cultures in practice, thus ensuring patient oriented, quality and safe nursing care.

The method of the review of scientific and professional literature was used, limited to the publications in Slovene and English, published in the time period from 2010 to 2018. The selection of the articles was performed according to the following inclusion criteria: availability, scientific orientation, relevance of content and topicality. After the selection, the data were analyzed with quantitative contents analysis.

With contents analysis of 27 professional and scientific texts, the fundamental starting points for assessment and presentation of the importance of the cultural competences of nurses for quality nursing care. Six categories of content were identified: the needs for cultural competent nursing care, the cultural competence of nurses, instruments for measuring the cultural competences of nurses, education of health professionals and students on cultural competences, the impact of cultural competences on the quality of nursing care, barriers to the implementation of culturally competent nursing care.

Cultural competence must become a professional mentality of nurses, it is essential for successful participation in a multicultural health environment, and modern nursing care must be taken into account and followed by using various interventions in the clinical environment and in education.

Key words: cultural competences, nurse, nursing care.



LITERATURA IN VIRI

1. Albougami, A. S., Pounds, K. G. & Alotaibi, J. S., 2016. Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(3), pp. 1–5.
2. Almutairi, A. F., McCarthy, A. & Gardner, G. E., 2015. Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: registered nurses' experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), pp. 16–23. Doi: 10.1177/1043659614523992
3. Almutairi, A. F., Abdallah A. Adlan, A. A. & Maliha Nasim, M., 2017. Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BMC Nursing*, 16(47), pp. 16–47. Doi: 10.1186/s12912-017-0242-2
4. Babnik, K. & Šavle, M., 2014. Kulturna raznolikost: komunikacija s pacienti iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij. In: Štemberge Kolnik, T., et al., eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014. Zbornik prispevkov z recenzijo*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 153–158.
5. Banfi, T., 2013. Vloga tolmača pri obravnavi tujejezičnih pacientov. In: Filej, B. ed. *Celostna obravnava pacienta – Kako daleč smo še do cilja. Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni, ekonomski vidik. Zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 25. in 26. oktober, 2012*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 61–72.
6. Battle, A., 2012. »Can Cultural Competence have an Impact on Health Disparities?« *Advances in Education in Diverse Communities: Research, Policy and Praxis*, 9, pp. 263–276. Doi: 10.1108/S1479-358X(2012)0000009016
7. Benbenishty, J. & Biswas, S., 2015. Cultural Competence in Critical Care: Case Studies in the ICU. *Journal of Modern Education Review*, 5(7), pp. 723–728. Doi: 10.15341/jmer(2155-7993)/07.05.2015/011
8. Benbenishty, J., Gutysz - Woynicka, A., Hart, A. & Barkstad, E., 2017. The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 22(5), pp. 262–263. Doi: 10.1111/nicc.12313
9. Cai, D. Y., 2016. A Concept Analysis of Cultural Competence, *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp. 268–273. Doi: 10.1016/j.ijnss.2016.08.002
10. Chen, H. C., Jensen, F., Measom, G., Bennett, S., Nichols, N. D., Wiggins, L. & Anderton, A., 2018. Factors Influencing the Development of Cultural Competence in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 57(1) pp. 40–43. Doi: 10.3928/01484834-20180102-08
11. Diaz, C., Clark, P. N. & Wairimu Gatua, M., 2015. Cultural competence in rural nursing education: Are we there yet? *Nursing Education Perspectives*, 36(1), pp. 22–26. Doi: 10.5480/12-1066.1
12. Eche, I. J. & Aronowitz, T., 2017. Evaluating Cultural Competence of Pediatric Oncology Nurses at a Teaching Hospital: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(6), pp. 1–5. Doi: 10.1177/1043454217713452
13. Evans, N., Menaca, A., Koffman, J., Harding, R., Higginson, I. J., Pool, R. & Gysels, M., 2012. Cultural competence in End-Of-Life care: terms, definitions and conceptual models from the British literature. *Journal of Palliative medicine*, 15(7), pp. 812–820. Doi: 10.1089/jpm.2011.0526
14. Filej, B., Kaučič, B. M., Breznik, K. & Razlag Kolar, T., 2016. Cultural competence of nurses. In: Kaučič, B. M., et al., eds. *Multicultural society and aging-challenges for nursing in Europe: selected chapters*. Celje: College of Nursing, pp. 16–23.
15. Frederick, D. & Marinelli, M., 2014., Cultural Competency Adapting to diversity improves patient care. *OR Nurse* 8(6), pp. 28–33. Doi: 10.1097/01.ORN.0000455900.70583.31
16. Goldstein, D., Bell, M. L., Butow, P., Sze, M., Vaccaro, L., Dong, S., et al., 2014. Immigrants' perceptions of the quality of their cancer care: an Australian comparative study, identifying potentially modifiable factors. *Annals of Oncology*, 25(8), pp. 1643–1649. Doi:10.1093/annonc/mdu182
17. Gray, B., 2017. Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation. *Journal of Paediatrics and Child Health* 54(4), pp. 1–3. Doi: 10.1111/jpc.13769
18. Halbwachs, H. K., 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: Kvas, A., et al., eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45–54.
19. Halbwachs, H. K., 2016. Predgovor. In: Lipovec Čebren, U. ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Projekt Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 7–8.



- 
20. Herrero-Hahn, R., Juan Guillermo Rojas, J. G., Ospina-Díaz, J.M., Montoya-Juárez, R., Restrepo-Medrano, J. C. & César Hueso-Montoro, C., 2015. Cultural Adaptation and Validation of the Cultural Self-Efficacy Scale for Colombian Nursing Professionals. *Journal of Transcultural Nursing* 28(2), pp. 195-202, Doi: 10.1177/1043659615613419
 21. Hines, D., 2012. Cultural competence. Assessment and Education Resources for Home Care and Hospice Clinicians. *Home Healthcare Nurse*, 30(1), pp. 38–45. Doi: 10.1097/NHH.0000000000000080
 22. Høye, S. & Severinsson, E., 2010. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 858–867. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x
 23. Hvalič Touzery, S., 2014. Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. In: Pivač, S., et al., eds. 8. šola za klinične mentorje: Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 46–55.
 24. Hvalič Touzery, S., Kalender Smajlović, S. & Smodiš, M., 2014. Multikulturne kompetence kliničnih mentorjev. Rezultati projekta Soulbus. In: Pivač, S., et al., eds. 8. šola za klinične mentorje: Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 56–64.
 25. Hvalič Touzery, S., Kalender Smajlović, S. & Smodiš, M., 2016. Mentorstvo tujim študentom zdravstvene nege: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 76–86.
 26. Hvalič Touzery, S., Hopia, H., Sanna Sihvonen, S., Diwan, S., Sen, S. & Skela Savič, B., 2017. Perspectives on enhancing international practical training of students in health and social care study programs — A qualitative descriptive case study. *Nurse Education Today*, Nurse Education Today. 48, pp. 40-47. Doi: 10.1016/j.nedt.2016.09.013
 27. Institut informacijskih znanosti, 2016. *Tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS*. [online] Available at: http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf [4. 12. 2016].
 28. Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebon, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: Lipovec Čebon, U. ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 11–20. [online] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf [12. 2. 2018].
 29. Kolapo, T. F., 2017. Culturally Competent Commissioning; Meeting the Needs of Canada's Diverse Communities: The Road Map to a Culturally Competent Mental Health System for All. *Canadian journal of community mental health*, 36(4), pp. 83-96. Doi:10.7870/cjcmh-2017-034
 30. International Council of Nurses, 2012. *The ICN code of ethics for nurses* [online] Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [30. 5. 2018]
 31. Johnston, G., Vukic, A. & Parker, S., 2013. Cultural understanding in the provision of supportive and palliative care: perspectives in relation to an indigenous population. *B BMJ Supportive & Palliative care*, 3(1), pp. 61-68
 32. Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83–89.
 33. McGee, P. & Johnson, M., 2014. Developing cultural competence in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 19(2), pp. 91–93. Doi: 10.12968/bjcn.2013.18.6.296
 34. Northam, H. L., Hercelinskyj, G., Grealish, L. & Mak, A. S., 2015. Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments – A pilot study of a teaching innovation. *Australian Critical Care*, 28(4), pp. 189–195. Doi: 10.1016/j.aucc.2014.12.003
 35. Perng, S. A. & Watson, R., 2012. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), pp., 1678–1684. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x
 36. Polit, D. F. & Beck, T. C., 2008. *Nursing reaserch: principles and methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Wiliams & Wilkins, pp. 3–167.
 37. Purnell, L., 2016. Are we really measuring cultural competence? *Nursing Science Quarterly*, 29(2), pp. 124–127. Doi: 10.1177/0894318416630100
 38. Razlag Kolar, T., Kaučič, B. M. & Filej, B., 2017. Kulturne kompetence medicinskih sester v paliativni oskrbi – pregled literature. In: Kalender Smajlović, S. ed. *Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Zdravstveni poklici na poti profesionalizacije in razvoja novih poklicnih vlog: zbornik predavanj z recenzijo / 9. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Bled, 19. maj 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 117-129.





39. Roller, M. C. & Ballestas, H., 2018. Cultural Competency Quantitative Research: One-Year Post Experience.
40. Sak-Dankosky, N., Adruszkiewicz, P., Sherwood, R. P. & Kvist, T., 2014. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatients-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), pp. 957–974. Doi: 10.1111/jan.12276
41. Schwarz, J. L., Witte, R., Sellers, S. L., Luzadis, R. A., Weiner, J. L., Eloiza Domingo - Snyder, E. D. & Page, E., 2015. Development and Psychometric Assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, pp. 1–8. Doi: 10.1177/0046958015583696
42. Shen, Z., 2015. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), pp. 308–321. Doi: 10.1177/1043659614524790
43. Smith, L. S., 2018. Cultural competence: a nurse educator's guide. *Nursing*, 49(7), pp. 18–21. Doi: 10.1097/01.NUMA.0000529933.83408.06
44. Sotler, R., 2017. Merjenje kulturnih kompetenc v zdravstvu – uporabnost in zanesljivost. In: Velikonja Kregar, D. ed. *Celostna obravnava pacienta. Zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 10. november 2016*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 467–477.
45. Starc, J., 2017. Mnenje medicinskih sester o upravljanju z raznolikostjo pacientov. In: Velikonja Kregar, D. ed. *Celostna obravnava pacienta. Zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 10. november 2016*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 18–31.
46. Starc, J. & Erjavec, K., 2017. Impact of the Dimensions of Diversity on the Quality of Nursing Care: The Case of Slovenia. *Journal of Medical Sciences*, 5(3), pp. 383–390. Doi: 10.3889/oamjms.2017.086
47. Unger, J. B. & Schwartz, S. J., 2012. Conceptual considerations in studies of cultural influences on health behaviors. *Preventive Medicine*, 55(5), pp. 353–355. Doi: 10.1016/j.ypmed.2012.09.024
48. Wolfe Kohlbry, P., 2016. The impact of international service-learning on nursing student's cultural competency. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), pp. 303–311. Doi: 10.1111/jnu.12209
49. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.







IZOBRAŽEVALNE POTREBE MEDICINSKIH SESTER V ENOTAH INTENZIVNE TERAPIJE ZA PRIDOBITEV MEDKULTURNIH KOMPETENC

izr. prof. dr. Kristijan Breznik

doc. dr. Boris Miha Kaučič

doc. dr. Bojana Filej

1 UVOD

Živimo v družbi, ki postaja vse bolj kulturno raznolika. Na to vplivajo mnogi dejavniki, kot so vojne, neustrezne ekonomske in življenjske razmere ter klimatske spremembe. Navedeni dejavniki so najpogostejši razlogi za migracije.

Tudi Slovenija je kulturno precej heterogena, saj na majhnem prostoru (20.273 km²) živijo dve tradicionalni nacionalni manjšini – italijanska in madžarska narodna skupnost ter posebna romska skupnost. Vse tri skupnosti so ustavno zavarovane po 64. in 65. členu Ustave RS (Republika Slovenija, Urad za narodnosti, 2018). Poleg njih živijo v Sloveniji še etnične skupine Srbov (2 odstotka), Hrvatov (1,8 odstotka), Bošnjakov (1,1 odstotka) in 12 odstotkov drugih skupin (popis prebivalstva 2002). V register cerkva in drugih verskih skupnosti je vpisanih 54 cerkva in drugih verskih skupnosti (Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo, 2018).

Naraščajoča kulturna raznolikost vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi, saj je to osnova za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave ljudi različnih kultur. Tudi Young in Guo (2016) poudarjata naraščanje raznolikosti populacije, kar predstavlja izziv tako zdravstvenim izvajalcem kot tudi prejemnikom zdravstvene oskrbe. Chen in sodelavci (2017) menijo, da je imperativ za zdravstvene izvajalce, da so usposobljeni za izvajanje kulturno kompetentne oskrbe pacientov, saj bi se s tem, kot navajajo Keršič Svetel in sodelavci (2016), izognili nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci. Po mnenju Wolfe Kohlbray (2016) pomanjkanje kulturnih kompetenc prispeva k razlikam v zdravju in k slabim zdravstvenim izidom. Zato je ključno poznavanje različnih kultur, različnih načinov življenja ter različnih pogledov na svet.

Leiningerjeva (1995, cited in Chen, et al., 2017, p. 40) navaja definicijo kulture kot »spoznavanje, širjenje in posredovanje znanja o vrednotah, prepričanjih in življenjskih poteh določene skupine«, ki poudarja predvsem pomen odnosov med izvajalci zdravstvene oskrbe in pacienti.

Zavedati se moramo, da je v življenju pacienta pomembna kultura, saj pomanjkljivo prepoznavanje kulturnih znakov negativno vpliva na skladnost, dobro počutje in zdravljenje pacientov (Leininger & McFarland, 2006).

Čeprav smo zdravstveni strokovnjaki k enakopravni obravnavi vseh ljudi zakonsko in etično zavezani, vendar kot navaja Keršič Svetel s sodelavci (2016), je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur in prepričanj tako zahtevna, da sama zavezanost zakonodaji in etiki ni dovolj in da je za pridobitev kompetenc na tem področju potrebno tudi veliko znanja. Ni dovolj, da smo do ljudi drugih kultur empatični, obvladovati moramo tudi različne pojme, spretnosti, veščine, socialne odnose, stališča, ravnanja, odnose do samega sebe itd., saj gre tudi za različne poglede in za različno razumevanje zdravja, bolezni in bolečine, gre za različno dojemanje zdravstvene oskrbe, zdravljenja in negovanja.

2 KONCEPT KULTURNE KOMPETENTNOSTI

Ena izmed priznanih definicij kulturne kompetentnosti navaja, da je to »stalni proces v katerem si zdravstveni strokovnjaki kontinuirano prizadevajo doseči sposobnost in zmožnost za učinkovito delo v kulturnem kontekstu pacienta« (Campinha-Bacote, 2007, p. 15). Campinha-Bacote (2007) je predlagala model kulturne kompetentnosti pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Model je sestavljen iz konstruktov, in sicer: kulturna



zavest, znanje o kulturi, kulturna spretnost in kulturna želja. Navedeni konstrukti so medsebojno odvisni. Izvajalci zdravstvene oskrbe si morajo pridobiti izkušnje o vseh navedenih konstruktih, ki zagotavljajo učinkovito in kulturno odzivno oskrbo za vse paciente (Campinha-Bacote, 2007).

Definicije kulturne kompetentnosti so različne. Young in Guo (2016) jo razumeta kot posedovanje stališč, znanja in spretnosti, ki so potrebna za zagotavljanje kakovostne oskrbe različni populaciji, ali zmožnost izvajati kulturno ustrezno oskrbo. Diaz in sodelavci (2015) poudarjajo, da kulturna kompetentnost vključuje sposobnost prepoznavanja, razumevanja in spoštovanja vrednot ter prepričanj drugih. Betancourt (2006) navaja, da je zdravstveni sistem kulturno kompetenten, če »priznava in vključuje – na vseh ravneh – pomen kulture, ocenjuje medkulturne odnose, je pozoren do kulturne različnosti, poudarja pomen znanja o kulturah in prilagaja storitve za zadovoljevanje kulturno specifičnih potreb«.

Vsekakor je razvoj kulturne kompetentnosti med zdravstvenimi strokovnjaki po mnenju Cruz in sodelavci (2016) prepoznano kot vseživljenjski in dinamični razvojni proces, ki je usmerjen v učinkovito izvajanje zdravstvene oskrbe različnim pacientom. Zaradi pomanjkljive kulturne kompetentnosti zdravstvenih strokovnjakov, katere vzrok je v njihovem pomanjkljivem znanju, so se povečale zahteve po prilagoditvi izobraževalnih programov, da bi izobrazili kulturno kompetentne medicinske sestre, ki bi lahko izvajale prakso zdravstvene nege kjer koli na »svetu«.

Medicinske sestre se morajo usposobiti za izvajanje kulturno kompetentne oskrbe pacientov (Chen, et al., 2017), kar bo omogočilo izvajanje raznolike oskrbe posameznikom, družinam in populaciji iz kulturno različnih okolij, kot so same (Wolfe Kohlbray, 2016).

Učitelji zdravstvene nege morajo prepoznati in razumeti stopnjo kulturne kompetentnosti študentov ter identificirati učinkovite strategije učenja in poučevanja, s katerimi bi jih usposobili za izvajanje kulturno usmerjene zdravstvene nege (National League for Nursing, 2016). Sicer je malo znanega, katera strategija učenja in poučevanja je učinkovitejša za spodbujanje razvoja kulturne kompetentnosti študentov (Chen, et al., 2017). Wolfe Kohlbray (2016) priporoča predloge različnih avtorjev (Gallagher & Polanin, 2015; Kohlbray & Daugherty, 2013; Kohlbray & Daugherty, 2015), in sicer da naj strategije poučevanja vključujejo tradicionalne oblike učenja v razredu in učne delavnice, refleksijsko poročanje, igranje vlog in simulacije ter projekte učenja v lokalni skupnosti.

Integracija vsebin za razvoj kulturne kompetentnosti medicinskih sester mora zagotoviti, da študenti pridobijo znanje in spretnosti ter da razvijejo ustrezne odnose za učinkovito delo z različnimi pacienti, družinami in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki. Pomemben element za razvoj kulturne kompetentnosti je kulturna želja, kar pomeni, da se želijo učiti in sodelovati z drugimi kulturami (Diaz, et al., 2015).

Koncept kulturne kompetentnosti ni vedno jasno vključen v izobraževalni program (Diaz, et al., 2015). Na nekaterih šolah, kot ugotavlja Cruz s sodelavci (2016), so vsebine vključene v samostojni izbirni predmet ali so vključene v predmet zdravstvene nege. Wolfe Kohlbray (2016) posebej izpostavlja naslednje vsebine: ocena kulturne raznolikosti, komunikacijske spretnosti, ozaveščenost za osebni odnos, prepoznavanje obnašanja in prepričanj glede na kulturo.

3 KULTURNA KOMPETENTNOST MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI

O kulturni kompetentnosti medicinskih sester pri nas ne moremo govoriti, saj kulturna kompetentnost ni opredeljena v nobenem poklicnem dokumentu. Obstajajo posamezni dokumenti, ki posredno govorijo o kulturni kompetentnosti medicinskih sester, kot npr. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Kodeks govori o spoštovanju raznolikosti pacientov in navaja, da »dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta«. Ta formulacija je standard ravnanja za doseganje prvega načela kodeksa: »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja.«



Tudi v študijskih programih zdravstvene nege na fakultetah in visokih strokovnih šolah ugotavljamo, da je le malo vsebin o multikulturalnosti, pri čemer so še te običajno vključene v različne predmete (Sociologija zdravja in bolezni; Etika in filozofija zdravstvene nege z zakonodajo; Sociologija; Sociologija zdravja in bolezni in multikulturalizem). Kot izbirne vsebine jih zasledimo pri predmetu Multikulturne kompetence v zdravstvu. Glede na smernice evropske direktive in smernice Evropske federacije združenj medicinskih sester ((European federation of nurses associations – EFN), člen 31 dopolnjene direktive 36 (od A do H)/kompetence B, G/CA.4: Komunikacija in timsko delo) ugotavljamo, da so v študijske programe zdravstvene nege prve stopnje vsebine za pridobitev medkulturnih kompetenc slabo vključene, kar pomeni, da je doseganje kulturne kompetentnosti diplomiranih medicinskih sester v skladu z evropsko direktivo vprašljivo.

V slovenskem prostoru tudi ne najdemo znanstvenih člankov, ki bi z raziskovalnimi dokazi pripomogli k razvijanju kulturne kompetentnosti medicinskih sester. Na osnovi pregleda literature smo zasledili dva članka: Cultural Competences of nurses and midwives (Loredan & Prosen, 2013) – strokovni članek, Mentoring foreign nursing students: a case study (Hvalič Touzery, et al., 2016) – znanstveni članek ter poglavje v znanstveni monografiji Kulturne kompetence diplomiranih medicinskih sester (Filej, et al., 2016).

Da bi zdravstveni delavci pridobili kulturno kompetentnost, je Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije leta 2016 izdal Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki tudi navaja, da je kulturna kompetenca v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja popolnoma novo razsežnost strokovne kompetentnosti, ter da je za kompetence na tem področju potrebno tudi veliko novega znanja (Keršič Svetel, et al., 2016).

4 KULTURNA KOMPETENTNOST MEDICINSKIH SESTER V ENOTAH INTENZIVNE TERAPIJE

Kulturne kompetence medicinskih sester v enotah intenzivne terapije so ključne, predvsem zaradi nujnosti stanja pacientov, ki se spreminja iz minute v minuto, sprejemanja hitrih odločitev, za katere je težko pridobiti soglasje pacienta in/ali družine, zaradi sporočanja o zdravstvenem stanju ter zaradi sporočanja slabih novic, ki jih nekateri ne želijo slišati (Benbenisthy & Biswas, 2015).

Slaba kulturna komunikacija je lahko vzrok za negativne klinične posledice. Norveška študija navaja, da osebe v enotah intenzivne nege čuti izziv, ko obravnava migrantske družine, vendar so prisotni konflikti med prakso zdravstvene nege in kulturno tradicijo družin. Konflikti vodijo do neizogibnih spopadov med prevladujočo in neprevladujočo kulturo (Benbenisthy, et al., 2017). Obstaja neposredna povezava med pacientovo kulturo in njegovim zdravjem, pri čemer na to najbolj vpliva prav kultura.

V Sloveniji formalnega izobraževanja za medicinske sestre v enotah intenzivne terapije ni. Delovno mesto lahko zasede diplomirana medicinska sestra, ki se na delovnem mestu uvaja v delo z mentorjem. Usposabljanje je določeno v negovalnih standardih, ki niso nacionalno predpisani. Medicinska sestra najprej usvoji osnovne metode in pristope k delu v intenzivni enoti, nato svojo usposobljenost nadgrajuje. Uvajanje v delo z mentorjem ni časovno omejeno, dolžina usposabljanja je odvisna od dovetnosti posameznika. Stopnja usposobljenosti za delo v intenzivni enoti se preverja na delovnem mestu.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc.

5 METODA

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije, kompilacije ter kavzalno neeksperimentalno metodo.

5.1 OPIS INSTRUMENTA

Za izvedbo raziskave smo uporabili vprašalnik, ki je bil razvit za potrebe projekta Erasmus + Mice – Multicultural Care in European Intensive Care Units (št. projekta: 2016-1-PL01-KA202-026615) in ga je sofinancirala Evropska komisija. V projektu so sodelovale naslednje države: Poljska, Češka in Slovenija ter Evropska



federacija združenj za zdravstveno nego kritično bolnih pacientov (EfCCNa).

Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop obsega 49 trditev o kulturnih kompetencah udeležencev študije (povzeto po Schwarz, et al., 2015). Trditve se nanašajo na proučevanje anketiranih pogledov na kulturo (11 trditev), na vedenje do pacientov (16 trditev), na odnos med izvajalcem zdravstvene nege, pacientom in družino (tri trditve), na usmerjenost prakse (deset trditev), na odnos med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom (devet trditev). Stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami so lahko anketiranci izrazili s pet- oziroma sedemstopenjsko lestvico.

Drugi sklop obsega 16 trditev, ki se nanašajo na izobraževalne potrebe udeležencev v okviru multikulturne zdravstvene nege. Anketiranci so lahko izrazili stopnjo strinjanja s trditvijo s petstopenjsko Likertovo lestvico.

Tretji sklop obsega 11 vprašanj o demografskih podatkih udeležencev raziskave (starost, spol, narodnost/ etična pripadnost, izobrazba, delovna doba, obiskovanje tujih držav, veroizpoved, znanje tujega jezika, udeležba na tečaju o multikulturni zdravstveni negi).

5.2 OPIS POTEKA RAZISKAVE IN OBDELAVE PODATKOV

E-anketiranje je potekalo od 2. aprila do 15. maja 2018. Podatke smo pridobili tudi na Simpoziju intenzivne medicine na Bledu, ki je potekal 26. in 27. maja 2018. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem sodelujočim smo zagotovili anonimnost. Pri izvajanju raziskave smo upoštevali etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Rezultate smo računalniško obdelali s statističnim paketom SPSS 22.0. Uporabili smo deskriptivno in inferenčno statistiko s t-testi za dva neodvisna (pod)vzorca.

5.3 OPIS VZORCA Z DEMOGRAFSKIMI ZNAČILNOSTMI

V raziskavo je bilo vključenih 98 izvajalcev zdravstvene nege iz enot intenzivne terapije v Sloveniji.

Zanesljivost vzorca smo preverili s testom Cronbach alfa. Njegove vrednosti pri prvem sklopu so nihale med 0,633 pri pogledu na kulturo do 0,887 pri vedenju do pacientov. Pri drugem sklopu, trditvah, vezanih na izobraževalne potrebe udeležencev v okviru multikulturne zdravstvene nege, je Cronbach alfa znašal 0,894.

Med anketiranci je bilo 72 (73,47 odstotka) žensk in 26 moških (26,53 odstotka). Povprečna starost vključenih v raziskavo je 37,65 leta (+/-8,47), povprečna delovna doba 15,52 leta (+/-10,13). Večina jih ima visokošolsko izobrazbo (71, 72,45 odstotka) in redko obiskuje tuje države (42, 42,86 odstotka). 81 (82,65 odstotka) jih govori tuji jezik in 95 (96, 94 odstotka) jih ni obiskovalo tečaja o multikulturni zdravstveni negi (tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Značilnost	n	%	Arit. sr. (SD)
Starost			37,65 (8,47)
Spol			
Ženski	72	73,47	
Moški	26	26,53	
Izobrazba			
Srednja	19	19,39	
Visokošolska	71	72,45	
Več	7	7,14	
Drugo	1	1,02	



Značilnost	n	%	Arit. sr. (SD)
Delovna doba			15,52 (10,13)
Obisk. tujih držav			
Redno	8	8,16	
Zelo pogosto	6	6,12	
Pogosto	39	39,80	
Redko	42	42,86	
Nikoli	3	3,06	
Tuji jezik			
Da	81	82,65	
Ne	13	13,27	
Ni odgovora	4	4,08	
Tečaj o multikulturni zdr. negi			
Da	2	2,04	
Ne	95	96,94	
Ni odgovora	1	1,02	

6 REZULTATI

6.1 OPISNA STATISTIKA

Pri tem poglavju bomo rezultate pri obeh sklopih zaradi preglednosti in raznih primerjav prikazali grafično s horizontalnim stolpčnim prikazom. Trditve so v teh prikazih razvrščene od tiste, ki je imela v povprečju najvišjo vrednost odgovorov, do tiste z najnižjo vrednostjo. Vertikalna črta razmejuje trditve, ki so bile nad povprečjem vseh trditev v tem delu ankete (horizontalni stolpec teh trditev je desno od črte), in trditve, ki so bile pod povprečjem (horizontalni stolpec je levo od črte). Pri vsaki trditvi smo dodali tudi horizontalno črto (ang. box plot), ki prikazuje variabilnost posamezne trditve. Torej daljša kot je horizontalna črta, bolj razpršeni so bili odgovori anketirancev pri tej trditvi. Posamezne trditve imajo poleg samega zapisa še oznako »R«. To pomeni, da je trditev s to oznako postavljena v nasprotni konotaciji. Višja vrednost odgovora na to trditev ima dejansko negativen pomen in obratno.

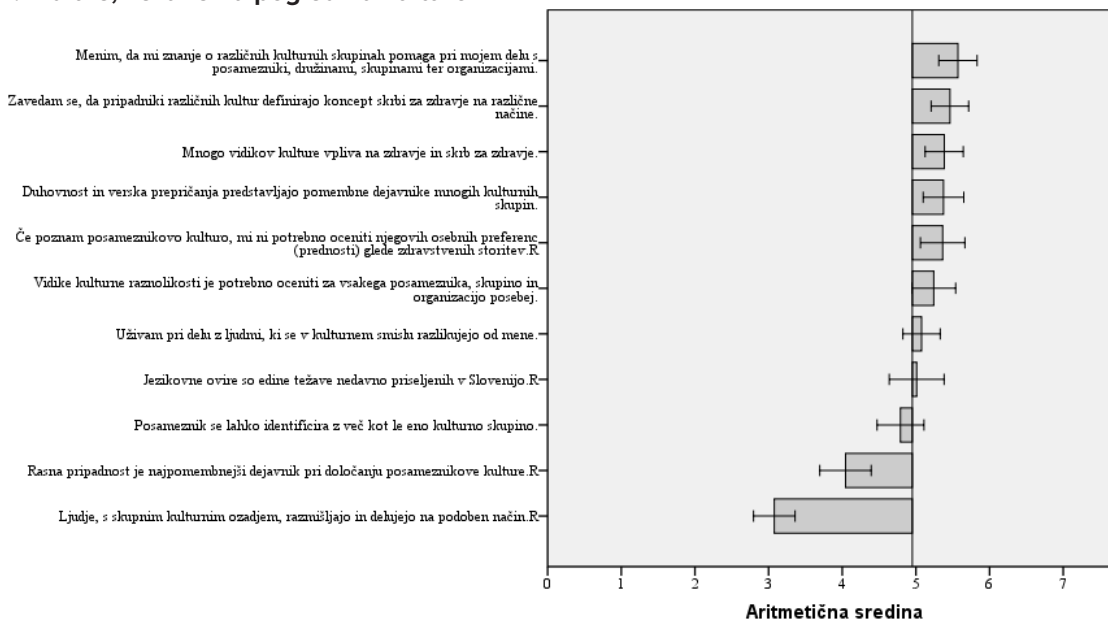
6.1.1 KULTURNE KOMPETENCE IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE

Ta sklop je bil razdeljen na pet delov. V prvem delu smo proučevali trditve, vezane na pogled na kulturo (11 trditev). Odgovori anketirancev na ta del vprašalnika so prikazani na sliki 1.

Opazimo, da je kar osem od enajstih trditev pozitivno ocenjenih. Najvišje so anketiranci ocenili trditev, da jim znanje o kulturnih skupinah pomaga pri njihovem delu. Zelo v negativnem smislu odstopata odgovora glede rasne pripadnosti kot dejavnika pri določanju posameznikove kulture in stereotipa, da ljudje s skupnim kulturnim ozadjem razmišljajo in delujejo na podoben način.

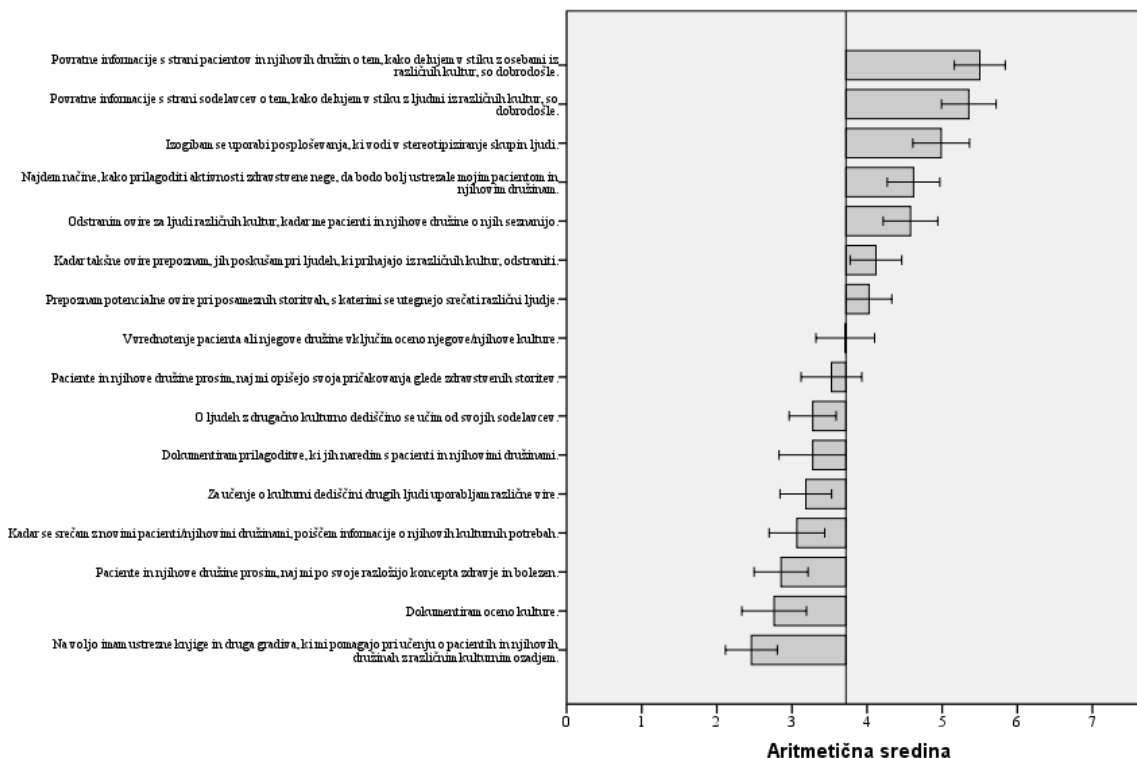


Slika 1: Trditve, vezane na pogled na kulturo



V drugem delu sledijo trditve, ki se nanašajo na vedenje do pacientov (slika 2). Anketiranci se v veliki meri strinjajo, da so povratne informacije pacientov in njihovih družin ter tudi sodelavcev o tem, kako delujejo v stiku z ljudmi različnih kultur, dobrodošle. Nižje so bile ocenjene trditve, kjer anketiranci sami poiščejo povratne informacije. Najbolj anketiranci pogrešajo literaturo in dokumentacijo v zvezi z različnim kulturnim ozadjem pacientov.

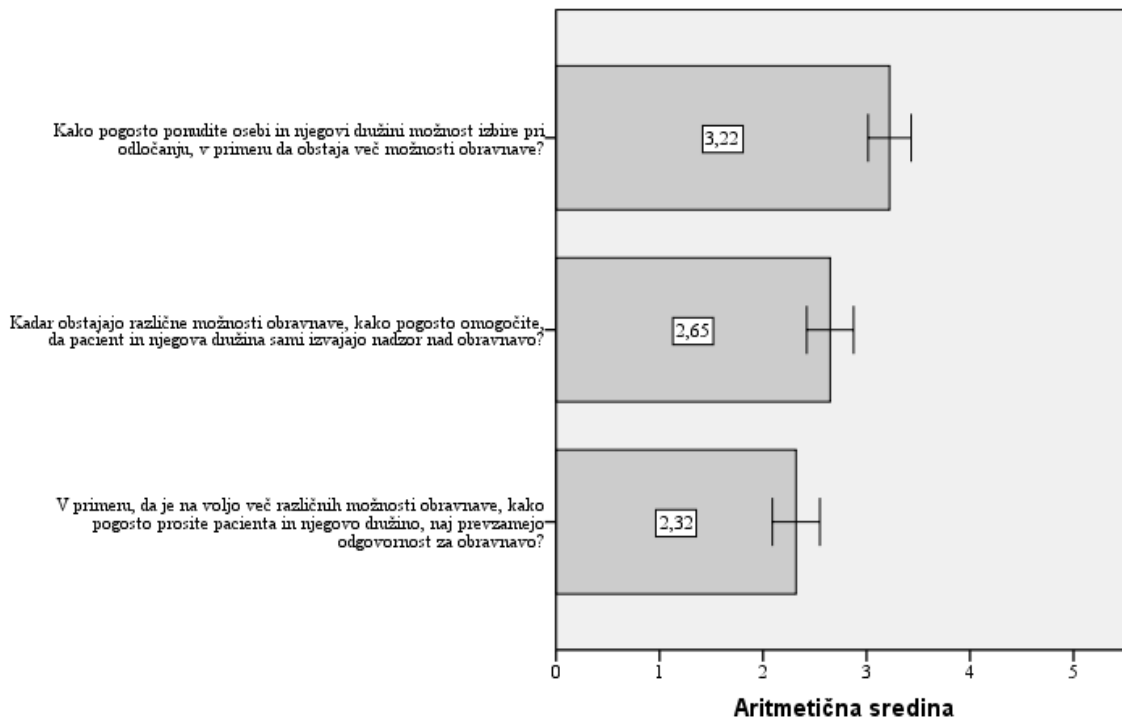
Slika 2: Trditve glede vedenja do pacientov





Na sliki 3 so prikazane tri trditve iz dela, ki govorijo o odnosih med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom. Anketiranci so ocenili, da niso pripravljeni pogosto prepustiti izbire pri odločanju ali celo izvajanja nad zdravljenjem pacientom oziroma njihovim družinskim članom.

Slika 3: Trditve o odnosu med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom

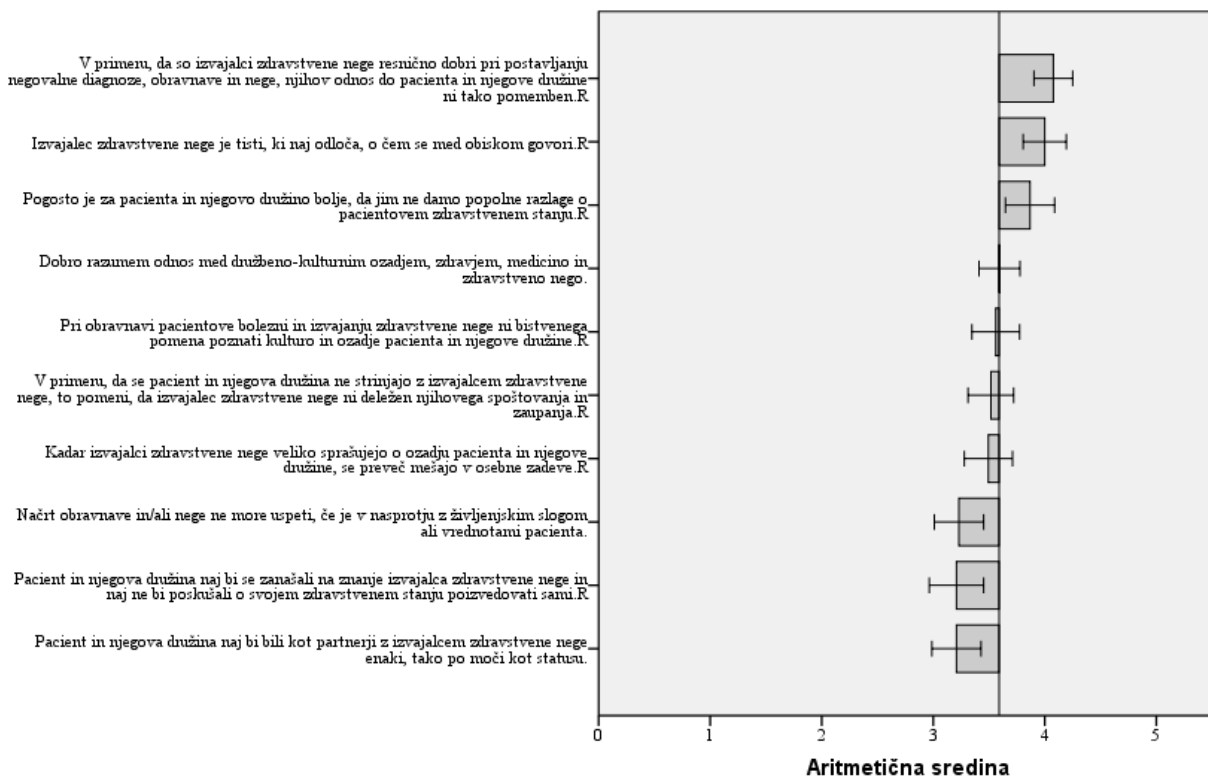


V četrtem delu prvega sklopa smo anketirance spraševali o usmerjenosti prakse. Na trditve v tem sklopu so anketiranci odgovarjali zelo podobno, saj so aritmetične sredine vseh trditev v razponu ene same vrednosti odgovora na naši Likertovi skali. Pozitivno še najbolj odstopajo naslednje tri trditve. Anketiranci se strinjajo, da je odnos do pacienta v vsakem primeru zelo pomemben. Prav tako menijo, da ni le izvajalec zdravstvene nege tisti, ki naj odloča, o čem se med obiskom govori. Pacientom oziroma njihovi družini je treba podati popolno razlago o pacientovem zdravstvenem stanju.

Po drugi strani so najnižje (a še vedno pozitivno!) ocenjene naslednje trditve. Anketiranci menijo, da mora biti načrt obravnave v skladu z življenjskim slogom in vrednotami pacienta. Nadalje menijo, da naj bi se pacient in njihova družina ne zanašala popolnoma na znanje izvajalca zdravstvene nege in naj bi bili kot partnerji z njim izenačeni.



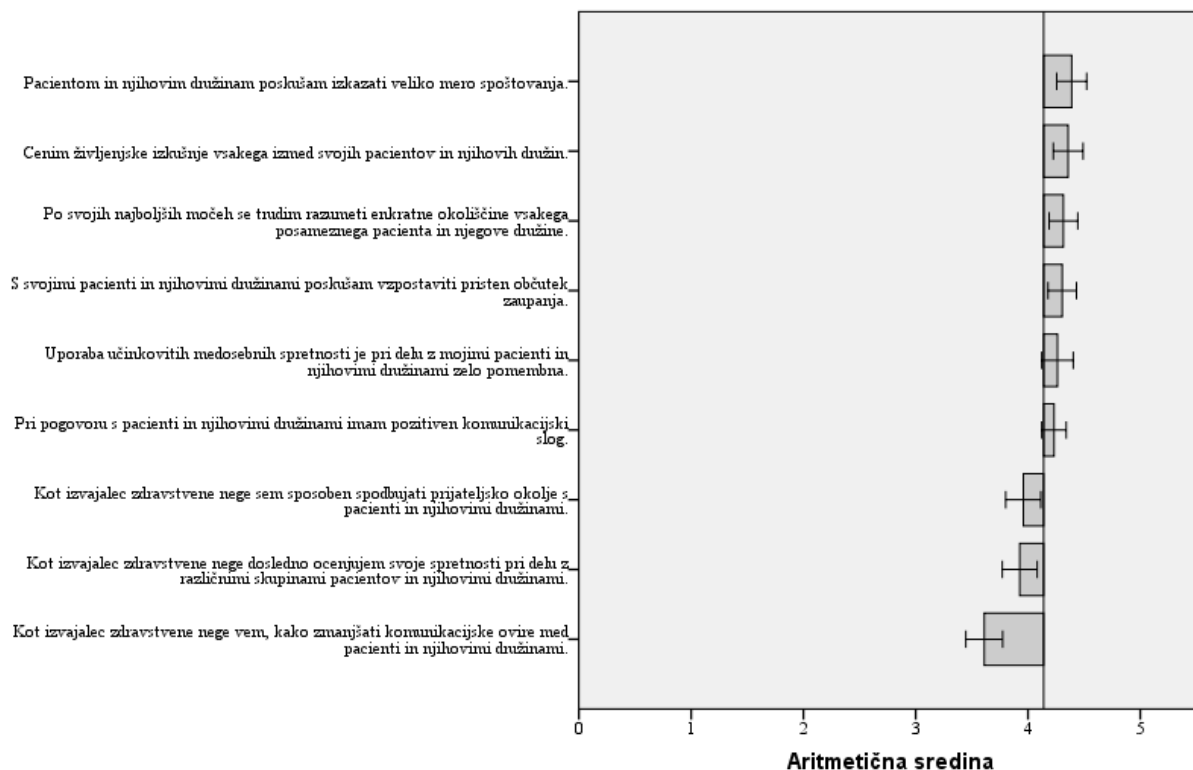
Slika 4: Trditve o usmerjenosti prakse



Zadnji del prvega sklopa se je nanašal na pogled na odnos med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom. Aritmetične vrednosti trditev so si tudi pri tem delu zelo blizu skupaj. Izvajalci zdravstvene nege spoštujejo paciente in njihove družine ter cenijo njihove življenjske izkušnje. Z najnižjo vrednostjo (čravan še vedno visoko – 3,66 na lestvici od 1 do 5) so anketiranci ocenili, da vedo, kako zmanjšati komunikacijske ovire med pacienti in njihovimi družinami.



Slika 5: Trditve o pogledu na odnos med izvajalcem zdravstvene prakse in pacientom

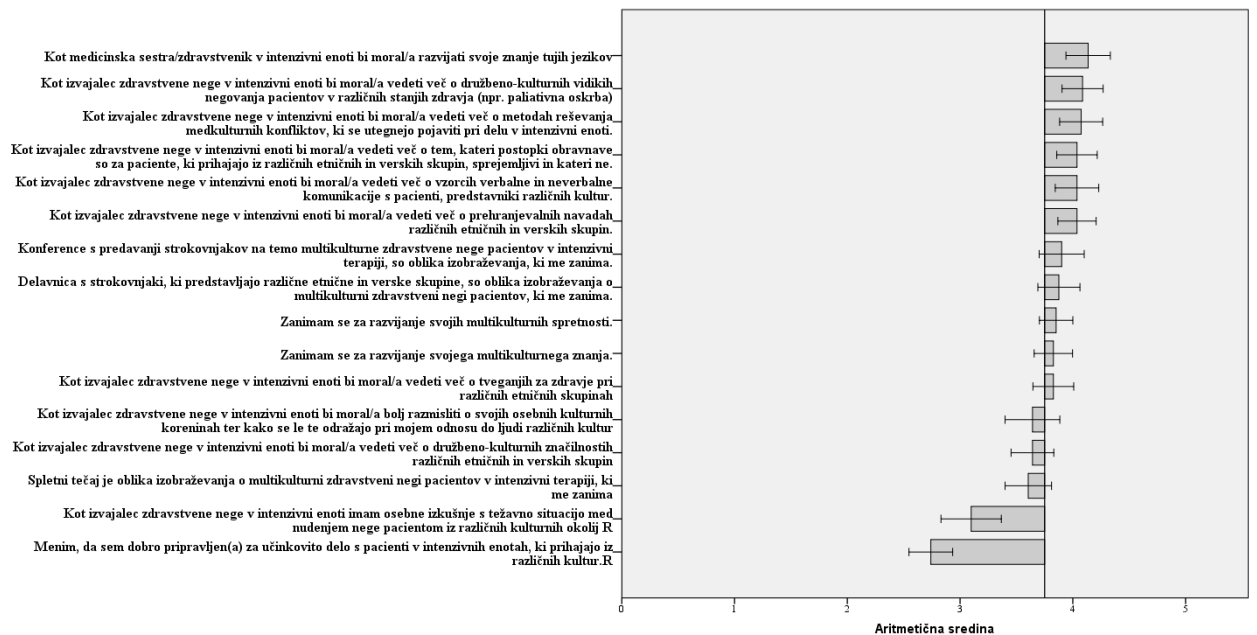


6.1.2 IZOBRAŽEVALNE POTREBE V ZVEZI Z MULTIKULTURNO ZDRAVSTVENO NEGO

V drugem sklopu so anketiranci odgovarjali na vprašanja o izobraževalnih potrebah v zvezi z multikulturno zdravstveno nego. Aritmetična sredina vseh odgovorov (na Likertovi lestvici med 1 in 5) znaša 3,76. Na sliki 6 smo grafično prikazali odgovore anketirancev na vseh 16 trditvah v tem sklopu. Razen dveh trditvah so vse preostale ocenjene s 3,5 ali več. Najvišje ocenjene so trditve o potrebi po znanju tujih jezikov, družbeno-kulturnih vidikih negovanja pacientov v različnih zdravstvenih stanjih, metodah reševanja medkulturnih konfliktov in sprejemljivih postopkih obravnave za paciente iz različnih etničnih in verskih skupin. Zelo nevtralni odgovor (aritmetična sredina blizu 2,5) smo dobili pri trditvi o pripravljenosti za učinkovito delo s pacienti v intenzivnih enotah, ki prihajajo iz različnih kultur.



Slika 6: Trditve o izobraževalnih potrebah v zvezi z multikulturno zdravstveno nego



6.2 PRIMERJALNE ANALIZE

Vse trditve posameznih delov v prvem sklopu smo združili in tako dobili v tem sklopu pet spremenljivk oz. skupaj z drugim sklopom šest spremenljivk in jih po vrsti označili kot PogledKultura, VedenjePacientov, OdnosIzvPac, UsmerjenostPrakse, PogledOdnos in IzoPotrebe. Za vse te spremenljivke smo v tem poglavju ugotavljali razlike po spolu, znanju tujega jezika in glede na obiskovanje tujine. Pri tem smo uporabili t-test za dva različna (pod)vzorca. Za statistično značilnost smo privzeli 5 % ($\alpha = 0,05$).

V tabeli 2 smo prikazali rezultate t-testa za dva neodvisna (pod)vzorca (moški in ženski spol) po vseh šestih spremenljivkah. Čeprav so bili odgovori pri vseh spremenljivkah razen pri OdnosIzvPacient višji pri ženskah, se je izkazalo, da glede spola po teh spremenljivkah ni statistično pomembnih razlik.

Tabela 2: Rezultati t-testa glede na spol

	Spol	n	Arit. sredina	Std. odklon	p-vrednost t-testa
PogledKulturaN	Ženski	72	4,989	0,583	0,272
	Moški	26	4,825	0,805	
VedenjePacientovN	Ženski	63	3,755	0,956	0,674
	Moški	26	3,659	1,026	
OdnosIzvPacN	Ženski	71	2,718	0,956	0,796
	Moški	26	2,776	0,994	
UsmerjenostPrakseN	Ženski	72	3,612	0,495	0,469
	Moški	26	3,527	0,561	
PogledOdnosN	Ženski	71	4,184	0,428	0,140
	Moški	26	4,030	0,510	
IzoPotrebeN	Ženski	66	3,812	0,511	0,100
	Moški	26	3,585	0,749	



Zanimale so nas tudi morebitne razlike po vseh šestih spremenljivkah glede na znanje tujega jezika. Rezultate smo prikazali v tabeli 3. Izkaže se, da razlike obstajajo pri spremenljivki, ki meri vedenje do pacientov, in spremenljivki, ki sprašuje po izobraževalnih potrebah anketirancev.

Tabela 3: Rezultati t-testa glede na znanje tujega jezika

	Tuji jezik?	n	Arit. sredina	Std. odklon	p-vrednost t-testa
PogledKulturaN	Da	81	4,983	0,655	0,120
	Ne	13	4,678	0,609	
VedenjePacientovN	Da	76	3,804	0,989	0,045
	Ne	10	3,240	0,812	
OdnoslzvPacN	Da	80	2,777	0,984	0,577
	Ne	13	2,615	0,837	
UsmerjenostPrakseN	Da	81	3,600	0,538	0,738
	Ne	13	3,548	0,374	
PogledOdnosN	Da	80	4,160	0,452	0,650
	Ne	13	4,098	0,445	
IzoPotrebeN	Da	78	3,799	0,589	0,044
	Ne	11	3,415	0,554	

V nadaljevanju smo analizirali razlike vseh šestih spremenljivk glede na obiskovanje tujine. Rezultati so prikazani v tabeli 4. Statistično pomembne razlike smo zaznali pri spremenljivki vedenje do pacientov in pri izobraževalnih potrebah anketirancev.

Tabela 4: Rezultati t-testa glede na obiskovanje tujine

	Obiskujete tuje države?	n	Arit. sredina	Std. odklon	p-vrednost t-testa
PogledKulturaN	Da	53	5,022	0,670	0,206
	Ne	45	4,855	0,618	
VedenjePacientovN	Da	50	3,992	0,999	0,003
	Ne	39	3,388	0,831	
OdnoslzvPacN	Da	53	2,833	1,084	0,265
	Ne	44	2,614	0,784	
UsmerjenostPrakseN	Da	53	3,596	0,552	0,888
	Ne	45	3,581	0,466	
PogledOdnosN	Da	52	4,169	0,416	0,544
	Ne	45	4,112	0,498	
IzoPotrebeN	Da	50	3,875	0,539	0,024
	Ne	42	3,596	0,624	

7 RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotovili, da bi anketiranim znanje o različnih kulturnih skupinah pomagalo pri njihovem delu, da so povratne informacije pacientov in njihovih družin ter tudi sodelavcev o tem, kako delujejo v stiku z ljudmi različnih kultur, dobrodošle ter da pogrešajo literaturo v zvezi z različnim kulturnim ozadjem pacientov. Stopnja kulturne kompetentnosti ni statistično pomembna glede na spol, od znanja tujih jezikov in obiskovanja tujine pa so odvisni vedenje anketiranih do pacientov in izobraževalne potrebe anketirancev.

Mnogi avtorji prav tako ugotavljajo, da je za kakovostno obravnavo pacientov različnih kultur potrebno





znanje (Cruz, et al., 2016; Young & Guo, 2016; Chen, et al., 2017). Cruz in sodelavci (2016) so v raziskavi zajeli 332 študentov zdravstvene nege v treh šolah na severu Filipinov in ugotovili sorazmerno dobro kulturno kompetentnost anketiranih. Ne glede na to so anketirani izrazili potrebo po znanju ter posebej izpostavili pomen komunikacijskih spretnosti pri obravnavi pacientov z različnim kulturnim ozadjem, saj je le na ta način možno izkazati spoštovanje in dostojanstvo ter ohranjati človekove pravice.

Young in Guo (2016) sta v raziskavi pregledala literaturo in prav tako ugotovila potrebo po znanju, spretnostih, kulturno različnih izkušnjah in potrebo po stalnem izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov v Združenih državah. Pomembno je, da prejme pacient jasno razlago o svojem zdravstvenem stanju, kar smo ugotovili tudi mi v raziskavi.

Diaz in sodelavci (2015) so v raziskavo vključili 102 anketirana različnih stopenj izobrazbe, različnih starosti in z različnimi delovnimi izkušnjami, saj so predvideli, da imajo anketirani z višjo starostjo in daljšo delovno dobo ter višjo stopnjo izobrazbe tudi večje kulturne kompetence. Vendar so ugotovili, da ni statistično pomembnih razlik v stopnji kulturne kompetentnosti glede na navedene spremenljivke.

Chen in sodelavci (2017) so v raziskavi zajeli 106 študentov zdravstvene nege ter posebej izpostavili pomen pridobivanja medkulturnih izkušenj s sodelovanjem v mednarodnih programih, pomen znanja, spretnosti in ozaveščenosti o različnih kulturah. Northam in sodelavci (2015) so proučevali razumevanje kulturne raznolikosti, medosebne spretnosti, medkulturne interakcije in sodelovanje v multikulturnih skupinah pri 12 študentih, ki se izobražujejo za delo v intenzivnih enotah, od katerih se jih je pet izobraževalo v tujini (Nepal, Indija, Kitajska, Nigerija). Raziskava je pokazala, da anketirani potrebujejo in iščejo možnosti za izobraževanje ne glede na svoje kulturno ozadje, zato da bi bili sposobni uspešnega ugotavljanja potreb pacientov in njihovih družin ter da bi bili opolnomočeni za delo v multidisciplinarnih timih. Anketirani so izrazili tudi zaskrbljenost glede usposobljenosti za reševanje konfliktov znotraj multidisciplinarnih timov. Wolfe Kohlby (2016) je prav tako ugotovila povezanost med mednarodnim izobraževanjem in kulturnimi kompetencami pri študentih zdravstvene nege. Izkušnje, pridobljene s takim načinom izobraževanja, vplivajo na proces pridobivanja kulturnih kompetenc. Ugotovila je tudi, da sta razpravljanje in reflektivno učenje učinkoviti strategiji učenja.

V raziskavi smo tudi ugotovili potrebo po znanju tujih jezikov in obvladovanju metod za reševanje medkulturnih konfliktov. De Beer in Chipps (2014) sta proučevala kulturne kompetence pri medicinskih sestrah v intenzivnih enotah v Južni Afriki. Ugotovila sta, da je statistično pomembna razlika v kulturni kompetentnosti glede na to, ali govorijo doma angleško ali ne. Nista pa ugotovila statistično pomembnih razlik glede na starost, spol, kvalifikacijo ter zakonski stan.

V enotah intenzivne terapije je pričakovati konflikte med medicinskimi sestrami ter kulturno različnimi kritično bolnimi pacienti ter njihovimi družinami. Konflikti se pojavijo zaradi različnih kulturnih in strokovnih vrednot, zaradi različnih prepričanj in razumevanja procesa oskrbe (Høye & Severinsson, 2009). Avtorja predlagata, da si morajo medicinske sestre prizadevati za razrešitev konfliktov tudi s člani družine in morajo vzpostaviti ravnotežje med etnocentričnostjo in kulturno občutljivostjo. Zato morajo medicinske sestre v praksi povečati kompetence za oceno kulturne različnosti pacientov, ki jih obravnavajo.

V izobraževanju medicinskih sester je treba zagotoviti vsebine, ki bi prispevale k izboljšanju njihove kulturne kompetentnosti, s čimer bi bile zmanjšane razlike v zdravju in izboljšana kakovost ter varnost obravnave pacientov (Wolfe Kohlby, 2016).

Omejitve naše raziskave so v omejenem številu anketiranih izvajalcev zdravstvene nege ter v njihovi specialni dejavnosti, ki jo opravljajo, saj so vsi zaposleni v enotah intenzivne terapije. Ugotavljamo tudi, da je specifične znanstvene literature o medkulturnih kompetencah medicinskih sester v enotah intenzivne terapije malo, večina je usmerjena v raziskovanje kulturnih kompetenc študentov zdravstvene nege skozi proces izobraževanja.





8 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije v slovenskem prostoru potrebujejo znanje o različnih kulturnih skupinah pacientov, saj bi jim tovrstno znanje pomagalo pri njihovem delu. Zavedajo se, da le dober partnerski odnos s pacientom omogoča, da ga izvajalci zdravstvene nege seznani z njegovim zdravstvenim stanjem. Izvajalci zdravstvene nege se tudi zavedajo pomena znanja tujega jezika ter pomena poznavanja družbeno kulturnih različnosti odnosa pacienta do negovanja. S pridobivanjem znanja in posledično z razvojem kulturnih kompetenc pri izvajalcih zdravstvene nege bomo zagotovili varno obravnavo pacientov, v širši družbi pa ustvarili možnosti sobivanja ljudi z različnim kulturnim ozadjem.





POVZETEK POGLAVJA

Družba postaja vse bolj kulturno raznolika, tudi Slovenija ni izjema. Kulturna raznolikost vpliva na zdravstveni sistem in na njegove izvajalce. Poznavanje različnih kultur zahteva sočasen razvoj kulturnih kompetenc, da bi se izvajalci zdravstvene nege izognili nesporazumom s pacienti in njihovimi svojci.

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop ter kavzalno neeksperimentalno metodo. V njej je sodelovalo 98 izvajalcev zdravstvene nege iz enot intenzivne terapije v Sloveniji. Za pridobivanje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki je bil razvit za potrebe projekta Erasmus+ MICE – Multicultural Care in European Intensive Care Units. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov, v prvem sklopu smo proučevali kulturne kompetence anketirancev, v drugem sklopu izobraževalne potrebe v okviru multikulturne zdravstvene nege in v tretjem sklopu demografske značilnosti anketiranih. Rezultate raziskave smo na osnovi opisne statistike prikazali grafično s horizontalnim stolpčnim prikazom. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, anketiranim je bila zagotovljena anonimnost, pri izvajanju raziskave pa smo upoštevali etična načela raziskovanja.

Anketirani potrebujejo znanje o kulturnih skupinah, kar bi jim pomagalo pri njihovem delu, pogrešajo pa literaturo v zvezi z različnim kulturnim ozadjem pacientov. Zavedajo se pomena odnosa s pacientom ter potrebe po popolni razlagi o njegovem zdravstvenem stanju. Izrazili so tudi potrebo po znanju tujih jezikov, družbeno kulturnih vidikih negovanja pacientov v različnih zdravstvenih stanjih ter metodah reševanja medkulturnih konfliktov.

Izvajalci zdravstvene nege se morajo zavedati, da je razvoj kulturnih kompetenc stalni proces pridobivanja znanja, sposobnosti in zmožnosti za učinkovito obravnavo pacientov različnih kultur, a pri tem je treba spoštovati tudi njihove vrednote in prepričanja.

Ključne besede: *izvajalci zdravstvene nege, medkulturnost, kompetence, izobraževalne potrebe.*

SUMMARY OF THE CHAPTER

EDUCATIONAL NEEDS OF NURSES IN INTENSIVE CARE UNITS FOR THE ACQUISITION OF INTERCULTURAL COMPETENCES

The society is becoming more and more culturally diverse, and also Slovenia is no exception in this respect. Cultural diversity influences the healthcare system and healthcare providers. The understanding of diverse cultures requires a simultaneous development of cultural competences, so that the healthcare providers can avoid misunderstandings with patients and their family members.

In our research we used a quantitative research approach and causal non experimental method. Our research involved 98 nursing care providers, employed in intensive care units in Slovenia. In order to collect the data, we used a questionnaire that had been developed for the needs of the MICE-ICU Erasmus+ project – Multicultural Care in European Intensive Care Units. The questionnaire consisted of three sets of questions, in the first set we studied cultural competences of the respondents, in the second set the educational needs in the context of multicultural nursing care, and in the third set the demographic characteristics of the respondents. The research results were on the basis of descriptive statistics displayed graphically on a horizontal bar chart. The participation in our research was voluntary, the respondents were given assurance of anonymity, and in the implementation of the research the ethical principles of research were used.

The respondents would need to acquire more knowledge on cultural groups, which would help them in their work; they also miss literature on diverse cultural backgrounds of patients. They are aware of the importance of good relationship with their patients and the need for full interpretation of their health status. They have also expressed the need for the knowledge of foreign languages, socio-cultural aspects of nursing patients with various health conditions, and the methods of solving intercultural conflicts.

Nursing care providers should be aware of the fact that the development of cultural competences means an ongoing process of acquiring knowledge, competences and skills for the efficient treatment of patients from different cultures, whereby also their values and beliefs should be respected.

Key words: *healthcare providers, interculturality, competences, educational needs*



LITERATURA IN VIRI

1. De Beer, J. & Chipps, J., 2014. A survey of cultural competence of critical care nurses in KwaZulu-Natal. *SAJCC*, 30(2), pp. 50–54.
2. Benbenisthy, J. & Biswas, S., 2015. Cultural competence in critical care: case studies in the ICU. *Journal of Modern Education Review*, 5(7), pp. 723–728.
3. Benbenishty, J., Gutysz-Wojnicka, A., Hart, I. & Barkestad, E., 2017. The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(5), pp. 262–263.
4. Betancourt, JR., 2006. Cultural competency: Providing quality care to diverse populations. *The Consultant Pharmacist*, 21(12), pp. 988–995.
5. Campinha-Bacote, J., 2007. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues* (5th ed.). Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates.
6. Chen, HC., Jensen, F., Measom, G., Bennett, S., Dawn Nichols, N., Wiggins, L. & Anderton, A., 2017. Factors influencing the development of cultural competence in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 57(1), pp. 40–43.
7. Cruz, JP., Estacio, JC., Bagtang, CE. & Colet, PC., 2016. Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 46, pp.121–126.
8. Diaz, C., Clarke, PN. & Wairimu Gatua, M., 2015. Cultural competence in rural nursing education: Are we there yet? *Nursing Education Perspectives*, 36(1), pp. 22–26.
9. Filej, B., Kaučič, BM., Breznik, K. & Razlag Kolar, T., 2016. *Cultural competences of nurses*. In: Kaučič, BM., et al. eds. *Multicultural society and aging - Challenges for Nursing in Europe*. Selected chapters. Celje: College of nursing Celje, pp. 16–23.
10. Gallagher, R. & Polanin, J., 2015. A meta-analysis of education interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), pp. 333–340.
11. Høye, S. & Severinsson, E., 2009. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 858–867.
12. Hvalič Touzery, S., Smodiš, M., & Kalender Smajlovič, S., 2016. Mentorstvo tujim študentom zdravstvene nege: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 76–86.
13. Keršič Svetel, M., Jelenc, A., Gosenca, K., Škraban, J., Pistotnik, S., Lipovec Čabron, U., Bofulin, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
14. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.
15. Kohlbry, P. & Daugherty, J., 2013. Nursing faculty roles in international service-learning projects. *Journal of Professional Nursing*, 29(3), pp. 163–167.
16. Kohlbry, P. & Daugherty, J., 2015. International service-learning: An opportunity to engage in cultural competence. *Journal of Professional Nursing*, 31(3), pp. 242–246.
17. Leininger, MM. & McFarland, MR., 2006. *Culture care diversity and universality: A Theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones and Barlett.
18. Loredan, J. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83–89.
19. National League for nursing, 2016. *Achieving diversity and meaningful inclusion in nursing education: A living document from the National League for Nursing*. Available at: <http://www.nln.org/docs/default-source/about/vision-statement-achieving-diversity.pdf?sfvrsn=2>. [3. 8. 2018].
20. Northam, HL., Hercelinskyi, G., Grealish, L. & Mak, AS., 2015. Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments – A pilot study of teaching innovation. *Australian Critical Care*, 28(4), pp. 189–195.
21. Republika Slovenija, Urad za narodnosti. *Manjšine*. Available at: <http://www.un.gov.si/si/manjsine> [1. 8. 2018].
22. Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo. *Register cerkva in drugih verskih skupnosti*. Available at:
23. http://www.mk.gov.si/si/delovna_podrocja/urad_za_verske_skupnosti/register_cerkva_in_drugih_verskih_skupnosti/ [1. 8. 2018].
24. Schwarz, JL., Witte, R., Sellers, SL., Luzadis, RA., Weiner, JL., Domingo-Snyder, E. & Page JE. Jr., 2015. Development and Psychometric Assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument. *INQUIRY: The journal Of Health Care Organization, Provision and Financing*, 52, p.p. 1–8.





25. Wolfe Kohlby, P., 2016. The impact of international service-learning on nursing students' cultural competency. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), pp. 303–311.
26. Young, S. & Guo, KL., 2016. Cultural Diversity Training. The necessity of cultural competence for health care providers and nursing practice. *The Health Care Manager*, 35(2), pp. 94–102.





O AVTORJIH ZNANSTVENE MONOGRAFIJE

Izr. prof. dr. Kristijan Breznik je doktoriral iz statistike, področje analize omrežij, na Univerzi v Ljubljani. Trenutno je zaposlen kot izredni profesor za matematiko in metodologijo v družboslovju ter prodekan za izobraževalno in raziskovalno dejavnost na Mednarodni fakulteti za družbene in poslovne študije v Celju. Raziskovalno se ukvarja z analizo (socialnih) omrežij, analizo podatkov in statističnim modeliranjem. Statistične metode redno aplicira na različna področja, kot so ekonomija, menedžment, zdravstvo, šport in druga. Kot visokošolski učitelj sodeluje v podiplomskem magistrskem študijskem programu na Visoki zdravstveni šoli v Celju. Njegova osebna bibliografija obsega čez 140 bibliografskih enot, od tega 20 izvirnih znanstvenih člankov. Je glavni in odgovorni urednik revije *International Journal of Management Knowledge and Learning* ter član uredniških odborov več indeksiranih revij.

Doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., specialistka javnega zdravja, je kot nacionalna strokovnjakinja za področje javnega zdravja zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in kot vodja raziskovalne dejavnosti v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani je docentka za javno zdravje, kot nosilka ali izvajalka predmetov s področja javnega zdravja pa deluje tudi na Zdravstveni fakulteti in Fakulteti za šport Univerze v Ljubljani ter na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Sodelovala je pri več domačih in mednarodnih raziskovalnih projektih s področja družbenih in okoljskih determinant zdravja, epidemiologije in obvladovanja kroničnih bolezni ter zaznavanja zdravja različnih populacijskih skupin. V okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje je bila vključena v pripravo in izvajanje Usposabljanja o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju ter Usposabljanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev.

Doc. dr. Bojana Filej je habilitirana za področje zdravstvene nege ter organizacije in menedžmenta v zdravstvu in zdravstveni negi. Na Visoki zdravstveni šoli v Celju je na magistrskem študijskem programu Paliativna oskrba nosilka predmetov Holistična obravnava neozdravljivo bolnih osnovana na znanstvenih metodah in izbirnega predmeta Medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi. Na dodiplomskem študijskem programu Zdravstvena nega je nosilka izbirnega predmeta Holistični model zdravstvene obravnave. Na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu je nosilka predmetov: na 2. stopnji Teorije in razvoj zdravstvene nege ter na 3. stopnji: Sodobne paradigme v zdravstveni negi.

Sodelovala je v številnih raziskovalnih projektih: Potrebe ljudi po zdravstveni negi (Svetovna zdravstvena organizacija, 1980–1984), LEMON (Svetovna zdravstvena organizacija – Learning Materials On Nursing, nacionalna koordinacija), Telenursing, Telenurse in TelenurseID (projekti Evropske skupnosti), NICE (projekt Tempus – Nursing Informatic Computer Aided Education), ODIN (projekt Tempus), Količina in kakovost v zdravstveni negi (bilateralni projekt Nizozemska – Slovenija, 1999–2002), Future patient (Inštitut za varovanje zdravja, članica nadzorne skupine), Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja (Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, 1009–2010), Usposabljanje kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege za kakovostno delo s starostniki – priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika (Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, 2010).

Trenutno sodeluje v projektih Visoke zdravstvene šole v Celju: Multicultural care in European Intensive Care Units (MICE-ICU 2016–2018, strokovni vodja), Competence of the use of research knowledge in nursing – International evaluation and comparison – CompRU in Mentor's competences.

Je recenzentka revij Zdravstveno varstvo, Obzornik Zdravstvene nege, Revija za zdravstvene vede in Central European Journal of Nursing and Midwifery, je članica uredniškega odbora revije Sestrinski glasnik ter glavna in odgovorna urednica Revije za zdravstvene vede.

Imenovana je za strokovnjakinjo Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu. Za svoje delo je prejela naslednja priznanja: zlati znak Zbornice-Zveze (1994), srebrna plaketa Univerze v Mariboru (2002), zahvala Združenja medicinskih sester in babic Republike Makedonije (2005), internacionalna medicinska sestra leta (priznanje International League of Humanists, 2008).

Prof. dr. Jana Goriup – redna profesorica za sociologijo, raziskovalka in večkratna predstojnica Oddelka za sociologijo, soavtorica študijskih programov DMV in sociologije in interdisciplinarnega družboslovja. Na Pedagoški fakulteti Univerze v Mariboru je uvedla Sociologijo vzgoje (na Oddelku za razredni pouk) in Sociologijo družine in predšolskega otroka (Oddelek za predšolsko vzgojo), na Fakulteti





za zdravstvene vede Univerze v Mariboru Sociologijo zdravja in bolezni, na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru Sociologijo medicine in Komuniciranje v medicini, na Filozofski fakulteti Univerze v Mariboru Sociologijo družine in Sociologijo vzgoje in izobraževanja ter Socialno gerontologijo. Za vse navedene študijske predmete je nosilka in tudi izvajalka še danes. Tako je področje njenega pedagoškega, raziskovalnega in strokovnega dela v Sociologiji vzgoje in izobraževanja in Sociologiji družine ter Socialni gerontologiji, bolj specifično pa so to bila sociološka področja v terciarnem izobraževanju in izobraževanju odraslih ter življenju starostnikov.

Aktivno je sokreirala družboslovno izobraževanje na Univerzi v Mariboru; točneje na takratni Pedagoški fakulteti na Oddelku za DMV, ki se je po uvedbi študija filozofije preimenoval v Oddelek za družboslovje in nato razširil v Oddelek za sociologijo. Tri mandate je bila tudi predstojnica Oddelka; en mandat tudi prodekanja za znanstvenoraziskovalno področje na Filozofski fakulteti. Je članica uredniških odborov Didactica Slovenica-Pedagoška obzorja in Acta technologica Dubnicae (na Slovaškem). Med njeno pomembnejše delovanje uvrščamo raziskovanje na področjih več socioloških disciplin: sociologije družine, sociologije zdravja in bolezni, sociologije medicine in sociologije vzgoje in izobraževanja ter socialne gerontologije. Za slednje je v soavtorstvu pripravila tudi znanstvene monografije, namenjene tako strokovni kot tudi laični javnosti; za ostali pa študijska gradiva.

Je članica več mednarodnih raziskovalnih skupin za izobraževanje odraslih, v katerih komparativno raziskuje izobraževanje odraslih od razsvetljenstva pa vse do danes, vpliv globalizacije na družbo znanja in medgeneracijsko učenje, družbene cilje vzgoje in izobraževanja v učeči se družbi, demografska gibanja glede na gerontološka razumevanja družbenih sprememb, ageizma in stereotipov do starejših ter njihove socialne izolacije, pomen izobraževanja odraslih za razumevanje intenzivnega staranja, umiranja in nekaterih vidikov doživljanja smrti kot tudi vloge medicine in zdravstvene nege v primežu spremenjenih vrednot postmoderne družbe. Prav tako raziskuje nove paradigme teorije družinskega in partnerskega življenja, kompetenc in spremenjenega odnosa do življenja starostnikov. Bila je soorganizatorka in udeleženka več mednarodnih znanstvenih simpozijev in znanstvenih konferenc doma in v tujini. Na Alma Mater Europaea –ECM je aktualna predstojnica oddelka za socialno gerontologijo.

Viš. pred. Helena Kristina Halbwachs je absolventka doktorskega študija socialne gerontologije na Alma Mater Europaea - ECM, v okviru katerega pripravlja doktorsko disertacijo o kulturni kompetentnosti v zdravstvenem sistemu. Ta tema je avtorici zelo blizu ne le kot doktorski kandidatki, temveč tudi kot medicinski sestro, učiteljici in svetovalki ter tudi zasebno. Njeno osebno in poklicno pot je namreč vedno spremljala kulturna raznolikost, saj je živela v več različnih državah (Kanadi, Sloveniji, Avstriji in Nemčiji), službeno pa je v zdravstvu delovala še v mnogih drugih državah po svetu. Helena Kristina Halbwachs trenutno živi v Avstriji, kjer je v podjetju Sinnergy e.U. zaposlena kot svetovalka in predavateljica za področje zdravstva. Specializirana področja, s katerih je pridobila dodatna znanja in s katerimi se poleg kulturne kompetentnosti intenzivno ukvarja, so še oskrba ran, obvladovanje stresa in preprečevanje izgorelosti, čuječnost ter zdravo staranje.

Dr. Ivanka Huber, doktorica znanosti s področja sociologije, je zaposlena kot asistentka na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, na Centru za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, kjer deluje na področju neenakosti v zdravju. Njeno glavno zanimanje so ranljive skupine in skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti. Sodelovala je pri različnih nacionalnih in mednarodnih projektih, med drugim je v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje sodelovala pri pripravi in izvajanju Usposabljanja o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju ter Usposabljanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev.

Doc. dr. Boris Miha Kaučič je na Visoki zdravstveni šoli v Celju prodekan za izobraževalno dejavnost in visokošolski učitelj, docent za področje zdravstvene nege. Je predsednik komisije za študijske in študentske zadeve, komisije za diplomske zadeve in član akademskega zbora. Bil je strokovni vodja projekta Healthy lifestyle for Aging Well (HLAW 2014-2016) in namestnik strokovnega vodje projekta Multicultural care in European Intensive Care Units (MICE-ICU 2016-2018). Aktivno sodeluje v dveh mednarodnih raziskovalnih projektih Competence of the use of research knowledge in nursing – International evaluation and comparison – ComprU in Mentor's competences. V letu 2014 ga je Svet Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu Republike Slovenije imenoval za strokovnjaka NAKVIS. Je član Zbornice zdravstvene in babiške





nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Mednarodnega združenja direktorjev zdravstvene nege – ENDA (European Nurse Directors Association). Od leta 2012 je član generalnega komiteja tega združenja. Za svoje aktivno delo na področju zdravstvene nege je v letu 2010 prejel najvišje priznanje Zbornice-Zveze, zlati znak. Njegova bibliografija obsega čez 500 enot.

Izr. prof. dr. Uršula Lipovec Čebren je izredna profesorica na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani, kjer predava na dodiplomski in magistrski stopnji (Medicinska antropologija, Sodobne migracije, etnične manjšine in državljanstvo idr.). Raziskovalno se ukvarja s področji antropologije migracij in medicinske antropologije. Objavila je številne znanstvene članke, poglavja znanstvenih monografij ter je avtorica medicinsko-antropološke študije *Krožere zdravja in bolezni: tradicionalna in komplementarne medicine v Istri*. Sodelovala je pri različnih nacionalnih in mednarodnih projektih, med drugim je v okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje* sodelovala pri pripravi in izvajanju Usposabljanja o ovirah ranljivih skupin v sistemu zdravstvenega varstva in pomenu zmanjševanja neenakosti v zdravju ter Usposabljanja za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev.

Sara Pistotnik je doktorska študentka na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Ukvarja se z vprašanji državljanstva, migracij in izbrisa, vključno z dostopnostjo zdravstvenega sistema za različne skupine prebivalstva. Objavlja v tujih in domačih znanstvenih revijah, sodelovala je pri številnih nacionalnih in mednarodnih projektih, med njimi *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje* in *Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem*.

Tina Razlag Kolar je diplomirana medicinska sestra, zaposlena v Splošni bolnišnici Trbovlje. Na Visoki zdravstveni šoli v Celju zaključuje podiplomski magistrski študij *Paliativna oskrba*. Kot študentka je sodelovala pri projektu *Healthy lifestyle for Aging Well* (HLAW 2014-2016). Njena bibliografija šteje 24 enot.

Mag. Franci Zlatar, univerzitetni diplomirani sociolog in magister znanosti – smer antropologija vsakdanjega življenja, je od leta 2001 zaposlen na Slovenski filantropiji kot vodja Programa migracije (prej: Center za psihosocialno pomoč beguncem). Je strokovni delavec na področju socialnega varstva. Glavne reference: vodenje in koordiniranje številnih programov in projektov na področju azila in migracij, nediskriminacije in enakih možnosti, boja proti trgovini z ljudmi itd., med drugim programov, podprtih s strani Visokega komisariata Združenih narodov za begunce (med letoma 2001 in 2007), in javnega socialnovarstvenega programa: Svetovanje, zagovorništvo in psihosocialna pomoč beguncem in drugim migrantom; je član sveta za integracijo tujcev in medsektorske delovne skupine za boj proti trgovini z ljudmi, med letoma 2015 in 2017 pa je bil član evropske mreže za zmanjševanje ranljivosti na področju zdravja, ki je delovala v okviru organizacije Zdravniki sveta.





IMENSKO KAZALO

B

Breznik, Kristijan 97, 113

F

Farkaš-Lainščak, Jerneja 35, 113
Filej, Bojana 7, 75, 97, 113

G

Goriup, Jana 11, 113

H

Halbwachs, Helena Kristina 51, 65, 114
Huber, Ivanka 35, 114

K

Kaučič, Boris Miha 7, 75, 97, 114

L

Lipovec Čebren, Uršula 35, 115

P

Pistotnik, Sara 35, 115
Plazar, Nadja 8

R

Razlag Kolar, Tina 75, 115

V

Voga, Gorazd 9

Z

Zlatar, Franci 23, 115





STVARNO KAZALO

antropologija	36, 38, 42, 65, 115
begunci	15, 23 - 28, 31, 39, 41, 115
diskriminacija	7, 12, 14, 27, 40, 41, 65, 66, 79, 90, 115
etničnost	12-15, 17-19, 23-27, 36-39, 45, 47, 51, 54, 65, 66, 75, 76, 79, 80, 86, 88-90, 97, 105, 115
etnocentrično	26, 36, 56, 82, 88, 90, 108
globalizacija	12, 14, 16, 17, 23, 24, 65, 75, 114
heterogenost	11, 13, 18, 19, 23, 26, 35, 65, 97
holistična zdravstvena nega	76
homogena družba	23
identiteta	11, 14 - 18, 24 - 27, 56
imperativ	61, 71, 97
instrument	79, 80, 87 - 89, 91, 92, 99
integracija	11, 13, 16, 18 - 20, 23 - 31, 67, 98, 115
izobraževalne potrebe	6, 8, 9, 97, 99, 100, 105 - 107, 110
izobraževanje	9, 27, 30, 36, 38, 41, 42, 45, 47, 51, 58-61, 70, 79-81, 83-85, 87-92, 99, 108, 114
kakovost	6-9, 29, 36, 37, 40, 41, 45, 51, 52, 65, 67-71, 75-86, 88-92
kompetence	6-9, 23, 26, 30, 31, 35-43, 45, 47, 51-56, 58-61, 65-71, 75-92, 97-101, 107-110
kompleksnost	29, 66, 97
komunikacija	14, 26, 28, 37, 41, 42, 51, 55, 60, 65, 67, 69, 70, 76, 83, 84, 86-90, 93, 98, 99, 104, 108, 114, 115
kontinuum	37, 54, 55, 58, 65, 67, 69, 79, 80, 97
kritična refleksija	6, 8, 9, 51, 52, 54, 55, 59 - 61
kultura	7-9, 11-20, 23-31, 35-43, 45-47, 51, 54-56, 58-60, 65-71, 75-92, 97-102, 105-110, 113 - 115
kulturna kompetentnost	8, 9, 26, 31, 36, 38, 51-61, 65-71, 75-77, 79-92, 97-99, 108, 114
kulturne kompetence	7-9, 26, 30, 35-40, 42, 43, 45, 47, 51, 52, 59-61, 66-68, 70, 75, 76, 78-84, 86-92, 97, 99-101, 108-110, 113-115
medicinska sestra	8, 9, 36, 43, 68, 70, 75-92, 97-99, 108, 113-115
medkulturnost	7-9, 14, 23-26, 29, 31, 110
migracije	8, 9, 11-13, 15, 16, 19, 20, 23-25, 27, 29, 31, 41, 65, 75, 88, 97, 115
migrant	11, 12, 15, 17, 19, 23-31, 39, 41, 68, 69, 99, 115
model	8, 9, 24, 26, 27, 37, 51-61, 78, 81, 83, 97, 113
moderna družba	16, 17, 31
multikulturalizem	11-15, 17-20, 81, 84, 99
multikulturnost	8, 9, 11, 13-15, 17, 19, 98
neenakost	8, 12, 16, 17, 25, 37, 39, 41, 42, 45, 47, 52, 57, 59, 60, 68, 70, 76, 83, 84, 90, 113-115
opolnomočenje	51, 57, 91, 108
postmoderna družba	8, 9, 11, 15-17, 19, 20
priseljenci	13, 25 - 30, 35, 68, 85, 88, 90
pristranskost	54, 80, 89
procesualnost	36
rasa	7, 12-14, 38-40, 51, 75, 79, 90, 98, 101
rasizem	12-14, 19, 38, 54, 65
refleksija	8, 9, 24, 52-55, 58 - 61, 98
samorazumevanje	52, 54, 55, 58
samozavedanje	8, 9, 26, 51-55, 58-61, 78, 80, 81, 86, 89
sistemska kulturna kompetentnost	67-71
sobivanje	12, 14, 18, 19, 51, 109
študentske izmenjave	79, 87, 89, 91
študija	38, 79, 80, 82, 84-86, 88, 90, 99, 100
tradicija	14-17, 35, 45, 51, 65, 79, 90, 99
večkulturnost	8, 12, 14, 31
vklučenost	65
vrednota	8, 9, 11-20, 25, 26, 35-37, 42, 45, 51, 54, 56-60, 65, 67, 75, 76, 79, 80, 88, 90, 97, 98, 103, 108, 110, 114





zavest	26, 36, 37, 90, 97
zdravstvena nega	8, 9, 35, 36, 40, 51, 52, 58–60, 67, 70, 75–92, 98–101, 103–106, 108–110, 113–115
zdravstveni delavec	8, 35–38, 40–47, 51, 54, 57, 59–61, 66–68, 70, 75, 76, 79, 83, 85–90, 97, 99, 113–115
zdravstveni dom	28, 29, 35, 42, 45, 47
zdravstveno varstvo	27, 28, 35, 40–42, 45–47, 80, 83, 84, 113–115
znanje	7, 9, 26, 28, 31, 36, 37, 51, 54, 56, 57, 60, 66, 69, 75, 80, 82–84, 86–92, 97–101, 103, 105–110, 114



